

## **BAB II**

### **TINJAUAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. Tinjauan Kasus**

Asuhan yang diberikan kepada Ny. H di Puskesmas Perlang merupakan asuhan yang berkesinambungan, dimulai dari kehamilan trimester III sampai nifas hari ke 40. Asuhan pada Ny. H dilakukan sebanyak 5 kali, yaitu pada saat hamil 1 kali (10 Februari 2024), persalinan (18 Februari 2024), dan nifas 4 kali (18 Februari, 20 Februari, 25 Februari, dan 29 Maret 2024). Asuhan BBL dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada tanggal 18, 20 Februari dan 18 Maret 2024.

Ny. H umur 22 tahun sudah menikah dengan suaminya Tn. T umur 30 tahun selama enam tahun. Ini merupakan kehamilan kedua Ny. H dan tidak pernah mengalami keguguran. Riwayat kehamilan persalinan pertama dialami pada tahun 2019, melahirkan secara normal dengan berat bayi 2900gram berjenis kelamin perempuan. Riwayat nifas dan bayi saat itu semua proses terjadi normal dan tidak ada keluhan atau komplikasi yang terjadi. Ny. H tidak memiliki riwayat penyakit keluarga yang pernah dialaminya. Ny. H tidak memiliki alergi obat-obatan ataupun makanan.

Tanggal 10 Februari 2024 Ny. H umur kehamilan Ny. H 39<sup>+1</sup> minggu. Riwayat kehamilan saat ini Ny. H. Hari pertama haid terakhir tanggal 09-05-2023 dan perkiraan lahir tanggal 16-02-2024. Ny. H melakukan ANC sebanyak 10 kali. Pemeriksaan kehamilan trimester pertama sebanyak tiga kali, di Puskesmas Perlang dan PMB, dilakukan pemeriksaan tripel eliminasi dan 10 T dengan keluhan mual muntah. Pemeriksaan pada trimester kedua sebanyak tiga kali di Puskesmas Perlang dan PMB. Pemeriksaan pada trimester ketiga sebanyak empat kali oleh dokter dan bidan. Selama kehamilan ini Ny. H mengikuti saran dari dokter dan bidan, mengonsumsi tablet fe, asam folat, kalsium. Hasil pemeriksaan awal tanda-tanda vital pada ibu dalam batas normal, pemeriksaan djj batas normal, TFU 28 cm, posisi kepala sudah masuk

pintu atas panggul (PAP), TBJ 2653 gram. Masa kehamilan Ny. H mengalami masalah anemia ringan. Diagnosa ini ditegakkan dengan hasil pemeriksaan penunjang saat pertemuan pertama yakni Hb 10,2 gr/dl.

Persalinan Ny. H terjadi pada tanggal 18 Februari 2024 dengan usia kehamilan 40<sup>+2</sup> minggu. Ny. H datang ke Puskesmas Perlang pukul 01.00 WIB mengaku mules sejak pukul 23.00 WIB dengan keluar lendir darah, tidak ada keluar air-air. Pemeriksaan tanda-tanda vital pada saat itu dalam batas normal, posisi janin tunggal hidup presentasi kepala. Pukul 07.03 WIB bayi perempuan lahir spontan langsung menangis kuat, warna kemerahan, gerakan aktif, berat badan 2800 gram. Kala III-IV berlangsung normal. Perawatan bayi dilakukan perawatan pada bayi baru lahir normal. Metode *skin to skin* dilanjutkan setelah IMD.

Pada proses masa nifas penulis terus melakukan perkembangan pada kesehatan ibu. Pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital dan juga melakukan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) untuk mendeteksi adanya depresi post partum. Masalah yang muncul pada periode nifas ibu merasa cemas dan khawatir akan kondisi bayinya, kecukupan ASI untuk menyusui bayinya dan pemilihan pemakaian metode KB yang tidak mengganggu produksi ASI.

Pada fase pemilihan KB. Penulis memberikan konseling mengenai berbagai macam metode KB. Keluarga Ny. H mendukung keputusannya untuk menggunakan KB setelah 40 hari persalinan. Ny. H ingin menggunakan metode yang tidak mempengaruhi produksi ASI. Setelah proses konseling dan temu wicara beberapa kali selama masa nifas. Ny. H dan suami memilih untuk menggunakan KB 3 bulanan.

## B. Tinjauan Teori

### 1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

#### a. Kehamilan

##### 1) Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Masa kehamilan dimulai pada masa konsepsi sampai lahirnya janin. Lama masa kehamilan normal yaitu 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir.<sup>8</sup>

Manuaba (2012) mengatakan bahwa kehamilan merupakan proses mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.<sup>9</sup>

Menurut Mandriwati dkk (2016), kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis dimana setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan laki-laki yang organ reproduksinya juga sehat maka akan terjadi kemungkinan untuk hamil.<sup>10</sup> Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester yaitu 1, 2, dan 3. Trimester 1 terjadi selama 12 minggu pertama kehamilan, trimester 2 terjadi pada minggu ke 13 hingga minggu ke 27, dan trimester 3 terjadi pada minggu ke 28 hingga minggu ke 40.<sup>11</sup>

## 2) Tanda-Tanda Kehamilan

Pada masa awal-awal kehamilan seorang perempuan akan mengalami beberapa tanda-tanda awal kehamilan seperti telat menstruasi, perut kembung, mual dan muntah (*morning sickness*), mudah merasa lelah, perubahan pada payudara, kram perut dan bercak darah, peningkatan frekuensi berkemih, perubahan suasana hati. Hal ini terjadi karena adanya perubahan hormon pada saat perempuan hamil salah satunya terjadi peningkatan hormon progesteron<sup>9,5,6,7,8</sup>

## 3) Tanda Bahaya Pada Kehamilan

Penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan menandakan tanda-tanda penting yang terkait dengan kehamilan dan penyakit yang

kemungkinan diderita ibu hamil. Beberapa diantara tanda bahaya pada kehamilan yaitu seperti muntah berlebihan, pusing, sakit kepala, perdarahan, sakit perut hebat, demam tinggi lebih dari 2 hari, batuk lebih dari 2 minggu bisa jadi indikasi TB, berdebar-debar, keputihan yang berbau, gerakan janin.<sup>10</sup>

#### 4) Perkembangan Masa Kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester yaitu 1, 2, dan 3. Trimester 1 terjadi selama 12 minggu pertama kehamilan, trimester 2 terjadi pada minggu ke 13 hingga minggu ke 27, dan trimester 3 terjadi pada minggu ke 28 hingga minggu ke 40.<sup>11</sup>

*Tabel 1 . Perubahan Tinggi Fundus Uteri Menurut Usia Kehamilan<sup>13</sup>*

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	22-28 minggu	24-25 cm di atas simfisis
2.	28 minggu	26,7 cm di atas simfisis
3.	30 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
4.	32 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
5.	34 minggu	31 cm di atas simfisis
6.	36 minggu	32 cm di atas simfisis
7.	38 minggu	33 cm di atas simfisis
8.	40 minggu	37,7 cm di atas simfisis

#### 5) Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Semakin tuanya usia kehamilan, kebutuhan fisik maupun psikologis ibu juga mulai beragam dan harus terpenuhi. Kebutuhan fisik maupun psikologis ibu hamil dijabarkan sebagai berikut:<sup>13</sup>

##### a) Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

(1) Oksigen: Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil hingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung.

(2) Nutrisi: Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori per hari, ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan

yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

- (3) Kalori: Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong), dan sagu.
- (4) Protein: Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber protein nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang polong, dan tahu tempe).
- (5) Mineral: Semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat per hari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium.
- (6) Vitamin: Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.
- (7) Kalsium: Asupan kalsium yang dianjurkan kurang lebih 1200 mg/hari. Bagi ibu hamil yang berusia di antara 25 tahun cukup 800 mg.

- (8) Zat Besi: Kebutuhan wanita hamil akan Fe meningkat (untuk pembentukan plasenta dan sel darah merah) sebesar 200-300%. Perkiraan besaran zat besi yang perlu ditimbun selama hamil adalah 1040 mg.
- (9) Kebutuhan Personal Higiene: Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia). Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu kekurangan kalsium.
- (10) Kebutuhan Eliminasi: Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi. Sering buang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan oleh ibu hamil, terutama trimester I dan III, hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis.
- (11) Kebutuhan Seksual: Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak diperkenankan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelumnya waktunya.

- (12)Kebutuhan Mobilisasi: Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.
- (13)Istirahat: Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur karena dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.
- (14)Persiapan persalinan: Membuat rencana persalinan, membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada, mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan, membuat rencana atau pola menabung, mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan
- (15)Memantau kesejahteraan janin: Pemantauan gerakan janin minimal dilakukan selama 12 jam, dan pergerakan janin selama 12 jam adalah minimal 10 kali gerakan janin yang dirasakan oleh ibu hamil.

b) Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil

Dukungan Keluarga: Tugas keluarga yang saling melengkapi dan dapat menghindari konflik adalah dengan cara pasangan merencanakan untuk kedatangan anaknya, mencari informasi bagaimana menjadi ibudan ayah, suami mempersiapkan peran sebagai kepala rumah tangga. Disini motivasi suami dan keluarga untuk membantu meringankan ketidaknyamanan dan terhindar dari stres psikologi.

Dukungan dari Tenaga Kesehatan: Peran bidan dalam perubahan dan adaptasi psikologis adalah dengan memberi dukungan moral bagi klien, meyakinkan klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal rasa aman dan nyaman selama kehamilan. Kebutuhan pertama ialah ia merasa dicintai dan dihargai, kebutuhan kedua ialah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak.

Persiapan menjadi orang tua: Salah satu persiapan orang tua dapat dilaksanakan dengan kelas pendidikan kelahiran/kelas antenatal. *Sibling*: Dilakukan kepada ibu yang sudah memiliki anak untuk menghindari penolakan dari anak sebelumnya. Biasanya terjadipada anak usia 2-3 tahun.<sup>13</sup>

## b. Konsep Dasar Teori Antenatal Care (ANC)

### 1) Pengertian ANC

*Antenatal Care* adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.<sup>1</sup>

Pelayanan antenatal setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas dan diberikan kepada seluruh ibu hamil.<sup>11</sup>

### 2) Tujuan ANC

- a) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik maupun mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.
- b) Mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medis, beda, atau obstetri selama kehamilan.
- c) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu, dan tumbuh kembang janin.



- d) Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- e) Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, serta merawat anak secara fisik, psikologis, dan sosial.
- f) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.<sup>12</sup>

### 3) Kunjungan ANC

Berdasarkan PMK No. 21 tahun 2021 tentang KIA. Selama kehamilan ibu hamil wajib melakukan pemeriksaan. Sedikitnya 6 kali selama kehamilan. Minimal 2 kali pada trimester I, salah satunya bertemu dengan dokter untuk melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyulit termasuk di dalamnya melakukan USG. Minimal sekali pada trimester II. Minimal 3 kali pada trimester III, pada trimester ini ibu kembali bertemu dengan dokter untuk melakukan perencanaan persalinan, skrining pemeriksaan faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan USG dan melakukan rujukan terencana bila diperlukan.<sup>12 13</sup>

### 4) Tempat Pemeriksaan

Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan di sarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, praktik mandiri bidan dan dokter praktik.

### 5) Standar ANC yang diprogramkan

Standar pelayanan ANC meliputi standar 10T, sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan komprehensif dengan harapan *antenatal care* dengan standar 10T dapat sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu.

6) Pelayanan sesuai standar, yaitu 10 T<sup>13</sup>

## a) Penimbangan Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan (T1)

Pengukuran tinggi badan dan berat badan ibu untuk menentukan status gizi dan risiko persalinan. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk deteksi faktor risiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) atau panggul sempit. Penambahan berat badan ibu selama hamil dihitung dari IMT Pra kehamilan.

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan<sup>13</sup>

No.	IMT Pra Kehamilan	Rekomendasi Penambahan Berat Badan
1	< 18,5	12,5-18 kg
2	18,5-24,9	11,5-16 kg
3	25,0-29,9	7-11,5 kg
4	≥ 30	5-9 kg

## b) Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai pada kehamilan dan terjadinya preeklampsia (hipertensi disertai oedema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).

## c) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT) (T6)

Pada kunjungan pertama ANC, dilakukan skrining status imunisasi TT ibu hamil, apabila diperlukan, diberikan imunisasi pada saat pelayanan antenatal. Tujuan dari imunisasi TT ini yaitu untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir serta melengkapi status imunisasi TT.

*Tabel 3. Skrining Imunisasi TT*

Riwayat imunisasi ibu hamil	Imunisasi yang didapat	Status yang diberikan
Imunisasi Dasar Lengkap	DPT-Hb 1 DPT-Hb 2 DPT-Hb 3	T1 dan T2
Anak Sekolah Kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2 SD	Td	T4

Kelas 3 SD	Td	T5
Calon Pengantin, Masa Hamil	TT	1. Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi 2. Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi 3. Perhatikan interval pemberian
<i>T</i>		
<i>a</i>		
<i>b</i>		
<i>e</i>		
<i>t</i>		

#### 4. Interval dalam Perlindungan TT Imunisasi

Imunisasi	Pemberian Imunisasi	Selang waktu pemberian minimal	Masa Perlindungan
TT WUS	T1	-	-
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
	T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
	T5	3 tahun setelah T4	25 tahun

#### g) Beri tablet tambah darah (tablet besi) (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

#### h) Periksa laboratorium dan USG (T8)

Tes laboratorium pada saat kehamilan dilakukan untuk melakukan preventif dan skrining penyakit menular. Beberapa tes laboratorium yang dapat dilakukan diantaranya tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes *triple* eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukoprotein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya.

#### i) Tatalaksana atau penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan

kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j) Temu wicara (Konseling) (T10)

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes dan konseling HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.<sup>12</sup>

c. Pedoman Program Perencanaan Pencegahan Komplikasi (P4K)

1) Pengertian

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

2) Tujuan umum adanya program P4K

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang

aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

- 3) Tujuan khusus adanya program P4K antara lain
  - a) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.
  - b) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.
  - c) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
  - d) Meningkatkan keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun atau pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.
- 4) Manfaat P4K antara lain:
  - a) Mempercepat berfungsinya desa siaga.
  - b) Meningkatkan cakupan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standar.
  - c) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
  - d) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
  - e) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
  - f) Meningkatnya peserta KB pasca salin.
  - g) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
  - h) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

d. Terapi yang Diberikan Pada Ibu Selama Masa Kehamilan

1) Zat Besi

Zat besi merupakan unsur penting dalam pembentukan hemoglobin pada sel darah merah. Kekurangan hemoglobin disebut anemia atau dapat membahayakan kesehatan ibu dan bayi seperti BBLR, perdarahan dan peningkatan risiko kematian. Makanan sumber zat besi yang sangat baik dikonsumsi ibu hamil yaitu Ikan, daging, hati dan tempe. Ibu hamil juga perlu mengonsumsi satu Tablet Tambah Darah (TTD) per hari selama kehamilan dan dilanjutkan selama masa nifas.

2) Asam Folat

Untuk pembentukan sel dan sistem saraf termasuk sel darah merah. Sayuran hijau seperti bayam dan kacang-kacangan banyak mengandung asam folat yang sangat diperlukan pada masa kehamilan.

3) Kalsium

Untuk mengganti cadangan kalsium ibu yang digunakan untuk pembentukan jaringan baru pada janin. Apabila konsumsi kalsium tidak mencukupi maka akan berakibat meningkatkan risiko ibu mengalami komplikasi yang disebut keracunan kehamilan (pre eklampsia). Selain itu ibu akan mengalami pengeroposan tulang dan gigi. Sumber kalsium yang baik adalah sayuran hijau, kacang-kacangan dan ikan teri serta susu.<sup>12</sup>

e. Anemia

1) Pengertian anemia

Anemia adalah kondisi dimana jumlah sel darah merah lebih rendah dari jumlah normal atau penyakit kekurangan darah yang salah satunya disebabkan oleh kurangnya konsumsi zat besi. Anemia bisa terjadi karena sel-sel darah merah tidak mengandung cukup hemoglobin. Anemia juga didefinisikan sebagai suatu

kondisi yang ditandai dengan kekurangan kapasitas sel darah merah atau hemoglobin. Hemoglobin (Hb) inilah yang bertugas untuk mengangkut oksigen ke seluruh sel-sel tubuh manusia. Kadar Hb wanita normalnya adalah 12gr/dL.<sup>17</sup>

Penurunan sedang kadar hemoglobin terjadi selama kehamilan pada perempuan sehat yang tidak kekurangan besi atau folat. Hal ini disebabkan oleh ekspansi volume plasma yang relatif lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan massa hemoglobin dan volume sel darah merah yang menyertai kehamilan normal. Anemia dalam kehamilan atau disebut juga anemia gravidarum adalah suatu kondisi yang ditandai dengan kadar Hb <11gr/dl pada trimester I dan III atau <10,5 gr/Dl pada trimester II.<sup>18</sup>

## 2) Penyebab anemia

Dalam masyarakat yang diet sehari-harinya sebagian besar berasal dari sumber nabati, adanya penyakit infeksi maupun investasi parasit sangat berperan dalam terjadinya anemia gizi. Rendahnya kadar zat besi dalam diet sehari-hari maupun kurangnya tingkat absorpsi zat besi yang terkandung dalam sumber nabati hanya merupakan sebagian dari alasan tingginya angka prevalensi anemia gizi di Indonesia. Investasi cacing dalam usus, terutama cacing tambang dan penyakit infeksi yang lain banyak dijumpai dan menambah timbulnya anemia. Ada tiga faktor terpenting yang menyebabkan seseorang menjadi anemia, yaitu kehilangan darah karena perdarahan akut/kronis, pengrusakan sel darah merah, dan produksi sel darah merah yang tidak cukup banyak. Faktor-faktor yang mendorong terjadinya anemia gizi pada usia remaja (*health media nutrition series*) adalah:

- a) Adanya penyakit infeksi yang kronis
- b) Menstruasi yang berlebihan pada remaja putri
- c) Perdarahan yang mendadak seperti kecelakaan
- d) Jumlah makanan atau penyerapan diet yang buruk dari zat besi,



vitamin B12, vitamin B6, vitamin C, tembaga.

Selain itu, anemia pada remaja putri dan wanita sebagai berikut:

- a) Pada umumnya konsumsi makanan nabati pada remaja putri dan wanita tinggi, dibanding makanan hewani sehingga kebutuhan Fe tidak terpenuhi.
- b) Sering melakukan diet (pengurangan makan) karena ingin langsing dan mempertahankan berat badannya.
- c) Remaja putri dan wanita mengalami menstruasi tiap bulan yang membutuhkan zat besi tiga kali lebih banyak dibanding laki-laki. .

### 3) Tanda dan gejala anemia

Tanda-tanda anemia, diantaranya yaitu:

- a) Terjadinya peningkatan kecepatan denyut jantung karena tubuh berusaha memberi oksigen lebih banyak ke jaringan.
- b) Adanya peningkatan kecepatan pernafasan karena tubuh berusaha menyediakan lebih banyak oksigen pada darah.
- c) Pusing akibat kurangnya darah ke otak.
- d) Terasa lelah karena meningkatnya oksigenasi berbagai organ termasuk otot jantung dan rangka.
- e) Kulit pucat karena berkurangnya oksigenasi.
- f) Mual akibat penurunan aliran darah saluran cerna dan susunan saraf pusat.
- g) Penurunan kualitas rambut dan kulit.

### 4) Klasifikasi anemia

Klasifikasi anemia adalah sebagai berikut:

#### a) Anemia defisiensi besi

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Diagnosa anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa

didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda..

b) Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik dimana anemia disebabkan karena defisiensi asam folat (*Pterylgutamic Acid*) dan defisiensi vitamin B12 (*Cyanocobalamin*) walaupun jarang.

c) Anemia hipoplastik

Anemia hipoplastik dan aplastik adalah disebabkan oleh hipofungsi sel-sel tulang, membentuk sel darah merah baru. Untuk diagnosis memerlukan pemeriksaan darah fungsi lengkap, pemeriksaan fungsi eksternal, dan pemeriksaan retikulosit.

d) Anemia hemolitik

Gejala anemia hemolitik antara lain adalah kelainan gambaran darah, kelelahan, kelemahan, dampak organ vital. Anemia hemolitik adalah anemia yang disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pada pembuatannya.

5) Ambang batas anemia

Kadar hemoglobin dalam darah menjadi kategori dalam penentuan status anemia. Adapun kadar hemoglobin yang menandakan anemia menurut umur dan jenis kelamin berdasarkan WHO:

*Tabel 3. Kadar Haemoglobin*

Populasi	Anemia			
	Non-Anemia (g/dl)	Ringan	Sedang	Berat
Anak 6-59 bulan	11	10,0-10,9	7,0-9,9	<7,0
Anak 5-11 tahun	11,5	11,0-11,4	8,0-10,9	<8,0

Anak 12-14 tahun	12	11,0-11,9	8,0-10,9	<8,0
Perempuan tidak hamil (> 15 tahun)	12	11,0-11,9	8,0-10,9	<8,0
Ibu hamil	11	10,0-10,9	7,0-10,9	<7,0
Laki-laki >15 tahun	13	11,0-12,9	8,0-10,9	<8,0

#### 6) Upaya pencegahan anemia dalam kehamilan

Cara pencegahan dan penanggulangan anemia Menurut Kemenkes R.I, upaya pencegahan dan penanggulangan anemia dilakukan dengan memberikan asupan zat besi yang cukup ke dalam tubuh untuk meningkatkan pembentukan hemoglobin. Upaya yang dapat dilakukan diantaranya:<sup>19</sup>

- a) Meningkatkan asupan makanan sumber zat besi. Meningkatkan asupan makanan sumber zat besi dengan pola makan bergizi seimbang, yang terdiri dari aneka ragam makanan, terutama sumber pangan hewani yang kaya zat besi (besi heme) dalam jumlah yang cukup sesuai dengan AKG. Selain itu juga perlu meningkatkan sumber pangan nabati yang kaya zat besi (besi non-heme), walaupun penyerapannya lebih rendah dibanding dengan hewani.
- b) Fortifikasi bahan makanan dengan zat besi. Fortifikasi bahan makanan yaitu menambahkan satu atau lebih zat gizi kedalam pangan untuk meningkatkan nilai gizi pada pangan tersebut. Penambahan zat gizi dilakukan pada industri pangan, untuk itu disarankan membaca label kemasan untuk mengetahui apakah bahan makanan tersebut sudah difortifikasi dengan zat besi. Suplementasi zat besi pada keadaan dimana zat besi dari makanan tidak mencukupi kebutuhan terhadap zat besi, perlu didapat dari suplementasi zat besi. Pemberian suplementasi zat besi secara rutin selama jangka waktu tertentu bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin secara cepat, dan perlu

dilanjutkan untuk meningkatkan simpanan zat besi di dalam tubuh.

f. Skrining Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi

Persiapan persalinan dapat dilakukan dalam sejak masa kehamilan. Salah satu persiapan bersalin adalah menentukan tempat bersalin. Skrining yang dapat membantu menentukan tempat bersalin dapat dilakukan saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan. Skrining ini meliputi skrining risiko tinggi pada ibu. Skrining ini dapat dilakukan oleh bidan maupun PKK.

Skrining ini menggunakan skor, dimana ambang skor sudah ditentukan. Ibu dengan nilai skor 2, tergolong kehamilan risiko rendah. Maka ibu tidak perlu dirujuk, persalinan dapat dilakukan di praktik bidan mandiri dan ditolong oleh bidan. Ibu dengan nilai skor 6-10, tergolong kehamilan risiko tinggi. Maka persalinan lebih baik dilakukan di faskes rujukan minimal Puskesmas, ditolong oleh bidan dan dokter. Sedangkan ibu dengan nilai skor >12 masuk dalam golongan kehamilan risiko sangat tinggi. Pada golongan ini persalinan wajib ditolong oleh dokter dan dilakukan di rumah sakit.<sup>13</sup>

Gambar 1. . Lembar Skrining/Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi Oleh PKK dan Petugas kesehatan

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI**

Nama : ..... Alamat : .....  
 Umur Ibu : ..... th Kec./Kab : .....  
 Pendidikan : ..... Pekerjaan : .....  
 Hamil Ke : ..... Haid TerLAMBAT tgl : ..... Perkiraan Persalinan tgl : .....  
 Periksa I : .....  
 Umur Kehamilan : ..... bln Di : .....

KEL	NO.	Masalah/ Faktor Resiko	SKOR	TRIBUNAL		
				I	II	III.1
I		Skor Awal Ibu Hamil	2			
		Terlalu muda, hamil < 16 th	4			
		Terlalu tua, hamil 1 > 35 th	4			
		Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4			
		Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4			
		Terlalu cepat hamil lagi (2 th)	4			
		Terlalu banyak anak, 4/ lebih	4			
		Terlalu tua, umur > 35 th	4			
		Terlalu pendek < 145 cm	4			
		Pernah gagal kehamilan	4			
		Pernah melahirkan dengan :				
		a. Tarikan tang/ vakum	4			
		b. Uri drogon	4			
		c. Diberi infus/ transfusi	4			
		Pernah Operasi Sesar	8			
II		Penyakit pada ibu hamil :				
		a. kurang darah b. Malaria	4			
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4			
		e. Xencing manis (Diabetes)	4			
		f. Penyakit Menular Seksual	4			
		Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4			
		Hamil Kembang 2 Atau lebih	4			
		Hamil kembang air (Hydramnion)	4			
		Sayri mati dalam kandungan	4			
		Kehamilan Lebih bulan	4			
III		Letak Sungsang	8			
		Letak Lintang	8			
		Perdarahan dalam kehamilan	8			
		Preeklampsia dalam kehamilan	8			
		Preeklampsia Berat / Jejang-kejang	8			
JUMLAH SKOR						

**PENYULUHAN KEHAMILAN / PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA**

JML SKOR	KEL RISIKO	KENAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO				
		PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN	RDB	RDR	RTW
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/ RS	BIDAN DOKTER			
>12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

**KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI**

**PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Persalinan Melahirkan Tanggal : .....

RUJUK DARI : 1. Sendiri  
 2. Dukun  
 3. Bidan  
 4. Puskesmas

RUJUK KE : 1. Bidan  
 2. Puskesmas  
 3. Rumah Sakit

Rujukan :  
 1. Rujukan Dini berencana (RDB)  
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)  
 3. Rujukan Terlambat (RT)  
 Rujukan Dalam Rahim (RDR)

Gawat Obstetrik :  
 Kel. Faktor resiko I & II  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....  
 7. ....

Gawat darurat Obstetrik :  
 Kel. Faktor resiko I & II  
 1. Perdarahan antepartum  
 2. Eklamsia  
 3. Perdarahan postpartum  
 4. Uri tertinggal  
 5. Persalinan Lama  
 6. Panas Tinggi

TEMPAT :  
 1. Rumah Ibu  
 2. Rumah Bidan  
 3. Polindes  
 4. Puskesmas  
 5. Rumah Sakit  
 6. Perjalanan  
 7. Lain-lain

PENOLONG :  
 1. Dukun  
 2. Bidan  
 3. Dokter  
 4. Lain-lain

MACAM PERSALINAN :  
 1. Normal  
 2. Tindakan Pervaginam  
 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :  
**IBU :**  
 1. Hidup  
 2. Mati, dengan penyebab :  
 a. Perdarahan b. Preeklampsia/ Eklamsia  
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-lain  
**BAYI :**  
 1. Berat Lahir : gram, laki-laki/ Perempuan  
 2. Lahir Hidup: APGAR Skor .....  
 3. Lahir mati, penyebab .....  
 4. Mati kemudian, Umur ..... hr, penyebab .....  
 5. Kelainan bawaan : tidak ada/ ada .....

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca salin)  
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab .....

Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana 1. Ya, ...../ Sterilisasi .....  
 2. Belum tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

## 2. Persalinan

### a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.<sup>14</sup>

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.<sup>1</sup>

### b. Etiologi

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:<sup>4</sup>

#### 1) Penurunan Kadar Progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.<sup>4</sup>

#### 2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat

mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.<sup>4</sup>

### 3) Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *Bladder* dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.<sup>4</sup>

### 4) Pengaruh Janin

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

### 5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F<sub>2</sub> atau E<sub>2</sub> yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga

didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.<sup>4</sup>

#### 6) Teori Iritasi Mekanis

Pada area belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.<sup>4</sup>

#### c. Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan Yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah:

- 1) Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:
  - a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
  - b) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
  - c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
  - d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks.
  - e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.
- 2) Penipisan dan pembukaan serviks. Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.
- 3) *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir) Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini



disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

- 4) *Premature Rupture of Membrane* Adalah keluarnya cairan banyak dengan spontan dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.<sup>9</sup>

#### d. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu:

##### 1) Kala I

Kala satu dimulai dari permulaan persalinan hingga pembukaan penuh serviks (kurang lebih 10 cm). Terdiri dari dua tahapan: fase laten dan fase aktif. Selama periode laten, kontraksi tidak teratur menjadi lebih teratur, rasa tidak nyaman menjadi minimal, dan serviks berkontraksi dan melebar hingga 4 cm. Masa inkubasinya sulit ditentukan secara akurat dan bervariasi, rata-rata 8 jam pada wanita primipara dan 5 jam pada wanita multipara. Periode ini dianggap tidak normal jika lebih dari 20 jam pada wanita nulipara dan 12 jam pada wanita multipara.<sup>3</sup>

Pada fase aktif, serviks melebar sempurna dan serviks diturunkan ke tengah panggul. Rata-rata, fase aktif berlangsung 5 sampai 7 jam pada wanita primipara dan 2 sampai 4 jam pada wanita multipara. Secara tradisional, serviks diperkirakan akan melebar dengan kecepatan sekitar 1,2 cm/jam pada wanita nulipara dan sekitar 1,5 cm/jam pada wanita multipara. Namun, data terbaru menunjukkan bahwa

perkembangan pelebaran serviks yang lambat hingga 4 hingga 6 cm mungkin merupakan hal yang normal.<sup>1</sup>

Pemeriksaan panggul dilakukan setiap 2 hingga 3 jam untuk menilai kemajuan persalinan. Selama kala satu persalinan, detak jantung dan tekanan darah ibu, serta detak jantung janin, harus terus dipantau melalui pemantauan elektronik atau terkadang auskultasi, biasanya menggunakan perangkat ultrasonografi *Doppler* genggam (Lihat Pemantauan Janin). Wanita mungkin merasakan dorongan untuk meneran ketika bagian tubuh bergerak turun ke panggul. Namun, tidak perlu mengejan hingga leher rahim terbuka sempurna untuk menghindari pecahnya leher rahim dan membuang tenaga.<sup>3</sup>

Dalam fase ini ibu lebih diajarkan teknik pernafasan. Teknik Pernafasan adalah salah satu keterampilan yang paling bermanfaat untuk mengatasi rasa nyeri persalinan. Keterampilan relaksasi pernafasan untuk mengatasi rasa nyeri ini dapat digunakan selama persalinan agar dapat mengatasi persalinan dengan baik berarti tidak kewalahan atau panik saat menghadapi rangkaian kontraksi.<sup>4</sup>

## 2) Kala II

Kala 2 adalah waktu dari pembukaan serviks secara penuh hingga lahirnya janin. Rata-rata berlangsung 2 jam pada nulipara (median 50 menit) dan 1 jam pada multipara (median 20 menit). Ini mungkin berlangsung satu jam atau lebih jika analgesia konduksi (epidural) atau sedasi opioid intens digunakan. Untuk melahirkan secara spontan, wanita harus menambah kontraksi uterus dengan mengejan secara ekspulsif. Pada kala dua, wanita harus selalu diawasi, dan bunyi jantung janin harus diperiksa terus menerus atau setelah setiap kontraksi. Kontraksi dapat dipantau dengan palpasi atau secara elektronik.<sup>2</sup>

Selama kala 2, posisi ibu tidak mempengaruhi durasi atau cara persalinan atau hasil akhir ibu atau neonatal dalam persalinan tanpa anestesi epidural. Selain itu, teknik mengejan (spontan versus terarah

dan tertunda versus segera) tidak mempengaruhi cara persalinan atau *outcome* ibu dan bayi baru lahir. Penggunaan anestesi epidural menunda pengejanan dan dapat memperpanjang kala 2 selama satu jam.<sup>2</sup>

### 3) Kala III

Kala III persalinan mengacu pada periode sejak lahirnya bayi baru lahir hingga lahirnya plasenta dan selaput perlekatannya secara lengkap.<sup>21</sup> Tahap ketiga persalinan adalah waktu antara saat setelah bayi lahir hingga lahirnya plasenta (atau setelah kelahiran) keluar. Begitu bayi lahir, pelepasan hormon oksitosin akan membuat rahim berkontraksi dan mengecil. Ini akan membuat plasenta mulai terpisah. Pada fase ini ibu akan mengalami perdarahan akibat pelepasan plasenta.<sup>6</sup>

Persalinan kala tiga biasanya berlangsung antara 5 sampai 15 menit. Bila lewat dari 30 menit, maka persalinan kala tiga dianggap panjang/lama yang berarti menunjukkan adanya masalah potensial. Bilamana rahim lemah dan tidak berkontraksi secara normal, maka pembuluh darah di daerah plasenta tidak terjepit dengan cukup, hal ini akan mengakibatkan perdarahan yang berat.<sup>7</sup> Penatalaksanaan aktif kala III melibatkan pemberian profilaksis agen uterotonika sebelum lahirnya plasenta, penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini, dan traksi tali pusat yang terkontrol.<sup>5</sup>

Manajemen aktif kala tiga

- a) Periksa apakah ada bayi ke-2.
- b) Suntikkan oksitosin intramuskular pada lateral paha ibu, atau intravena bila sudah terpasang infus.
- c) Pasang klem tali pusat 3 cm dari umbilikus bayi, lalu tali pusat ditekan dan didorong ke arah distal atau ke sisi plasenta, dan pasang klem tali pusat ke-2 sekitar 2 cm dari klem pertama.
- d) Gunting tali pusat di antara kedua klem, hati-hati dengan perut bayi.

- e) Lalu bayi diberikan kepada petugas kesehatan lain yang merawat bayi, atau bayi segera diletakkan di dada ibu untuk inisiasi menyusui dini (IMD).
- f) Lakukan peregangan tali pusat saat uterus berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta.
- g) Cara peregangan tali pusat adalah satu tangan membawa klem ke arah bawah, sedangkan tangan lainnya memegang uterus sambil didorong ke arah dorso kranial.
- h) Jika tali pusat bertambah panjang maka pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu, lakukan peregangan tali pusat berulang dengan perlahan hingga plasenta lahir spontan.<sup>3</sup>

Jika dalam 30 menit plasenta tidak lahir spontan, atau terjadi retensio plasenta, maka lakukan manual plasenta. Saat proses melahirkan plasenta, dilarang menarik tali pusat terlalu keras karena dapat menyebabkan plasenta keluar tidak utuh. Plasenta yang keluar harus diperiksa apakah keluar utuh. Jaringan plasenta yang tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan komplikasi di masa nifas seperti infeksi post partum atau perdarahan pervaginam.<sup>8</sup>

#### 4) Kala IV

Kala IV adalah fase setelah plasenta lahir hingga 2 jam post partum. Pada kala ini dilakukan penilaian perdarahan pervaginam, bila ditemukan robekan jalan lahir maka perlu dilakukan *hecting*. Setelah itu, tenaga medis harus menilai tanda-tanda vital ibu, memastikan kontraksi uterus baik, dan memastikan tidak terjadi perdarahan post partum.

Selain itu, ibu sebaiknya dimotivasi untuk melakukan IMD dalam waktu minimal 1 jam setelah melahirkan. Setelah proses IMD selesai atau 1 jam setelah lahir, bayi akan diberikan suntikan vitamin K1 intramuskular di anterolateral paha kiri, dan 1 jam setelahnya diberikan imunisasi hepatitis B pada anterolateral paha kanan.

Memandikan bayi selama 24 jam pertama sebaiknya dihindari untuk mencegah hipotermia.<sup>8</sup>

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persalinan adalah:

1) Penumpang (*Passanger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya

2) Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir dibagi atas dua yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul sedangkan jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang serviks, otot besar panggul, vagina, introitus vagina.

3) Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua yaitu:

a) Kekuatan primer

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Kekuatan primer mengakibatkan serviks menipis dan berdilatasi sehingga janin turun.

b) Kekuatan sekunder

Kekuatan ini diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

4) Posisi ibu (*positioning*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk

menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi, seperti posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok.

#### 5) Respons psikologis

Ibu yang memiliki masalah dengan psikologisnya seperti rasa cemas yang dihadapinya maka akan mengalami kontraksi yang lemah dan sedang, sedangkan jika psikologis ibu saat bersalin baik maka kontraksi uterus akan kuat. Adanya masalah psikologis pada ibu bersalin akan mempengaruhi kontraksi uterus ibu bersalin yang menjadi lemah dan akan memperlambat proses persalinan.<sup>25</sup>

Respons psikologis ibu dapat dipengaruhi oleh:

- a) Dukungan suami selama persalinan.
- b) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
- c) Saudara kandung bayi selama persalinan.

#### 6) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Ibu bersalin yang percaya terhadap bidan penolongnya maka akan meningkatkan rasa percaya diri dalam menghadapi persalinan dan lebih siap sehingga kontraksi uterusnya juga menjadi kuat.<sup>5</sup>

#### f. Kebutuhan Fisiologi Ibu Bersalin

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar dan fisiologis. Kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan bidan untuk dipenuhi yaitu: kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, eliminasi, hygiene (kebersihan personal), istirahat, posisi dan ambulasi, pengurangan rasa nyeri, penjahitan perineum (jika diperlukan), serta kebutuhan akan pertolongan persalinan yang terstandar. Pemenuhan kebutuhan dasar ini berbeda-beda, tergantung pada tahapan persalinan, kala I, II, III atau IV.<sup>9</sup>

#### 1) Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan oleh bidan, terutama pada kala I dan kala II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan.<sup>9</sup>

#### 2) Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Kebutuhan cairan dan nutrisi (makan dan minum) merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Pastikan bahwa pada setiap tahapan persalinan (kala I, II, III, maupun IV), ibu mendapatkan asupan makan dan minum yang cukup. Asupan makanan yang cukup (makanan utama maupun makanan ringan), merupakan sumber dari glukosa darah. Glukosa darah merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah yang rendah akan mengakibatkan hipoglikemia. Sedangkan asupan cairan yang kurang, akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu bersalin.<sup>9</sup>

#### 3) Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien.<sup>9</sup>

#### 4) Kebutuhan Hygiene (Kebersihan Personal)

Kebutuhan hygiene (kebersihan) ibu bersalin perlu diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin, karena personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relaks, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan dan memelihara kesejahteraan fisik dan psikis.<sup>9</sup>

#### 5) Kebutuhan Istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) 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. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk.<sup>9</sup>

#### 6) Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi: peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. Rasa nyeri ini apabila tidak diatasi dengan tepat, dapat meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stres, yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya persalinan lama.<sup>9</sup>

#### g. Penapisan awal pada kala I Asuhan Persalinan normal

Ibu yang akan melahirkan harus memenuhi beberapa persyaratan yang disebut penapisan awal. Tujuan dari penapisan awal adalah untuk menentukan apakah ibu tersebut boleh bersalin di Puskesmas atau harus dirujuk. Apabila didapati atau salah satu/ lebih penyulit seperti di bawah ini maka ibu harus dirujuk ke rumah sakit:

- 1) Riwayat bedah Caesar
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 4) Ketuban Pecah dengan Mekoneum Kental
- 5) Ketuban Pecah Lama (>24 jam )



- 6) Ketuban Pecah pada Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 7) Ikterus
- 8) Anemia berat
- 9) Tanda/gejala infeksi
- 10) Pre-eklamsi/ Hipertensi dalam kehamilan
- 11) Tinggi Fundus Uteri 40 cm atau lebih
- 12) Gawat Janin
- 13) Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5
- 14) Presentasi bukan belakang kepala
- 15) Presentasi majemuk
- 16) Kehamilan Gemeli
- 17) Tali Pusat Menumbung
- 18) Syok
- 19) Penyakit penyakit yang menyertai.

h. Pengisian pada Partograf

Observasi yang ketat harus dilakukan selama kala satu persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat didalam partograf. Partograf membantu bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit. Partograf membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Pencatatan pada partograf dimulai pada saat proses persalinan masuk dalam “**fase aktif**”. Untuk menyatakan ibu sudah masuk dalam fase aktif harus ditandai dengan :

- 1) Kontraksi yang teratur minimal 3 x selama 10 menit
- 2) Lama kontraksi minimal 40 detik
- 3) Pembukaan 4 cm disertai penipisan
- 4) Bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul.

Bila pembukaan sudah mencapai  $> 4$  cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang 3 x dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, pikirkan diagnosa inersia uteri.

Komponen yang harus diobservasi :

- 1) Denyut jantung janin setiap  $\frac{1}{2}$  jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap  $\frac{1}{2}$  jam
- 3) Nadi setiap  $\frac{1}{2}$  jam
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- 5) Penurunan setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- 7) Produksi urin, aseton aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

Lembar partograf halaman depan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

- 1) Informasi tentang ibu:
  - a) Nama, umur.
  - b) Gravida, para, abortus (keguguran).
  - c) Nomor catatan medis atau nomor puskesmas.
  - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu.
  - e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin:
  - a) DJJ;
  - b) Warna dan adanya air ketuban
  - c) Penyusupan (*molase*) kepala janin
- 3) Kemajuan persalinan:
  - a) Pembukaan serviks
  - b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
  - c) Garis waspada dan garis bertindak
- 4) Jam dan waktu:
  - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
  - b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

- 5) Kontraksi uterus:
  - a) Frekuensi dan lamanya
- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan:
  - a) Oksitosin
  - b) Obat-obatan lainnya dan cairan intra Vena IV yang diberikan
- 7) Kondisi ibu:
  - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh
  - b) Urine (volume, aseton atau protein)
  - c) Asupan cairan dan nutrisi
- 8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia disisi partograf atau dicatatan kemajuan persalinan). Halaman belakang partograf diisi setelah kelahiran berlangsung, semua proses, tindakan dan obat-obatan serta observasi yang dilakukan dicatat dilembar ini. Data ini penting jika tiba-tiba ibu mengalami penyulit di klinik atau setelah di rumah.

### 3. Konsep Dasar Teori Nifas

#### a. Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) didefinisikan sebagai masa persalinan selama dan segera setelah kelahiran, masa ini juga meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduktif kembali ke keadaan tidak hamil yang normal. Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan.<sup>26</sup> Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dan persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu.<sup>27</sup>

Asuhan masa nifas sangat penting dan diperlukan karena dalam periode ini disebut masa kritis baik pada ibu maupun bayinya. Diperkirakan insiden kematian ibu di Indonesia sebesar 60% terjadi pada post partum atau masa nifas, dan sebesar 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Sehingga peran dan tanggung jawab bidan untuk mencegah kematian ibu

pada masa kritis ini adalah dengan memberikan asuhan kebidanan yang aman dan efektif.<sup>28</sup>

b. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi 4 tahapan antara lain:<sup>28</sup>

1) Periode immediate post partum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan post partum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode early post partum (>24 jam - 1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode late post partum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

c. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1) Involusi alat-alat kandungan

Involusi adalah proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi plasenta akan menjadi nekrotik (mati). Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Involusi terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil karena cytoplasmanya yang berlebihan dibuang. Involusi disebabkan proses autolisis dimana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorpsi kemudian dibuang saat BAK. Terjadi penurunan bertahap sebesar 1cm/hari. Uterus

secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

*Tabel 4. Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi*

<b>Involusi</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Berat Uterus</b>
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat sympisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas sympisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

## 2) Lochea

Berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Lochea juga mengalami perubahan karena proses involusi. Perubahan lochea tersebut adalah.<sup>29</sup>

### a) Lochea Rubra (Cruenta)

Pada hari 1-2 post partum, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari decidua dan chorion

### b) Lochea Sanguinolenta

Berwarna merah kuning, berisi darah lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.

### c) Lochea Serosa

Muncul pada hari ke 7-14, berwarna kecokelatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit dan laserasi plasenta.

### d) Lochea Alba

Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

e) Vulva, Vagina, Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu post partum, 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 sedikit lebih besar dari sebelum persalinan, karena perineum mengalami robekan baik secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Ini dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.<sup>28</sup>

f) Sistem Perkemihan

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan, sedangkan saluran kemih secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 2-8 minggu. 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>28</sup>

g) Payudara

Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi,

maka terjadi *positive feed back hormone* (umpan balik positif), yaitu kelenjar pituitary akan mengeluarkan hormon prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* sehingga ASI keluar melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting.<sup>28</sup>

#### h) Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Pada hormon oksitosin, isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin. Oksitosin memacu kontraksi otot rahim sehingga involusi rahim makin cepat dan baik. Tidak jarang perut ibu terasa mules yang sangat pada hari-hari pertama menyusui dan ini adalah mekanisme alamiah untuk kembalinya rahim ke bentuk semula.<sup>29</sup> Kadar estrogen mengalami penurunan yang menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum.<sup>28</sup>

#### i) Sistem Muskuloskeletal

Setelah melahirkan ligamen, fasia, 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>28</sup>

#### d. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas dibagi menjadi tiga periode antara lain:<sup>30</sup>

##### 1) *Taking In*

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ia mungkin akan mengulang-ulang, menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- d) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi.
- e) Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya.

##### 2) *Taking Hold*

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.



- f) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingan, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan tidak nyaman karena ia sangat sensitif.

### 3) *Letting Go*

- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.
- c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

Faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa post partum adalah:

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

### e. Pelayanan Kesehatan Masa Nifas/Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan pada masa nifas dilakukan minimal 4 kali antara lain:<sup>31</sup>

- a) Kunjungan pertama (6-48 jam post partum)
- b) Kunjungan kedua (3-7 hari post partum)
- c) Kunjungan ketiga (8-28 minggu post partum)
- d) Kunjungan keempat (29-42 minggu post partum)

Tabel 5. Kunjungan Pada Ibu Nifas Kunjungan

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	Kunjungan 1 (pertama) 6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>2. Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut</li> <li>3. Melakukan konseling pada ibu dan keluarga jika terjadi masalah</li> <li>4. Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal.</li> <li>5. Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (<i>Bounding Attachmant</i>).</li> <li>6. Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia</li> <li>7. Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi).</li> </ol>
2	Kunjungan II (kedua) 6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (<i>umbilicus</i>), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau.</li> <li>2. Mendeteksi tanda-tanda: demam, perdarahan abnormal seperti sakit kepala hebat dll.</li> <li>3. Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup.</li> <li>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> <li>5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.</li> <li>6. Melakukan konseling KB secara mandiri.</li> <li>7. Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat.</li> </ol>
3	Kunjungan III (ketiga) 2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan ke dua

---

4	Kunjungan IV (keempat) 6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan kepada ibu adakah masalah atau penyulit yang dialami baik bagian ibu maupun bayi</li> <li>2. Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif atau sesuai kebutuhan.</li> </ol>
---	--	--

---

f. ASI Eksklusif

ASI atau Air Susu Ibu merupakan sumber energi dan nutrisi penting pada anak usia 6–23 bulan. Ini dapat memenuhi setengah atau lebih kebutuhan energi anak antara usia 6 dan 12 bulan, dan sepertiga dari kebutuhan energi antara 12 dan 24 bulan. ASI juga merupakan sumber energi dan nutrisi penting selama sakit, dan mengurangi angka kematian pada anak-anak yang kekurangan gizi.<sup>32</sup>

ASI Eksklusif adalah bayi hanya menerima Air Susu Ibu dan tidak ada cairan atau makanan padat lain selain air, kecuali rehidrasi oral atau tetes/sirup vitamin, mineral, atau obat-obatan.<sup>33</sup> Menurut UU Republik Indonesia No. 36 tahun 2009 tentang KESEHATAN, pasal 128 ayat (1) setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis.<sup>33</sup>

1) Periode ASI Berdasarkan Waktunya

a) Kolostrum

Kolostrum merupakan susu pertama yang keluar, berbentuk kuning yang diproduksi beberapa jam setelah kelahiran dan berbeda dengan ASI transisi dan ASI matur. Kolostrum mengandung protein tinggi 8,5%, sedikit karbohidrat 3,5 %, lemak 2,5%, garam dan mineral sebanyak 0,4, air 85,1%, serta kolostrum tinggi immonoglobulin A(IgA)

b) ASI Transisi (7-14 hari)

Merupakan transisi dari kolostrum ke ASI matur, kandungan protein makin menurun namun kandungan lemak, laktosa, vitamin larut air dan volume ASI semakin meningkat dipengaruhi oleh lamanya menyusui.

c) ASI Matur

ASI matur dapat berbeda menurut lama menyusui. Pada permulaan 5 menit pertama disebut *foremilk* (kadar lemak ASI rendah (1-2g/dl) dan kadar lemak bisa mencapai 3 kali lebih tinggi pada akhir menyusui *hindmilk* setelah 15-20menit.<sup>33</sup>

2) Manfaat ASI

a) Manfaat Untuk Bayi

- (1) Memberikan efek psikologis yang menguntungkan
- (2) Mengandung zat protektif
- (3) Faktor pertumbuhan baik, kenaikan berat badan baik
- (4) Tidak menyebabkan Obesitas
- (5) Mengurangi karies dentis (karang gigi)
- (6) Mengurangi maloklusi<sup>33</sup>

b) Manfaat ASI bagi Ibu :

- (1) Mencegah perdarahan pasca melahirkan
- (2) Menurunkan kejadian anemia
- (3) Memberikan psikologis yang baik untuk ibu
- (4) Dapat menjarangkan kehamilan
- (5) Praktis dapat diberikan dimana saja<sup>33</sup>

3) Kandungan ASI

ASI mengandung seluruh zat gizi untuk 6 bulan pertama kehidupan bayi, lemak, karbohidrat, protein, garam mineral. Zat protektif untuk bayi adalah Lacto Avilia Bifidus, Lactoferin, lisozim, complemen C3 dan C4. Antistreptokokus, antibody/immunoglobulin, immunitas seluler dan tidak menimbulkan alergi.<sup>34</sup>

g. Skrining Depresi Post partum

Sering kali ibu nifas mengalami penyimpangan kondisi fisik dan kondisi psikologis, oleh sebab itu diperlukan pengkajian secara detail pada berbagai aspek kehidupan dan pemberian asuhan secara holistik dan komprehensif pada setiap tahapan masa nifas. Salah satu. Salah satu instrumen yang dapat digunakan dalam mendeteksi penyimpangan psikologi ibu pada masa nifas adalah menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

1) *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

Skala Depresi Pascanatal Edinburgh (EPDS) adalah kuesioner yang awalnya dikembangkan untuk membantu mengidentifikasi kemungkinan gejala depresi pada periode pasca kelahiran. Ia juga memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang memadai untuk mengidentifikasi gejala depresi pada masa antenatal dan berguna dalam mengidentifikasi gejala kecemasan.

EPDS bukanlah alat diagnostik. Sebaliknya, ini adalah alat skrining yang bertujuan untuk mengidentifikasi perempuan yang mungkin mendapat manfaat dari perawatan lanjutan, seperti penilaian kesehatan mental, yang dapat menghasilkan diagnosis berdasarkan kriteria diagnostik yang diterima (DSM-IV-TR atau ICD-10).<sup>35</sup>

2) Cara Menggunakan EPDS

Cara penilaian EPDS(39)

a) Pertanyaan 1, 2, dan 4

Mendapatkan nilai 0, 1, 2, atau 3 dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 0 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 3

b) Pertanyaan 3,5 sampai dengan 10

Merupakan penilaian terbalik, dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 3 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 0

- c) Pertanyaan 10 merupakan pertanyaan yang menunjukkan keinginan bunuh diri.
- d) Nilai maksimal: 30
- e) Kemungkinan depresi: nilai 10 atau lebih.<sup>39</sup>

#### Cara pengisian EPDS

- a) Para ibu diharap untuk memberikan jawaban tentang perasaan yang terdekat dengan pertanyaan yang tersedia dalam 7 hari terakhir.
- b) Semua pertanyaan kuesioner harus dijawab
- c) Jawaban kuesioner harus berasal dari ibu sendiri. Hindari kemungkinan ibu mendiskusikan pertanyaan dengan orang lain.
- d) Ibu harus menyelesaikan kuesioner ini sendiri, kecuali ia mengalami kesulitan dalam memahami bahasa atau tidak bisa membaca.<sup>39</sup>

*Tabel 6. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

Nama: _____ Alamat: _____ Tanggal Lahir: _____ Tanggal kelahiran Bayi: _____ No. Telepon: _____
Sebagaimana kehamilan atau proses persalinan yang baru saja anda alami, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan anda saat ini. Mohon memilih jawaban yang paling mendekati keadaan perasaan anda <b>DALAM 7 HARI TERAKHIR</b> , bukan hanya perasaan anda hari
Dibawah ini ialah contoh pertanyaan yang telah disertai oleh jawabannya. Saya merasa bahagia: <input type="checkbox"/> Ya, setiap saat <input type="checkbox"/> Ya, hampir setiap saat <input type="checkbox"/> Tidak, tidak terlalu sering <input type="checkbox"/> Tidak pernah sama sekali  Arti jawaban diatas ialah: “saya merasa bahagia di hampir setiap saat” dalam satu minggu terakhir ini. Mohon dilengkapi pertanyaan lain dibawah ini dengan cara yang sama.
Dalam 7 hari terakhir: 1. Saya mampu tertawa dan merasakan hal-hal yang menyenangkan <input type="checkbox"/> Sebanyak yang saya bisa <input type="checkbox"/> Tidak terlalu banyak <input type="checkbox"/> Tidak banyak <input type="checkbox"/> Tidak sama sekali 2. Saya melihat segala sesuatunya kedepan sangat menyenangkan <input type="checkbox"/> Sebanyak sebelumnya

- Agak sedikit kurang dibandingkan dengan sebelumnya
  - Kurang dibandingkan dengan sebelumnya
  - Tidak pernah sama sekali
3. \* Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagaimana mestinya
- Ya, setiap saat
  - Ya, kadang-kadang
  - Tidak terlalu sering
  - Tidak pernah sama sekali
4. Saya merasa cemas atau merasa khawatir tanpa alasan yang jelas
- Tidak pernah sama sekali
  - Jarang-jarang
  - Ya, kadang-kadang
  - Ya, sering sekali
5. \* Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas
- Ya, cukup sering
  - Ya, kadang-kadang
  - Tidak terlalu sering
  - Tidak pernah sama sekali
6. \* Segala sesuatunya terasa sulit untuk dikerjakan
- Ya, hampir setiap saat saya tidak mampu menanganinya
  - Ya, kadang-kadang saya tidak mampu menangani seperti biasanya
  - Tidak terlalu, sebagian besar berhasil saya tangani
  - Tidak pernah, saya mampu mengerjakan segala sesuatu dengan baik
7. \* Saya merasa tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan untuk tidur
- Ya, setiap saat
  - Ya, kadang-kadang
  - Tidak terlalu sering
  - Tidak pernah sama sekali
8. \* Saya merasa sedih dan merasa diri saya menyedihkan
- Ya, setiap saat
  - Ya, cukup sering
  - Tidak terlalu sering
  - Tidak pernah sama sekali
9. \* Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya menangis
- Ya, setiap saat
  - Ya, cukup sering
  - Disaat tertentu saja
  - Tidak pernah sama sekali
10. \*Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri
- Ya, cukup sering
  - Kadang-kadang
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah sama sekali

Diperiksa/ditelaah oleh:

Tanggal:

Skor total 13 atau lebih dianggap sebagai tanda perlunya tindak lanjut terhadap kemungkinan gejala depresi. Pada periode antenatal, ulangi EPDS dalam 2-4 minggu jika skor wanita tersebut adalah 13 atau lebih sesuai dengan penilaian klinis. Jika skor EPDS kedua adalah 13 atau lebih, rujuk ke ahli kesehatan yang sesuai,

idealnya dokter umum khusus wanita. Pada periode pasca kelahiran, atur rujukan atau perawatan berkelanjutan jika skor wanita tersebut adalah 13 atau lebih sesuai dengan penilaian klinis.

Tindak lanjut mungkin juga diperlukan jika skor pada Pertanyaan 3, 4 dan 5 menunjukkan kemungkinan gejala kecemasan. Untuk skor 1, 2 atau 3 pada Pertanyaan 10, keselamatan perempuan dan anak-anak yang dirawatnya harus dinilai dan, berdasarkan penilaian klinis, saran yang diminta dan/atau penilaian kesehatan mental harus diatur.<sup>35</sup>

#### 4. Bayi Baru Lahir

##### a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) dapat dibagi menjadi 2 yaitu:<sup>37</sup>

##### 1) Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram.<sup>38</sup>

##### 2) Bayi gawat (*high risk baby*) memerlukan penanganan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan.

##### b. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Tanda-tanda BBL normal yaitu:<sup>38</sup>

##### 1) Berat badan Lahir bayi antara 2500-4000 gram

##### 2) Panjang badan 48-50 cm

##### 3) Lingkar dada 32-34 cm

##### 4) Lingkar kepala 33-35 cm

##### 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit.

##### 6) Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit disertai pernapasan cuping hidung, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.

##### 7) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi *vernix caseosa*



- 8) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
  - 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
  - 10) Genetalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
  - 11) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk.
  - 12) Eliminasi baik urin dan mekonium akan keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.
- c. Asuhan Bayi Baru Lahir
- 1) Jaga kehangatan bayi
  - 2) Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
  - 3) Keringkan dan tetap jaga kehangatan bayi
  - 4) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
  - 5) Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
  - 6) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
  - 7) Beri suntikan vitamin K1 1mg intramuskular, di paha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusu dini.
  - 8) Beri imunisasi hepatitis B 0,5 ml, intramuskular, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1.<sup>39</sup>
- d. Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Bayi Baru Lahir
- Perubahan-perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir meliputi:<sup>40</sup>
- 1) Perubahan Metabolisme Karbohidrat
- Dalam waktu 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, bila karena sesuatu hal misalnya bayi mengalami hipotermi, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada neonatus maka kemungkinan besar

bayi akan menderita hipoglikemia, misal pada BBLR, bayi dari ibu yang menderita *Diabetes Mellitus* (DM) dan lain-lainnya.

2) Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu di dalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi sebanyak 200kal /kg BB/menit. Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/10 nya.

3) Perubahan pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapat Oksigen (O<sub>2</sub>) dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

4) Perubahan sirkulasi

Berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O<sub>2</sub> meningkat dan tekanan CO<sub>2</sub> menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus menutup.

5) Perubahan alat pencernaan hati, ginjal dan alat lainnya mulai berfungsi.

e. Mekanisme Kehilangan Panas Tubuh Bayi

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat cara, yaitu:<sup>41</sup>

1) Konduksi

Langsung dari bayi ke sesuatu yang kontak dengan bayi

2) Konveksi

Kehilangan panas dari bayi ke udara sekitar

3) Evaporasi

Kehilangan panas melalui penguapan air pada bayi yang basah.

4) Radiasi

Dari bayi ke lingkungan dingin terdekat

f. Penanganan BBL Saat Lahir

Kebutuhan dasar bayi baru lahir diantaranya:<sup>39</sup>

### Penilaian awal

1) Sebelum bayi lahir, lakukan penilaian berikut:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

2) Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

- a) Apakah bayi menangis, bernapas atau tidak megap-megap?
- b) Apakah tonus otot bayi baik atau bayi bergerak aktif?

3) Pengkajian segera setelah lahir

Segera setelah bayi lahir, meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan bila bayi tersebut tidak memungkinkan atau bayi tidak bernapas atau megap-megap atau lemah maka lakukan tindakan resusitasi pada bayi dengan asfiksia.

g. Perawatan bayi baru lahir

1) Pertolongan Pada Saat Bayi Lahir

- a) Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu
- b) Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir

2) Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

### 3) Pemeriksaan Fisik Bayi

- a) Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutupi/melebar, *adanya caput succedaneum, cepal hematoma, kraniotabes*, dan sebagainya.
- b) Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, *subkonjungtiva*, tanda-tanda infeksi(pus).
- c) Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap *labioskisis, labiolopalaskisis*, dan refleks isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- d) Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun/bentuk telinga
- e) Leher: pemeriksaan terhadap hematoma *sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli*.
- f) Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, reaksi *intercostal, subcotal sifoid*, merintih, pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (*sonor, vesikular, bronkial*, dan lain-lain).
- g) Jantung: pemeriksaan frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- h) Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), *scaphoid* (kemungkinan bayi menderita *diafragmatika/atresia esofagus* tanpa fistula).
- i) Tali pusat: pemeriksaan terhadap pendarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau di selangkangan.
- j) Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada di dalam skrotum, penis pada ujung(pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k) Lain-lain: mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan

air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi kandung kemih.

#### h. Perawatan Lain-lain

##### 1) Perawatan tali pusat

- a) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar.
- b) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.

2) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan ke rumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.

3) Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:

- a) Pernapasan: sulit atau lebih dari 60x/menit
- b) Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru, atau pucat
- c) Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- d) Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernapasan sulit
- e) Feses/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus

4) Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:

- a) Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama
- b) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering , serta mengganti popok
- c) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- d) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi<sup>38</sup>

i. Skrining Hipotiroid Kongenital pada Bayi Baru Lahir

Hipotiroid kongenital adalah keadaan menurun atau tidak berfungsinya kelenjar tiroid yang didapat sejak bayi baru lahir. Hal ini terjadi karena kelainan anatomi atau gangguan metabolisme pembentukan hormon tiroid atau defisiensi iodium. Hormon Tiroid yaitu Tiroksin yang terdiri dari Tri-iodotironin (T3) dan Tetra-iodotironin (T4), merupakan hormon yang diproduksi oleh kelenjar tiroid (kelenjar gondok). Pembentukannya memerlukan mikronutrien iodium. Hormon ini berfungsi untuk mengatur produksi panas tubuh, metabolisme, pertumbuhan tulang, kerja jantung, syaraf, serta pertumbuhan dan perkembangan otak. Dengan demikian hormon ini sangat penting peranannya pada bayi dan anak yang sedang tumbuh. Kekurangan hormon tiroid pada bayi dan masa awal kehidupan, bisa mengakibatkan hambatan pertumbuhan (*cebol/stunted*) dan retardasi mental (*keterbelakangan mental*).<sup>42</sup>

Kelainan hipotiroid kongenital (HK) merupakan kelainan pembentukan hormon tiroid yang menyebabkan hormon tiroid yaitu tiroksin tidak atau kurang diproduksi. Hormon ini berfungsi untuk mengatur metabolisme, produksi panas tubuh, kerja jantung, syaraf, pertumbuhan tulang serta pertumbuhan dan perkembangan otak. Dengan demikian, kelainan ini dapat mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi terhambat.<sup>43</sup>

Gejala yang tampak biasanya tidak khas, dan ketika memberikan gejala sudah ada gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang *irreversible*. Gejala dan tanda yang dapat diamati setelah usianya satu bulan antara lain tumbuh pendek, lunglai, kurang aktif, bayi kuning, mudah tersedak, pusar bodong, dan ubun-ubun melebar. Akibat retardasi mental, maka akan menjadi beban baik bagi keluarga maupun bagi negara. Hal ini dapat dicegah dengan pengobatan sedini mungkin, idealnya sebelum bayi berusia 1 bulan.<sup>47</sup>

Pada tahun 2022, angka kejadian di Indonesia 1 : 12.724 dengan cakupan pemeriksaan HK 2,3%. Sejak tahun 2018 sampai 2022, telah ditemukan kasus positif HK yaitu 56 kasus dari hasil pemeriksaan lab

rujukan. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang dijalankan sekarang bertujuan untuk memperluas cakupan dan mendeteksi dini Hipotiroid Kongenital dan mengobati secara dini jika terdapat penemuan kasus.<sup>43</sup>

Deteksi dini kelainan bawaan melalui skrining bayi baru lahir (SBBL) merupakan salah satu upaya mendapatkan generasi yang lebih baik. Skrining atau uji saring pada bayi baru lahir (*Neonatal Screening*) adalah tes yang dilakukan pada saat bayi berumur beberapa hari untuk memilah bayi yang menderita kelainan kongenital dari bayi yang sehat. Skrining bayi baru lahir dapat mendeteksi adanya gangguan kongenital sedini mungkin, sehingga bila ditemukan dapat segera dilakukan intervensi secepatnya.<sup>42</sup>

Proses skrining dilakukan oleh tenaga kesehatan. Secara garis besar pelaksanaan pengambilan spesimen SHK meliputi persiapan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) yang bertujuan untuk menjelaskan maksud dan tujuan tindakan, persiapan, pengambilan spesimen, tatalaksana spesimen.<sup>42</sup>

Dalam proses persiapan, persiapan tenaga medis meliputi alat dan kertas saring, persiapan keluarga juga penting. Salah satu poin dalam persiapan keluarga yaitu *informed consent*. Setelah KIE, tenaga kesehatan wajib melakukan *informed consent*. Jika keluarga menolak dilakukan SHK maka pihak keluarga wajib untuk menandatangani form penolakan tindakan. Dalam persiapan alat yang perlu disiapkan sarung tangan non steril/steril, lancet, kertas saring, alkohol swab, kapas kering dan plester. Sebelum tindakan petugas kesehatan wajib melakukan prinsip pencegahan infeksi dengan cuci tangan dan menggunakan sarung tangan.<sup>42</sup>

Tahapan selanjutnya adalah tahapan pengambilan spesimen. Hal penting sebelum pengambilan spesimen adalah memastikan kertas saring dalam kondisi baik, waktu pengambilan spesimen, menuliskan identitas bayi dan orang tua bayi, penyimpanan spesimen sebelum dilakukan pengiriman ke laboratorium. Kondisi kertas saring dan spesimen dapat mempengaruhi hasil. Selain itu pengambilan spesimen juga baiknya di

lakukan pada bayi usia 48-72 jam setelah lahir. Hindari pengambilan spesimen SHK pada usia bayi 24 jam kurang dari 24 jam. Karena pada usia bayi sebelum 24 jam karena kadar TSH masih tinggi.<sup>42</sup>

## 5. Keluarga Berencana

### a. Pengertian KB

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya itu dapat bersifat sementara dapat pula bersifat permanen.<sup>1</sup> Kontrasepsi atau antikonsepsi (*Conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Sofian, 2011:195) Kontrasepsi adalah suatu usaha untuk mencegah bertemunya sperma dan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan.<sup>44</sup>

### b. Tujuan Program Keluarga Berencana (KB)

Tujuan program KB, yaitu:

- 1) Memperkecil angka kelahiran.
- 2) Menjaga kesehatan ibu dan anak.
- 3) Membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah mencukupi

### c. Manfaat Keluarga Berencana (KB)

Manfaat Keluarga Berencana (KB) adalah:

- 1) Perbaiki kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- 2) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.

### d. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

#### 1) Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang



mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut.

Proses konseling yang benar, objektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi.<sup>41</sup>

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

- a) SA: Sapa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan.  
Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
- b) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya  
Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.
- c) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi

yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan *Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.

d) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya.

Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e) J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perlihatkan alat kontrasepsinya.

f) U: Perlunya kunjungan Ulang.

Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

e. Penapisan Klien Menggunakan KLOP

Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi (*Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (MEC)) pertama kali diterbitkan oleh WHO tahun 1996. MEC Wheel milik WHO kemudian diadaptasi di Indonesia ke dalam bentuk Diagram Lingkaran dan Aplikasi Kriteria Kelayakan Medis Dalam Penggunaan Kontrasepsi atau dikenal dengan Roda KLOP.

Kategori kondisi klien yang memerlukan penapisan kriteria kelayakan medis:

- 1) Kategori 1: Kondisi yang tidak ada batasan untuk penggunaan metode kontrasepsi
- 2) Kategori 2: Suatu kondisi di mana keuntungan menggunakan metode umumnya lebih besar dari risiko baik secara teoritis maupun terbukti

- 3) Kategori 3: Suatu kondisi di mana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode ini.
- 4) Kategori 4: Suatu kondisi yang memiliki risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan.<sup>49</sup>

Gambar 5. Roda KLOP



Beberapa tujuan melakukan penapisan kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi dengan Roda KLOP bertujuan untuk:

- 1) Mengidentifikasi kondisi klien yang memerlukan perhatian khusus sebelum menggunakan suatu metode KB, misal merokok, diabetes melitus, hipertensi, HIV, dan lain-lain

- 2) Menawarkan panduan tentang keamanan dan penggunaan metode yang berbeda untuk perempuan dan laki-laki dengan karakteristik atau kondisi medis tertentu
- 3) Meningkatkan pemahaman penyedia layanan dalam memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus klien.
- 4) Meningkatkan kualitas pelayanan kontrasepsi yang dapat memenuhi kebutuhan klien sesuai kondisi dan karakteristik khusus yang dimiliki
- 5) Meningkatkan angka dan durasi penggunaan kontrasepsi
- 6) Memberikan kontribusi terhadap penurunan risiko kematian ibu dan anak.<sup>49</sup>

f. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat (metode alamiah) beberapa diantaranya metode kalender, Metode Suhu Basal Badan (*Thermal*), Metode Lendir Cervic (*Metode Ovulasi Billings/MOB*), Metode Sympto Thermal, Metode Amenorhea Laktasi, *Coitus Interruptus* (Senggama Terputus).<sup>37</sup>

2) Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

Metode kontrasepsi sederhana dengan alat yakni metode yang dalam penggunaannya tidak membutuhkan tenaga medis seperti:<sup>44</sup>

a) Kondom

Adalah suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun

b) Metode Kontrasepsi Kombinasi

Metode kontrasepsi kombinasi adalah sebagai berikut:<sup>41</sup>

## (1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Pil kombinasi terbagi dalam 3 jenis:

- (a) Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet, mengandung hormon aktif esterogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (b) Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (c) Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif; dosis hormon bervariasi setiap hari.

cara kerja: menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks

Efektifitas penggunaan pil sangat tinggi 1/1000 perempuan per tahun. Selain itu penggunaan pil memiliki keuntungan tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, dapat digunakan dalam jangka panjang, mencegah kanker ovarium dan mencegah kehamilan ektopik. Sedangkan kerugian dalam penggunaan pil yakni pada sebagian perempuan dapat mengalami mual dalam penggunaan pertama, membosankan karena harus meminum tiap hari, nyeri payudara, tidak mencegah penyakit menular seksual

## (2) Kontrasepsi Suntikan/Injeksi

## (a) Suntikan Kombinasi

Suntik kombinasi berisi 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol valerat. 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat.

Mekanisme kerja Menekan ovulasi, Mempertebal mukus serviks (mencegah penetrasi sperma), Mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi. Suntik kombinasi harus diulang setiap 4 minggu sekali, di suntikan secara IM.

Efek Samping yang sering terjadi Amenorhea, Mual/pusing/muntah, Spotting

(b) Suntikan Progestin

kontrasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah *Depo Medroxyprogesteron acetate* (DMPA) dan *Norethisteron Enantathe* (NET-EN) yang merupakan progesteron alamiah yang ada didalam tubuh seorang perempuan. Kontrasepsi progestin tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi. Mekanisme kerja menekan ovulasi, lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barrier terhadap spermatozoa, membuat endometrium menjadi kurang baik/ layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi, mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam *tuba falopi*.

Efektifitas 3/1000 perempuan per tahun. Efek samping yang sering dialami seperti amenore, Perdarahan *ireguler*, Kenaikan berat badan, Perut kembung dan tidak nyaman, Perdarahan banyak atau berkepanjangan, Sefalgia

(3) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

AKBK adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3-5 tahun.<sup>1</sup> Keuntungan kontrasepsi implan yakni daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 3

tahun), pengembalian kesuburan yang cepat, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, tidak mengganggu asi, pasiennya hanya kembali ke klinik jika ada keluhan, dapat dicabut setiap saat, mengurangi jumlah darah menstruasi, mengurangi/ memperbaiki anemia.

(4) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan salah satu metode jangka panjang yang cukup efektif karena hanya terjadi kurang dari 1 kehamilan diantara 100 pengguna AKDR (6-8 per 1000 pengguna) di tahun pertama memakai AKDR. Efek kontraseptif akan menurun apabila waktu penggunaannya telah melampaui 10 tahun. Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)<sup>41</sup>, yaitu AKDR CuT-380A dan AKDR yang mengandung hormon Levonogestrel (LNG).

*Tabel 7. Efek samping dan penanganan AKDR*

1. perdarahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan evaluasi penyebab- penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan</li> <li>2. Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri non steroidal anti-inflamatori (NSAID, seperti ibuprofen) selama 5-7 hari.</li> </ol>
2. kram atau nyeri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cari penyebab nyeri dan beri penanganan yang sesuai jika diperlukan.</li> <li>2. Jika tidak ditemukan penyebab- penyebab lainnya berikan asetaminofen atau ibuprofen setiap hari pada beberapa hari pertama menstruasi.</li> </ol>
3. Keluhan benang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunting benang sehingga tidak menonjol keluar dari mulut rahim (muara serviks)</li> <li>2. Jelaskan bahwa benang AKDR tidak lagi keluar dari mulut rahim dan pasangannya tidak akan merasajuluran benang tersebut.</li> <li>3. Buat dalam catatan klien bahwa benang telah dipotong rata setinggi dengan permukaan serviks (penting untuk tehnik melepas AKDR nantinya.</li> </ol>

(5) Metode Keluarga Berencana Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin punya anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

(6) Alat kontrasepsi Tubektomi

Adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi dengan cara memotong saluran tuba.