

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Midwifery *Continuity of Care* (Asuhan Kebidanan Berkesinambungan)

2.1.1 Pengertian

Continuity of care merupakan bagian dari filosofi kebidanan. *Continuity of care* mempunyai arti bahwa seorang wanita mengembangkan kemitraan dengan bidan untuk menerima asuhan selama kehamilan, masa persalinan, masa nifas (Astuti, 2017).

2.1.2 Dimensi

Menurut WHO dalam Astuti (2017), dimensi pertama dari *continuity of care* yaitu dimulai saat kehamilan, pra kehamilan, selama kehamilan, persalinan, serta hari-hari awal dan tahun kehidupan. Dimensi kedua dari *Continuity of care* yaitu tempat pelayanan yang menghubungkan berbagai tingkat pelayanan mulai dari rumah, masyarakat dan sarana kesehatan. Dengan demikian bidan dapat memberikan asuhan secara berkesinambungan.

2.1.3 Tujuan

Menurut Saifuddin (2014), tujuan umum dilakukan asuhan kehamilan yang berkesinambungan adalah sebagai berikut :

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
3. Mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal.

7. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

2.1.4 Manfaat

Continuity of care dapat diberikan melalui tim bidan yang berbagi beban kasus, yang bertujuan untuk memastikan bahwa ibu menerima semua asuhannya dari satu bidan atau tim praktiknya. Bidan dapat bekerja sama secara multidisiplin dalam melakukan konsultasi dan rujukan dengan tenaga kesehatan lainnya (Astuti, 2017).

2.1.5 Dampak Tidak Dilakukan Asuhan Berkesinambungan

Dampak yang akan timbul jika tidak dilakukan asuhan kebidanan yang berkesinambungan adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi pada ibu yang tidak ditangani sehingga menyebabkan penanganan yang terlambat terhadap komplikasi dan meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Komplikasi yang dapat timbul pada kehamilan diantaranya meliputi anemia, hipertensi, perdarahan, aborsi, oedema pada wajah dan kaki, dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada persalinan meliputi distosia, inersia uteri, presentasi bukan belakang kepala, prolaps tali pusat, ketuban pecah dini (KPD), dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada masa nifas meliputi, bendungan ASI, dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada bayi baru lahir meliputi berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia, kelainan kongenital, tetanus neonatorum, dan lain-lain (Saifuddin, 2014).

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2014).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam

waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2016).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) (Saifuddin, 2014).

2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

Menurut Prawirohardjo (2016), pertumbuhan janin secara fisiologi adalah:

1. Perkembangan Konseptus

Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu *zigot* mengalami pembelahan menjadi *morula* (terdiri atas 16 sel blastomer), kemudian menjadi *blastokis* (terdapat cairan di tengah) yang mencapai *uterus*, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi *embrio*, setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin. Konseptus ialah semua jaringan konsepsi yang membagi diri menjadi berbagai jaringan *embrio*, *korion*, *amnion*, dan *plasenta*.

2. Embrio dan Janin

Dalam beberapa jam setelah *ovulasi* akan terjadi *fertilisasi* di *ampula tuba*. Oleh karena itu, *sperma* harus sudah ada disana sebelumnya. Berkat kekuasaan Allah SWT, terjadilah *fertilisasi ovum* oleh *sperma*. Namun, konseptus tersebut mungkin sempurna, mungkin tidak sempurna.

Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia *gestasi* 4 minggu dengan *Ultrasonografi* (USG) akan tampak sebagai kantong *gestasi* berdiameter 1 cm, tetapi *embrio* belum tampak. Pada minggu ke-6 dari haid terakhir sampai usia konsepsi 4 minggu, *embrio* berukuran 2-3 cm. Pada saat itu akan tampak denyut jantung secara *Ultrasonografi* (USG). Pada akhir minggu ke-8 usia *gestasi* sampai 6 minggu usia *embrio*, *embrio* berukuran 22–24 mm, dimana akan tampak kepala yang relative besar dan tonjolan jari. Gangguan atau *teratogen* akan mempunyai dampak berat apabila terjadi pada *gestasi* kurang dari 12 minggu, terlebih pada minggu ke-3.

Berikut ini akan diungkapkan secara singkat hal-hal yang utama dalam perkembangan organ dan fisiologi janin.

Tabel 2.1 Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia	Gestasi
6 minggu	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari –jari telah berbentuk, namun masih terenggam dan jantung telah terbentuk penuh
7 minggu	Mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah.
8 minggu	Mirip dengan manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna, sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk.
9 minggu	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk ‘muka’ janin; kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu
13-16 minggu	Janin berukuran 15 cm, merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin transparan,telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif,yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk meconium (faeses) dalam usus. Jantung berdenyut 120 – 150/ menit.
17-24 minggu	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh <i>verniks caseosa</i> (lemak). Janin mempunyai <i>reflex</i> .
25-28 minggu	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32 minggu	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
33-36 minggu	Berat janin 1500 – 2500 gram, lanugo (rambut janin) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40 minggu	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: Prawirohardjo, 2016

2.2.3 Perubahan Fisik Ibu Hamil

Menurut Mochtar (2015), Perubahan fisik ibu hamil adalah:

1. Perubahan pada Sistem Reproduksi

a. Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan: 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc, berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 pekan).

Bentuk dan konsistensi uterus pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan. Rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Pada minggu pertama, *isthmus* rahim mengadakan *hipertrofi* dan bertambah panjang sehingga jika di raba terasa lebih lunak disebut *Tanda Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. Posisi rahim dalam kehamilan :

- 1) Pada permulaan kehamilan dalam letak *antefleksi* atau *retrofleksi*,
- 2) Pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga *pelvis*,
- 3) Setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati,
- 4) Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

b. Serviks

Serviks uteri, serviks bertambah *vaskularisasinya* dan menjadi lunak disebut *Tanda Goodell*. Kelenjar *Endoservikal* membesar dan mengeluarkan banyak cairan *mucus*. Karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan perubahan itu disebut *Tanda Chadwick*.

c. Indung Telur (*ovarium*)

Ovulasi terhenti, masih terdapat *korpus lauteum graviditas* sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran *estrogen* dan *progesteron*.

d. Vagina dan Vulva

Karena pengaruh *estrogen*, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat *hipervaskularisasi*, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan *porsio serviks* disebut *Tanda Chadwick*.

e. Dinding Perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic di bawah kulit sehingga timbul *Striae Gravidarum*. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada *hidramnion* dan kehamilan ganda, dapat terjadi diasis rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada *linea alba* bertambah pigmentasinya dan disebut *linea nigra*.

2. Perubahan Pada Organ Dan System Lainnya

a. Sistem Sirkulasi Darah

- 1) Volume Darah, volume darah total dan volume darah plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, di ikuti pertambahan curah jantung (*cardiac output*), yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$. Akibat *hemodilusi* yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan *Dekompensasi Cordis*.
- 2) Jantung, pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Elektrokardiogram kadang kala memperlihatkan deviasi aksis ke kiri.
- 3) Nadi dan Tekanan Darah, tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik, nilai rata-rata 84 per menit.
- 4) Protein Darah, jumlah protein (*albumin*) dan *gamaglobulin* menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan.

b. Sistem Pernapasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran

rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (*Thoracic Breathing*).

c. Saluran Pencernaan (Traktus Digestivus)

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah *Emesis Gravidarum* sering terjadi pada pagi hari *Morning Sickness*.

d. Tulang dan Gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak, terjadi sedikit pelebaran pada ruang persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. *Gingivitis* kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya higiene yang buruk pada rongga mulut.

e. Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu pada:

- 1) Muka : Disebut masker kehamilan *Cloasma Gravidarum*
- 2) Payudara : Puting susu dan *areola* payudara.
- 3) Perut : *Linea nigra striae*,
- 4) Vulva

f. Kelenjar Endokrin

- 1) Kelenjar Tiroid : Dapat membesar sedikit
- 2) Kelenjar Hipofisis : Dapat membesar terutama lobus anterior.
- 3) Kelenjar Adrenal : Tidak begitu terpengaruh

g. Metabolisme

Umumnya, kehamilan mempunyai efek pada metabolisme, karena itu wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dalam kondisi sehat.

- 1) Tingkat metabolik basal (*Basal Metabolic Rate, (BMR)*) pada wanita hamil meninggi hingga 15-25% terutama pada trimester akhir.

- 2) Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
- 3) Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan kuat, sering kencing, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang meningkatkan kita pada diabetes militus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa seperti somatomotropin, plasma
- 4) Insulin, dan hormon-hormon 17 ketosteroid untuk rekomendasi, harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil GTT oral dan GTT intervena.
- 5) Metabolisme lemak juga terjadi kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat di badan, perut, paha, dan lengan.
- 6) Metabolisme mineral
 - a) Kalsium : Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
 - b) Fosfor : Dibutuhkan rata-rata 2 gram per hari.
 - c) Zat besi : Dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg atau 30-50 mg per hari.
 - d) Air : Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
- 7) Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5 sampai 16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil (preeklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:
 - a) Janin, uri, air ketuban, uterus
 - b) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air.
- 8) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang. Khususnya kehamilan lima bulan keatas. Namun bila dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan kalori tambahan.
- 9) Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein. Di Indonesia masih banyak dijumpai penderita defisiensi

zat besi dan vitamin B, oleh karena itu wanita hamil harus diberikan fe dan robansia yang berisi mineral dan vitamin.

h. Payudara *Mammae*

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang, dan berat. Dapat teraba *nodule-noduli*, akibat *hipertrofi* kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan *areola* payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolong *kolostrum* yang berwarna kuning.

2.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Menurut Astuti (2017), perubahan psikologi pada hamil adalah:

1. Pada kehamilan Trimester 1

Adaptasi yang harus dilakukan oleh ibu yaitu menerima kenyataan bahwa dirinya sedang hamil. Tingkat penerimaan dari ibu hamil akan tercermin dalam respon emosionalnya dan kesiapan atau penyambutan kehamilannya. Berbagai respon emosional pada trimester 1 yang dapat muncul berupa perasaan ambivalen, kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Pada trimester 1 ini, akan muncul sejumlah ketidaknyamanan, misalnya mual, kelelahan, perubahan nafsu makan, emosional, dan cepat marah.

Kemungkinan hal ini, mencerminkan konflik atau depresi yang dialami selain pengingat akan kehamilannya. Pada kehamilan trimester 1, ekspresi seksual bersifat individual. Selain faktor fisik, emosi, serta interaksi dan masalah disfungsi seksual dapat berperan terhadap perbedaan perasaan yang muncul. Umumnya, rasa keinginan seksual ibu akan menurun, jika ibu merasa mual, letih, depresi, nyeri payudara, khawatir dan cemas.

2. Perubahan pada Trimester 2

Pada trimester 2 ini ibu akan merasa lebih baik dan sehat karena terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan, misalnya mual dan letih. Perubahan psikologis pada trimester kedua ini dapat dibagi menjadi 2 tahap, yaitu sebelum adanya pergerakan janin yang dirasakan ibu (*prequickening*) dan setelah adanya pergerakan janin yang dirasakan oleh ibu (*postquickening*).

3. Perubahan pada Trimester 3

Pada kehamilan trimester ketiga, ibu akan lebih nyata mempersiapkan diri untuk menyambut kelahiran anaknya. Selama menjalani kehamilan trimester ini, ibu dan suaminya sering kali berkomunikasi dengan janin yang berada dalam kandunganya dengan cara mengelus perut dan berbicara didepanya, walaupun yang dapat merasakan gerakan janin di dalam perut hanyalah ibu hamil itu sendiri.

Pada trimester ketiga ini, libido cenderung menurun kembali yang disebabkan munculnya kembali ketidaknyamanan fisiologis, serta bentuk dan ukuran tubuh yang semakin membesar. Menjelang akhir trimester 3, umumnya ibu hamil tidak sabar untuk menjalani persalinan dengan perasaan yang bercampur antara sukacita dan rasa takut.

2.2.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Prawirohardjo (2016), kebutuhan dasar ibu hamil menurut adalah:

1. Nutrisi yang adekuat

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari.

d. Zat besi

Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi per minggu cukup adekuat.

e. Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari.

2. Perawatan payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut.

3. Perawatan gigi

Dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan gingivitis.

4. Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman dan hindarkan sepatu hak tinggi (*high heels*) dan alas kaki yang keras (tidak elastis) serta korset penahan perut.

5. Olahraga

Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari.

6. Istirahat

Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari, dan 2 jam di siang hari.

7. Aktivitas

Tidak melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan menghindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kesalahan yang berlebihan.

2.2.6 Keluhan Ringan Dan Penanganan Dalam Kehamilan

Menurut Medforth (2012), gangguan minor pada kehamilan adalah serangkaian gejala yang di alami secara umum yang dikaitkan dengan efek hormonal kehamilan dan akibat pembesaran uterus saat janin tumbuh

selama kehamilan. Kondisi umum ini tidak menimbulkan risiko serius pada ibu, tetapi gangguan ini terasa tidak menyenangkan dan dapat mempengaruhi kesenangan ibu terhadap kehamilan secara menyeluruh.

Menurut Medforth (2012), keluhan ringan dalam kehamilan dan penanganannya adalah sebagai berikut :

1. Mual

Mual dan muntah lazim terjadi dalam kehamilan, dengan sekitar 50% wanita hamil mengalami mual ringan saat bangun tidur sampai mual di sepanjang hari dengan sedikit muntah, selama pertengahan pertama kehamilan.

Bagi banyak wanita, gejala berkurang setelah minggu ke-12 sampai ke-14 kehamilan, bersamaan dengan kemampuan plasenta mengambil alih dukungan untuk perkembangan embrio. Alasan mual tidak diketahui tetapi dikaitkan dengan peningkatan kadar *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG), hipoglikemi, peningkatan kebutuhan metabolic, efek progesteron pada sistem pencernaan.

Saran kepada wanita harus terdiri atas :

- a. Makan sesuatu sebelum bangun tidur
- b. Sediakan selalu makanan ringan di tempat tidur
- c. Bangun dari tempat tidur secara perlahan
- d. Makan dan minum sedikit tapi sering pada siang hari
- e. Beristirahat dipertengahan siang hari
- f. Makan biscuit tanpa rasa, sepotong kecil buah, roti panggang kering atau yoghurt.
- g. Hindari alkohol, kafein dan makanan pedas atau berlemak
- h. Jahe dalam bentuk teh atau tablet untuk mengurangi mual
- i. Makan sedikit tapi sering sebelum tidur malam.

Seorang dokter harus di konsultasikan jika:

- 1) Wanita muntah > dari 4x sehari
- 2) Saran diatas tidak bermanfaat
- 3) Wanita mengalami penurunan berat badan
- 4) Wanita tidak mempertahankan konsumsi cairan
- 5) Kemungkinan perlu di resepkan antiemetik

- 6) Wanita mengalami dehidrasi. Masuk ke RS di anjurkan untuk pemberian makan melalui intravena, koreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan rehidrasi.

2. Konstipasi

Konstipasi adalah gangguan minor yang lain pada kehamilan yang menyerang sistem pencernaan. Wanita yang mengalami konstipasi sebelum kehamilan dapat merasa bahwa kondisi ini menjadi lebih bermasalah saat mereka hamil.

Konstipasi di sebabkan karena kerja progesteron, yang mengurangi mortalitas sistem pencernaan (juga di kaitkan dengan mual di awal kehamilan). Konstipasi juga di sebabkan oleh pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau akibat efek samping dari terapi fe peroral.

Jika memungkinkan, yang terbaik adalah meredakan konstipasi dengan cara alamiah sebelum memberikan medikasi selama kehamilan, dan saran yang diberikan oleh bidan harus merefleksikan hal berikut:

- a. Makan makanan yang mengandung serat tinggi, seperti roti gandum utuh, sereal, dan buah prem.
- b. Minum ekstra cairan, jus buah, atau the herbal. Cairan ini harus berjumlah 2 liter/hari, dan jumlahnya lebih besar jika suhu sedang panas.
- c. Makan makanan secara teratur
- d. Makan lima porsi buah dan sayur/hari
- e. Lakukan olahraga ringan, 20-30 menit, 3x/minggu

Laksafatif ringan, seperti laktulosa 15 ml 2 x 1 dapat di resepkan jika saran di atas tidak meredakan gejala.

3. Indigesti dan nyeri ulu hati

Selama kehamilan, 30-50% wanita mengalami indigesti atau nyeri ulu hati. Ketidaknyamanan disebabkan oleh refluks asam dari lambung melalui sfingter esophagus akibat efek relaksasi progesterone. Pada kehamilan lanjut, uterus yang membesar mengeser lambung, meningkatkan tekanan intragastrik, yang membuat refluks asam lebih cenderung terjadi saat ibu berbaring datar.

Saran mencakup :

- a. Makan beberapa makanan kecil dalam sehari

- b. Hindari kopi, alkohol, dan makanan pedas
 - c. Jangan mengkombinasikan makanan padat dengan cairan, tetapi minum cairan secara terpisah dari makanan
 - d. Tidur dengan tambahan bantal di malam hari untuk meninggikan kepala dan dada hingga lebih tinggi dari lambung
 - e. Minum antasida yang berbahan dasar kalium atau kalium-magnesium untuk meredakan gejala
 - f. Gunakan pakaian yang longgar sehingga tidak ada tekanan yang tidak perlu di area abdomen.
4. Varises vena dan hemoroid

Varises vena di sebabkan oleh kelemahan katub di vena yang mengembalikan darah ke jantung dari ekstremitas bawah sehingga varises vena dapat terjadi di tungkai, vulva, atau rektum (hemoroid).

Selama kehamilan, ekstra volume darah yang bersirkulasi meningkatkan tekanan di dinding pembuluh darah dan progesterone merelaksasi dinding pembuluh darah. Berat dari uterus yang terus tumbuh menciptakan tekanan balik pada pembuluh darah panggul dan tungkai. Konstipasi memperburuk hemoroid.

Tanda gejala:

- a. Tungkai terasa nyeri dan berat
- b. Sensasi seperti tertusuk di tungkai dan vulva
- c. Permukaan vena mengalami dilatasi di vulva atau tungkai
- d. Vulva dapat membengkak dan terasa sangat nyeri
- e. Ketidaknyamanan dan rasa gatal di sekitar anus

Saran:

- 1) Hindari konstipasi dan mengejan di toilet
- 2) Hindari berdiri untuk periode waktu yang lama
- 3) Hindari pakaian yang ketat
- 4) Jangan duduk dengan menyilangkan kaki
- 5) Lakukan olahraga ringan, seperti jalan untuk membantu sirkulasi Gunakan kompres es di daerah vulva untuk mengurangi pembengkakan

- 6) Krim hemoroid dengan merk tertentu dapat di gunakan secara aman dalam kehamilan
- 7) Suplemen zat besi dapat menyebabkan konstipasi pada beberapa wanita

5. Nyeri Punggung

Sampai dengan 90% wanita dapat mengalami nyeri punggung selama kehamilan sehingga menempatkan nyeri punggung sebagai gangguan minor yang paling sering terjadi pada kehamilan. Obesitas, riwayat masalah punggung, dan paritas yang lebih besar meningkatkan kecenderungan terjadi nyeri punggung.

- a. Selama kehamilan, ligament menjadi lebih lunak dalam pengaruh relaksin dan meregang untuk mempersiapkan tubuh untuk persalinan.
- b. Hal tersebut terutama di fokuskan pada sendi panggul dan ligament yang menjadi lebih fleksibel untuk mengakomodasi bayi saat kelahiran
- c. Efek dapat menempatkan ketegangan pada sendi panggul dan punggung bawah, yang dapat menyebabkan nyeri punggung.
- d. Saat bayi tumbuh, lengkung di spina lumbalis dapat meningkat karena abdomen di dorong ke depan dan ini juga dapat menyebabkan nyeri punggung.

Saran berikut dapat diberikan kepada wanita untuk meredakan nyeri punggung:

- 1) Hindari mengangkat benda berat dan gunakan teknik mengangkat barang yang baik, yaitu menekuk lutut dan mempertahankan punggung tetap lurus saat mengangkat, atau mengambil sesuatu dari lantai. Wanita harus hati-hati saat mengangkat anak yang berat.
- 2) Berat benda yang berat harus di pegang di dekat tubuh
- 3) Setiap permukaan kerja yang di gunakan harus cukup tinggi untuk mencegah tubuh tidak bungkuk
- 4) Saat membawa beban berat seperti barang belanjaan, berat badan harus diseimbangkan dengan sama di kedua sisi tubuh.
- 5) Ajari cara duduk dan berdiri dengan tulang belakang berada dalam posisi netral sehingga postur tubuh dapat di pertahankan

6) Kasur yang keras dapat memberikan topangan yang lebih baik selama tidur, penggunaan papan dapat membuat kasur yang empuk menjadi lebih menopang

7) Istirahat sebanyak mungkin saat kehamilan mengalami kemajuan

Jika nyeri punggung sangat nyeri dan melelahkan, wanita dapat di rujuk ke fisioterapi obstetrik untuk meminta saran tentang topangan lumbal dan latihan fisik yang bermanfaat

6. Sering berkemih

Sebagian besar wanita mengalami sering berkemih di awal kehamilan. Desakan untuk mengosongkan kandung kemih, bahkan dalam jumlah urine yang sedikit, selama siang dan malam hari di sebabkan oleh tekanan dari uterus yang membesar pada kandung kemih.

- a. Yakinkan wanita bahwa ini normal karena produksi urine di ginjal meningkat selama hamil
- b. Gejala ini secara umum membaik pada minggu ke-14 saat pertumbuhan uterus keluar dari panggul
- c. Sarankan mereka untuk tidak meminum cairan jumlah besar sebelum tidur.

Tidak ada terapi yang di butuhkan untuk hanya mengatasi sering berkemih tetapi jika berkemih menjadi nyeri, infeksi kemih harus di pastikan tidak terjadi. Gejala dapat terjadi kembali selama 4 minggu terakhir kehamilan, saat bagian presentasi janin memasuki pelvis dan menciptakan tekanan pada kandung kemih sehingga mengurangi kapasitas keseluruhan.

2.2.7 Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2016), deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.

1. Perdarahan Vagina

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

kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh molahidatidosa. Perdarahan pada kehamilan muda dengan uji kehamilan yang tidak jelas, pembesaran uterus yang tidak sesuai (lebih kecil) dari usia kehamilan, dan adanya massa biasanya disebabkan oleh kehamilan ektopik.

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

2. Pre-Eklamsia

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

- a. Hiperrefleksia.
- b. Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
- d. Nyeri epigastrik.
- e. Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
- f. Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- g. Proteinuria (di atas positif 3)
- h. Edema menyeluruh.

3. Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda – dibawah ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

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

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

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- 2) Disuria.
- 3) Menggigil atau demam.
- 4) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- 5) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

2.2.8 Standart Pelayanan Kehamilan (14T)

Menurut Depkes RI (2010) Standar Pelayanan Minimal Asuhan Kehamilan termasuk dalam "14T" meliputi:

1. Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1). Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.
2. Ukur Tekanan Darah (T2). Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklamsi.
3. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3). Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan

hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

Tabel 2.2 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12 minggu	3 jari di atas simfisis
16 minggu	Pertengahan pusat-simfisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (Px)
36 minggu	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (Px)
40 minggu	Pertengahan pusat- prosesus xiphoideus (Px)

Sumber: DepKes RI, 2010

4. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
5. Pemberian Imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) (T5) harus segera di berikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Tabel 2.3 Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval(selang waktu minimal)	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup

Sumber: Saifuddin, 2009.

6. Pemeriksaan Hb (T6). Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. Bila kadar Hb < 11 gr% Bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg Asam Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.
7. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab.*) (T7).Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena

kurang lebih 2 cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

8. Pemeriksaan Protein urine (T8). Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklamsi.
9. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9). Untuk Bumil dengan riwayat DM, bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DM.
10. Perawatan Payudara (T10). Senam payudara atau perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.
11. Senam Hamil (T11)
12. Pemberian Obat Malaria (T12). Diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.
13. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13). Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia.
14. Temu wicara / Konseling (T14).

2.2.9 P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

Sejak tahun 2007, pemerintah mengadakan P4K dengan stiker sebagai upaya penurunan AKI dan AKB. Kegiatan ini difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peran aktif, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk merencanakan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Astuti, 2017).

Tujuan P4K adalah meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman, serta persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga ibu dapat melahirkan bayi yang sehat (Astuti, 2017).

Menurut Kemenkes (2013) Persiapan persalinan termasuk :

1. Siapa yang akan menolong persalinan.
2. Dimana akan melahirkan.
3. Siapa yang akan membantu dan menemani didalam persalinan.
4. Kemungkinan kesiapan donor darah bila timbul permasalahan.
5. Metode transportasi bila diperlukan rujukan.
6. Dukungan biaya.

Gambar 2.1 Stiker P4K

Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi	
Nama Ibu	:
Taksiran Persalinan	: 20
Penolong Persalinan	:
Tempat Persalinan	:
Pendamping Persalinan	:
Transportasi	:
Calon Pendoror Darah	:

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Sumber: Kemenkes RI, dalam buku KIA, 2015

2.2.10 ANC Terpadu

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 97 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual.

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal.

Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal

harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

Menurut PERMENKES RI Nomor 97 Tahun 2014 .Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui :

1. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasidan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas
2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
6. Melibatkanibu hamil, suami dan keluarganyadalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas (Permenkes, 2014).

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan (Data Kemenkes, 2014).

Pelayanan antenatal terpadu diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten, yaitu dokter, bidan, dan perawat terlatih, sesuai dengan ketentuan yang berlaku, misalnya terjadi kasus kegawatdaruratan maka dapat dilakukan kolaborasi atau kerja sama dengan tenaga kesehatan yang kompeten (Kemenkes, 2010).

Menurut Data Kemenkes (2010), Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu:

- a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG)
- b. Kontak dengan dokter gigi.
- c. Kontak dengan dokter umum.
- d. Kontak dengan dokter paru-paru.
- e. Kontak dengan ahli gizi

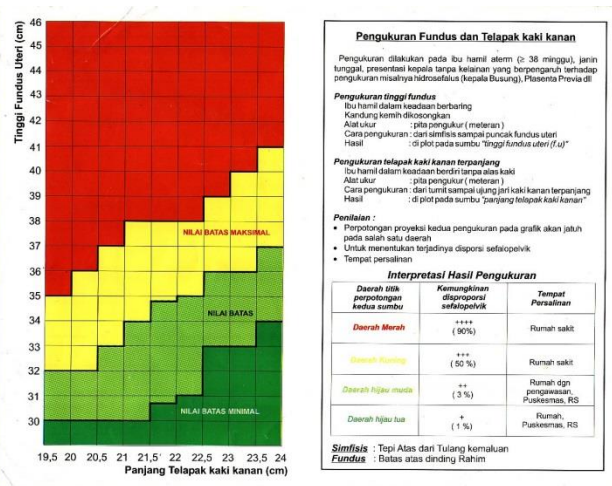
1. Deteksi Dini Kehamilan

- a. Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko menggunakan skor Poedji Rochjati. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi, tentang usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil. Serta perencanaan persalinan di sajikan pada gambar berikut.

Gambar 2.2 Kartu Skor Poedji Rohjati (KSPR)

Gambar 2.3. Pengukuran fundus dan telapak kaki kanan



Sumber : Buku KIA Jatim, 2015

- b. Deteksi Dini PreEklamsia dan Eklamsia bisa dihaDANG (PEDANG)
 - a. Dengan Indeks Massa Tubuh (IMT)
 - b. Dengan Mean Arterial Pressure (MAP)
 - c. Dengan Roll Over Test (ROT)

Pemeriksaan dilakukan mulai trimester 2

- (1) Bila ditemukan hasil pemeriksaan positif harus **WASPADA**
- (2) Bumil harus dirujuk bila hasil positif
- (3) ROT (+) probabilitas 70%
- (4) MAP (+) probabilitas 89,5%
- (5) IMT kenaikan 1,5-2 kg atau lebih probabilitas 30%

KETERANGAN :

- a) Menurut Nurhayati (2015), IMT (+) bila > 30 kg.

$$\text{Rumus IMT} : \frac{\text{BB(kg)}}{[\text{TB(m)}]^2}$$

Contoh : ibu hamil dengan BB 70 kg dan TB 150 kg, maka IMT nya ditemukan:

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \frac{70}{1,5 \times 1,5} \\ &= \frac{70}{2,25} \\ &= 31,3 (+) \end{aligned}$$

- b) Menurut Billington (2009), cara menghitung MAP, adalah :

$$\text{Rumus MAP} = \frac{\text{TD sistolik} - \text{TD diastolik}}{3} + \text{TD diastolik}$$

Contoh : ibu hamil dengan TD 150/90, maka MAP nya ditemukan:

$$\begin{aligned} \text{MAP} &= \frac{150 - 90}{3} + 90 \\ &= \underline{60} + 90 = 110 (+) \end{aligned}$$

(+) bila selisih > 90

- c) Cara mengukur ROT (+) bila selisishnya >15 mmHg

Cara melakukan ROT:

Ibu miring kiri di ukur TD tangan kanannya. Jika di temukan 150/90

Kemudian ibu di suruh terlentang dan tunggu 5 menit, kemudian ukur

TD nya. Jika di temukan 120/70

Rumus = diastole miring kiri – diastole terlentang

$$\text{ROT} = 90 - 70$$

$$= 20 (+)$$

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2014).

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 (JNPK-KR, 2017).

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2014).

2.3.2 Tanda Gejala Persalinan

Menurut Mochtar (2015), Tanda- tanda inpartu adalah

1. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
2. Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
3. Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

Menurut Manuaba (2014), tanda – tanda persalinan adalah sebagai berikut:

1. Kekuatan HIS makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek,
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah),
3. Dapat disertai ketuban pecah,
4. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (pelunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks).

Menurut JNPK-KR (2017), tanda dan gejala inpartu adalah sebagai berikut:

1. Penipisan dan pembukaan serviks,

2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit),
3. Cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina.

2.3.3 Deteksi Dini Masa Persalinan

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Langkah dan tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberi manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan lancar sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilanjutkan.

1. Riwayat Bedah sesar
 - a. Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar
 - b. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat (JNPK-KR, 2017).
2. Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show)
 - a. Jangan melakukan pemeriksaan dalam
 - b. Baringkan Ibu ke sisi kiri
 - c. Pasang infus menggunakan jaum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat/garam fisiologis (NS).
 - d. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar.
 - e. Dampingi Ibu ke tempat rujukan (JNPK-KR, 2017).
3. Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)
 - a. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir
 - b. Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat (JNPK-KR, 2017).
4. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental
 - a. Baringkan Ibu miring kiri
 - b. Dengarkan Djj

- c. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar
 - d. Dampingi Ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir Delee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untukantisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan (JNPK-KR, 2017).
5. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin. Ketubah pecah (lebih dari 24 jam) dengarkan Djg, jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai (JNPK-KR, 2017).
6. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
 - a. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri
 - b. Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat (JNPK-KR, 2017).
7. Tanda-tanda atau gejala infeksi: temperatur lebih dari 38 °C, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau
 - a. Baringkan ibu miring kiri
 - b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam.
 - c. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri
 - d. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat (JNPK-KR, 2017).
8. Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin (pre eklamsia berat)
 - a. Baringkan ibu miring kiri
 - b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS).
 - c. Berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ 50% IV selama 20 menit. Suntikkan 10 gr MgSO₄ 50% (5 gr IM pada bokong kiri dan kanan).
 - d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri

- e. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat (JNPK-KR, 2017).
9. Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomia, polihidramnios, kehamilan ganda)
 - a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar
 - b. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
 - c. Alasan jika diagnosisnya adalah polihidramnion, mungkin ada masalah-masalah lain dengan janinnya. Makrosomia dapat menyebabkan distosia bahu dan resiko tinggi untuk perdarahan pascapersalinan (JNPK-KR, 2017).
10. Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaiandengan jarak 5 menit (Gawat janin). Baringkan ibu miring kiri, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur.
 - a. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam.
 - b. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri.
 - c. Dampingi ke tempat rujukan (JNPK-KR, 2017).
11. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5
 - a. Baringkan ibu miring kiri.
 - b. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri.
 - c. Dampingi ke tempat rujukan (JNPK-KR, 2017).
12. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll)
 - a. Baringkan ibu miring kiri.
 - b. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.
 - c. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat (JNPK-KR, 2017).
13. Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)
 - a. Baringkan ibu miring kiri.

- b. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.
 - c. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat (JNPK-KR, 2017).
14. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut)
- a. Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi, letakkan satu tangan di vagina dan jauhkan kepala janin dari tali pusat yang menumbung. Tangan lain mendorong bayi melalui dinding abdomen agar bagian terbawah janin tidak menekan tali pusatnya (minta keluarga ikut membantu)
 - b. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.
 - c. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat (JNPK-KR, 2017).
15. Tanda dan gejala syok: nadi cepat, lemah (lebih dari 110 kali per menit), tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg), pucat, berkeringat atau kulit lembab, dingin, nafas cepat ($> 30x$ /menit), cemas, binggung/tidak sadar, produksi urin sedikit (<30 ml/jam).
- a. Baringkan ibu miring kiri.
 - b. Jika mungkin naikkan kedua kaki ibu untuk meningkatkan aliran darah ke jantung.
 - c. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). Infuskan 1 liter dalam waktu 15-20 menit : dilanjutkan dengan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian turunkan tetesan menjadi 125 ml/jam.
 - d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric
 - e. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat (JNPK-KR, 2017).
16. Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan: pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur (lebih dari 2 dalam 10 menit)
- a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri

- b. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat (JNPK-KR, 2017).
17. Tanda dan gejala belum inpartu: frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik, tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam
 - a. Anjurkan ibu untuk minum dan makan
 - b. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas
 - c. Jika kontraksi berhenti dan atau tidak ada perubahan serviks. Evaluasi Djj, jika tidak ada tanda-tanda kegawatan pada ibu dan janin. Persilahkan ibu pulang dan nasehat untuk menjaga cukup makan dan minum, datang untuk mendapatkan asuhan jika terjadi peningkatan frekuensi dan lama kontraksi (JNPK-KR, 2017).
 18. Tanda dan gejala inpartu lama: pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf), pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam, frekuensi, kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit, dan lamanya kurang dari 40 detik.
 - a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri
 - b. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat (JNPK-KR, 2017)

2.3.4 Proses Persalinan (Kala I, II, III, IV)

Menurut JNPK-KR (2017), ada 4 kala dalam persalinan yang terdiri dari kala I, kala II, kala III, kala IV.

1. Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10cm).
2. Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (JNPK-KR, 2017).
 - a. Fase Laten
 - 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
 - 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4cm.

- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam.
 - 4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya di antara 20-30 detik(JNPK-KR,2017).
- b. Fase Aktif
- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
 - 2) Dari pembukaan 4cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2cm (multipara).
 - 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNPK-KR, 2017).
3. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah
- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
 - e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- Tanda pasti kala II ditentukan melalui periksa dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap, atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Pada primigravida, kala II berlangsung 2 jam, dan pada multigravida berlangsung 1 jam (JNPK-KR, 2017).
4. Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.
- a. Tanda-tanda lepasnya plasenta
 - 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
 - 2) Tali pusat memanjang
 - 3) Semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2017).
 - b. Manajemen Aktif Kala III (MAK III) terdiri dari tiga langkah utama yaitu
 - 1) Pemberian suntikan Oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
 - 2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali

3) Masase fundus uteri

Keuntungan dari manajemen aktif kala III yaitu persalinan kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio plasenta (JNPK-KR, 2017).

5. Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah:
 - a. Tingkatkan kesadaran
 - b. Pemeriksaan tanda – tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan, tali pusat, kontraksi uterus, Perdarahan : dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc. Rata-rata perdarahan normal adalah 250 cc
 - c. Pengkajian dan penjahitan setiap laserasi atau episiotomi (JNPK-KR, 2017).

2.3.5 Partograf

Menurut JNPK-KR (2017), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama
3. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017)

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan dan menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dengan tepat waktu (JNPK-KR, 2017).

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan, selama persalinan dan

kelahiran bayi disemua tempat dan secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (JNPK-KR, 2017).

Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (JNPK-KR, 2017).

LIMA BENANG MERAH

1. Membuat Keputusan Klinik
2. Asuhan Sayang Ibu dan Asuhan Sayang Anak
3. Pencegahan Infeksi
4. Pencatatan (Rekam Medik) Asuhan Persalinan
5. Rujukan

Gambar : 2.4 Halaman Depan dan Belakang Partograf

The image shows two pages of a partogram form. The left page is titled 'PARTOGRAF' and contains a large grid for plotting cervical dilation (Dilatasi) and fetal descent (Descent). The grid has a vertical axis for time (0 to 200 minutes) and a horizontal axis for hours (1 to 12). Two diagonal lines represent the '5 CMs WAPAKA' and '1 CMs NERTAKA' criteria. Below the grid are sections for recording vital signs like temperature, pulse, and blood pressure, and a table for recording intake and output.

The right page is titled 'CATATAN PERSALINAN' and contains several numbered checklists:

- 1. Personal information (Name, Address, etc.)
- 2. Type of delivery (Home, Hospital, etc.)
- 3. Location of delivery
- 4. Time of delivery
- 5. Reason for delivery
- 6. Duration of labor
- 7. Position of fetus
- 8. Position of fetus at delivery
- 9. Type of delivery (Vaginal, Cesarean, etc.)
- 10. Time of delivery
- 11. Weight and sex of the baby
- 12. Apgar scores
- 13. Problems during labor
- 14. Problems during delivery
- 15. Problems during the third stage of labor
- 16. Problems during the fourth stage of labor
- 17. Problems during the postpartum period
- 18. Problems during the postpartum period
- 19. Problems during the postpartum period
- 20. Problems during the postpartum period
- 21. Problems during the postpartum period
- 22. Problems during the postpartum period
- 23. Problems during the postpartum period
- 24. Problems during the postpartum period
- 25. Problems during the postpartum period
- 26. Problems during the postpartum period
- 27. Problems during the postpartum period
- 28. Problems during the postpartum period
- 29. Problems during the postpartum period
- 30. Problems during the postpartum period
- 31. Problems during the postpartum period
- 32. Problems during the postpartum period
- 33. Problems during the postpartum period
- 34. Problems during the postpartum period
- 35. Problems during the postpartum period
- 36. Problems during the postpartum period
- 37. Problems during the postpartum period
- 38. Problems during the postpartum period
- 39. Problems during the postpartum period
- 40. Problems during the postpartum period

At the bottom of the right page is a table titled 'TABEL PEMANTAUAN KALA IV' with columns for 'Jam Ke', 'Waktu', 'Tekanan Darah', 'Nadi', 'Tinggi Fundus Uteri', 'Kondisi Uterus', 'Kondisi Kambium', and 'Desah yang keluar'.

Sumber : JNPK-KR,2015

2.3.6 Mekanisme Persalinan

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, segmen bawah rahim meluas untuk menerima kepala janin terutama pada primi dan juga pada multi pada saat-saat partus mulai. Untunglah, bahwa hampir 90% janin adalah letak kepala. Pada letak belakang kepala (LBK) dijumpai pula

1. Ubun-ubun kecil kiri depan = 58%
2. Ubun-ubun kecil kanan depan = 23%
3. Ubun-ubun kecil kanan belakang = 11%
4. Ubun-ubun kecil kiri belakang = 8% (mochtar, 2015).

Kenapa lebih banyak letak kepala, dikemukakan 2 teori yaitu teori akomodasi dan teori gravitasi

- a. Teori akomodasi: bentuk rahim memungkinkan bokong dan ekstremitas yang volumenya besar berada diatas, dan kepala dibawah di ruangan yang lebih sempit.
- b. Teori gravitasi: karena kepala relative besar dan berat, maka akan turun kebawah. Karena his yang kuat, teratur, dan sering, maka kepala janin turun memasuki pintu atas panggul (*engagement*) karena menyesuaikan diri dengan jalan lahir, kepala bertambah menekuk (fleksi maksimal), sehingga lingkaran kepala yang memasuki panggul dengan ukuran yang terkecil
- c. Diameter suboccipito-bregmatika = 9,5 cm dan,
- d. Sirkumferensia suboccipito-bregmatika = 32 cm selanjutnya, turunya kepala janin adalah seperti skema dibawah ini (mochtar, 2015).

Tabel 2.3 Pertumbuhan Fetus

Tahap	Peristiwa
Kepala terfiksir pada atas panggul (engagement)	Sinklitismus
Turun (descent)	Asinklitismus posterior(litzman)
Fleksi	Asinklitismus anterior (naegele)
Fleksi maksila	Sinklitismus
Rotasi internal ekstensi	Putar paksi dalam didasar panggul. Terjadi: molage kepala janin, ekstensi, hipomoglion: uuk dibawah symphysis
Ekspulsi kepala janin	Berturut-turut lahir lah UUB, dahi, muka, dagu

Rotasi eksterna	Putar paksi luar (restitusi)
Ekspulsi total	Cara melahirkan: bahu depan, bahu belakang, seluruh badan, dan ekstermitas

Sumber: Mochtar, 2015

2.3.7 Perubahan Fisik Psikologi Persalinan

Selama persalinan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung. Bagian bawah, relatif pasif dibanding dengan segmen atas, dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis. Segmen bawah uterus analog dengan ismus uterus yang melebar dan menipis pada perempuan yang tidak hamil; Segmen bawah secara bertahap terbentuk ketika kehamilan bertambah tua dan kemudian menipis sekali pada saat persalinan. Dengan palpasi abdomen kedua segmen dapat dibedakan ketika terjadi kontraksi, sekalipun selaput ketuban belum pecah. Segmen atas uterus cukup kencang atau keras, sedangkan konsistensi segmen bawah uterus jauh kurang kencang. Segmen atas uterus merupakan bagian uterus yang berkontraksi secara aktif; segmen bawah adalah bagian yang diregangkan, normalnya jauh lebih pasif (Saifuddin, 2016).

Disinilah letak pentingnya pembagian uterus menjadi segmen atas yang aktif berkontraksi dengan segmen bawah yang lebih pasif yang berbeda bukan hanya secara anatomik melainkan juga secara fisiologik. Segmen atas berkontraksi, mengalami retraksi, dan mendorong janin keluar; sebagai respons terhadap gaya dorong kontraksi segmen atas; sedangkan segmen bawah uterus dan serviks akan semakin lunak berdilatasi; dan dengan cara demikian membentuk suatu saluran muskular dan fibromuskular yang menipis sehingga janin dapat menonjol keluar. Perubahan fisik pada ibu bersalin seperti perubahan bentuk uterus, bentuk servik, vagina dan dasar panggul (Saifuddin, 2016).

1. Perubahan bentuk uterus

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengurangan diameter horisontal. Dengan perubahan bentuk ini, ada efek-efek penting pada proses persalinan. Pertama, pengurangan diameter horisontal

menimbulkan pelurusan kolumna vertebralis janin, dengan menekan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri, sementara kutub bawah didorong lebih jauh kebawah dan menuju ke panggul. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang ditimbulkannya diperkirakan telah mencapai antara 5 sampai 10 cm tekanan yang diberikan dengan cara ini dikenal sebagai tekanan sumbu janin. Kedua, dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal ditarik tegang dan karena segmen bawah dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini ditarik keatas pada kutub bawah janin. Efek ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks (Saifuddin, 2016).

2. Perubahan bentuk serviks

Tenaga yang efektif pada kala satu persalinan adalah kontraksi uterus, yang selanjutnya akan menghasilkan tekanan hidrostatis ke seluruh selaput ketuban terhadap serviks dan segmen bawah uterus. Bila selaput ketuban sudah pecah, bagian terbawah janin dipaksa langsung mendesak serviks dan segmen bawah uterus. Sebagai akibat kegiatan daya dorong ini, terjadi dua perubahan mendasar pendataran dan dilatasi pada serviks yang sudah melunak. Untuk lewatnya rata-rata kepala janin aterm melalui serviks, saluran serviks harus dilebarkan sampai berdiameter sekitar 10 cm; pada saat ini serviks dikatakan telah membuka lengkap. Mungkin tidak terdapat penurunan janin selama pendataran serviks, tetapi paling sering bagian terbawah janin mulai turun sedikit ketika sampai pada kala dua persalinan, penurunan bagian terbawah janin terjadi secara khas agak lambat pada nulipara. Namun, pada multipara, khususnya yang paritasnya tinggi, penurunan bisa berlangsung sangat cepat (Saifuddin, 2016).

a. Pendataran serviks

Obliterasi atau pendataran serviks adalah pemendekkan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Proses ini disebut sebagai pendataran (*effacement*) dan terjadi dari atas kebawah. Serabut-serabut otot setinggi os serviks internum ditarik keatas, atau dipendekkan, menuju segmen bawah uterus, sementara kondisi os eksternum untuk sementara tetap tidak berubah (Saifuddin, 2016).

b. Dilatasi serviks

Jika dibandingkan dengan korpus uteri, segmen bawah uterus dan serviks merupakan daerah yang resistensinya lebih kecil. Selama terjadi kontraksi, struktur-struktur ini mengalami peregangan, yang dalam prosesnya serviks mengalami tarikan sentrifugal (Saifuddin, 2016).

c. Pola penurunan janin

Pada banyak nulipara, masuknya bagian kepala janin ke pintu atas panggul telah tercapai sebelum persalinan mulai, dan penurunan janin lebih jauh tidak akan terjadi sampai awal persalinan. Pada multipara masuknya kepala janin ke pintu atas panggul mula-mula tidak begitu sempurna, penurunan lebih jauh akan terjadi pada kala satu persalinan. Dalam pola penurunan pada persalinan normal, terbentuknya kurva hiperbolik yang khas ketika *station* kepala janin diplot pada suatu fungsi durasi persalinan. Dalam pola penurunan aktif biasanya terjadi setelah dilatasi serviks sudah maju untuk beberapa lama (Saifuddin, 2016).

d. Ketuban pecah

Pecah ketuban secara spontan paling sering terjadi sewaktu-waktu pada persalinan aktif. Pecah ketuban secara khas tampak jelas sebagai semburan cairan yang normalnya jernih atau sedikit keruh, hampir tidak berwarna dengan jumlah yang bervariasi. Selaput ketuban yang masih utuh sampai bayi lahir lebih jarang ditemukan. Jika kebetulan selaput masih utuh sampai kelahiran selesai, janin yang lahir dibungkus oleh selaput ketuban ini, dan bagian yang membungkus kepala bayi yang baru lahir kadangkala disebut sebagai caul (Saifuddin, 2016).

3. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Jalan lahir disokong dan secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah m.levatorani dan fascia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat dianggap sebagai dasar panggul. Kelompok otot ini menutup ujung bawah rongga panggul sebagai sebuah diafragma sehingga memperlihatkan permukaan atas yang cekung dan bagian bawah yang cembung. Disisi lain, m.levator ani terdiri atas bagian bagian

pubokoksigeus dan iliokoksigeus. Bagian posterior dan lateral dasar panggul, yang tidak diisi oleh m.levator ani, diisi oleh m.piriformis dan m.koksigeus pada sisi lain (Saifuddin, 2016).

Pada kala satu persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun, setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya dihasilkan oleh tekanan yang diberikan oleh bagian terbawah janin. Perubahan yang paling nyata terdiri atas peregangan serabut-serabut. Levatores ani dan penipisan bagian tengah perineum, yang berubah bentuk dari massa jaringan berbentuk baji setebal 5 cm menjadi (kalau tidak dilakukan episiotomi) struktur membran tipis yang hampir transparan dengan tebal kurang dari 1 cm. Ketika perineum teregang maksimal, anus menjadi jelas membuka dan terlihat sebagai lubang berdiameter 2 sampai 3 cm dan disini dinding anterior rektum menonjol. Jumlah dan besar pembuluh darah yang luar biasa yang memelihara vagina dan dasar panggul menyebabkan kehilangan darah yang amat besar kalau jaringan ini robek (Saifuddin, 2016).

Menurut Astuti (2017) perubahan psikologis yang dialami ibu bersalin sebagai berikut

1. Khawatir bayi lahir sebelum waktunya dan konsisinya tidak normal.
2. Waspada munculnya tanda persalinan.
3. Lebih protektif.
4. Khawatir dan takut proses persalinan.
5. Merasa dirinya buruk dan aneh.
6. Penurunan libido.
7. Khawatir kehilangan perhatian.

2.3.8 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Menurut JNPK-KR (2017), Kebutuhan Ibu masa persalinan adalah dukungan emosional, mobilisasi, pemberian cairan dan nutrisi serta personal hygiene.

1. Dukungan Emosional

Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan

mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Hargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya (JNPK-KR, 2017).

2. Mobilisasi

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan. Memberitahukan pada ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit (JNPK-KR, 2017).

3. Pemberian Cairan dan Nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengonsumsi cairan saja. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan (JNPK-KR, 2017).

4. Personal Hygiene

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (JNPK-KR, 2017).

Anjurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi atau lakukan kateterisasi. WHO dan Asosiasi Rumah Sakit Internasional menganjurkan untuk tidak menyatukan ruang bersalin dengan kamar mandi atau toilet karena tingginya frekuensi penggunaan, lalu lintas antar ruang, potensi cemaran mikroorganisme, percikan air atau lantai yang basah akan meningkatkan risiko infeksi nosokomial terhadap ibu, bayi baru lahir dan penolong sendiri (JNPK-KR, 2017).

2.3.9 Tanda Bahaya Persalinan

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus waspada terhadap timbulnya penyulit atau masalah. Ingat bahwa menunda pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan resiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

Menurut JNPK-KR (2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala I berikut ini:

1. Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah,
2. Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan),
3. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental,
4. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin,
5. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu),
6. Infeksi (temperature $>38^{\circ}\text{c}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau),
7. Tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urine (pre-eklampsia berat),
8. Tinggi fundus 40 cm atau lebih,
9. Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin),
10. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5,
11. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll),
12. Presentasi ganda (majemuk),
13. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut),
14. Syok (nadi cepat lemah lebih dari 110x/menit, tekanan darah sistolik menurun, pucat, berkeringat dingin, napas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urin kurang dari 30 ml/jam),
15. Fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit),

16. Partus lama (pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam, frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik).

Menurut JNPK-KR (2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala II di bawah ini:

1. Syok (Nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmhg, pucat pasi, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam),
2. Dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam),
3. Infeksi (Nadi cepat 110x/menit atau lebih, temperatur suhu $> 38^{\circ} C$, menggigil, cairan ketuban berbau),
4. Pre-eklampsia ringan (Tekanan darah diastolik 90-110 mmhg, proteinuria hingga 2+),
5. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (Tekanan darah sistolic 110 mmhg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmhg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan kejang),
6. Inersia uteri (kontraksi kurang dari 3x dalam waktu 10 menit lamanya kurang dari 40 detik),
7. Gawat janin (djj kurang dari 120x/menit dan lebih dari 160x/menit),
8. Distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putak paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina, bahu bayi tidak lahir),
9. Cairan ketuban bercampur mekonium ditandai dengan warna ketuban hijau,
10. Tali pusat menubung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam),
11. Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).

Menurut JNPK-KR (2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV berikut ini

1. Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir),
2. Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir),
3. Bagian plasenta tertahan (bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang, bagian selaput ketuban hilang/robek, perdarahan pasca persalinan, uterus berkontraksi),
4. Atonia uteri (uterus lembek tidak berkontraksi dalam waktu 5 detik setelah massage uterus, perdarahan pasca persalinan),
5. Robekan vagina, perineum atau serviks (perdarahan pasca persalinan, plasenta lengkap, uterus berkontraksi),
6. Syok (nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmhg, pucat, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam),
7. Dehidrasi (meningkatnya nadi lebih dari 100x/menit, temperature tubuh diatas 38⁰c, urine pekat, produksi urine sedikit 30ml/jam),
8. Infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperatur suhu > 38⁰c, kedinginan, cairan vagina yang berbau busuk),
9. Pre-eklampsia ringan (tekanan darah diastolik 90-110 mmhg, proteinuria),
10. Pre-eklampsia berat atau eklampsia (tekanan darah diastolik 110 mmhg atau lebih, tekanan diastolik 90 mmhg atau lebih dengan kejang),
11. Kandung kemih penuh (bagian bawah uterus sulit di palpasi, tfu diatas pusat, uterus terdorong/condong kesatu sisi).

Penatalaksanaan Atonia Uteri

Dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (massase) fundus uteri maka patut diduga telah terjadi Atonia Uteri:

Jika uterus tidak segera berkontraksi

1. segera lakukan Kompresi Bimanual Eksternal

- a. Pakai sarung tangan DTT/Steril, kemudian secara hati-hati masukkan satu tangan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus vagina.
- b. Periksa vagina dan serviks. Jika ada bekuan darah pada kavum uteri maka segera keluarkan karena kondisi ini dapat menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif
- c. Setelah melewati introitus dan berada didalam vagina maka kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada fornix anterior. Dengan dataran jari-jari tangan dalam, tekan dinding anterior segmen bawah uterus ke arah tangan luar yang sedang mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus dijepit dari arah depan dan belakang.
- d. Aplikasikan tekanan yang kuat pada uterus di antara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang berjalan diantara miometrium dan juga merangsang miometrium untuk segera berkontraksi.
- e. Evaluasi keberhasilan:
 - i. Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama dua menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat selama kala IV.
 - ii. Jika uterus berkontraksi tapi perdarahan masih berlangsung, periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi lacerasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan.
 - iii. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal, kemudian lakukan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Jika penolong bekerja secara berkelompok maka tidak perlu dilakukan tindakan KBE karena penolong dapat melanjutkan KBI dan petugas lain diminta untuk memasang infus. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.

Alasan: Atonia uteri sering kali bisa diatasi dengan KBI, jika KBI tidak berhasil dalam waktu 5 menit maka diperlukan berbagai upaya lainnya.

2. Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600 mg per rectal. Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat menaikkan tekanan darah
3. Gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18), pasang infus larutan kristaloid untuk restorasi cairan secara cepat dan berikan oksitosin 20 I.U dalam 500 cc larutan Ringer Laktat dengan kecepatan 30 tetes/menit (pastikan oksitosin disimpan secara benar dan masih efektif).

Alasan: Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian larutan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika diperlukan). Pemberian oksitosin secara intravena dengan tetesan yang tepat, dapat merangsang kontraksi uterus. Oksitosin dosis besar tak boleh diberikan secara bolus intravena karena dapat menyebabkan hipotensi. Oksitosin dalam larutan kristaloid tidak boleh diguyur karena setelah 3 liter cairan kristaloid dan 40 I.U oksitosin intravena dapat terjadi edema serebri dan ibu mengalami kejang.

4. Pakai sarung tangan DTT/Steril kemudian ulangi KBI.
Alasan: KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi
5. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena hal ini bukan atonia uteri sederhana. Membutuhkan tindakan kegawat daruratan di fasilitas kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
6. Sambil membawa ibu ketempat rujukan, teruskan pemberian infus dan uterotonika, juga KBI/KBE/Kompresi Aorta/Tampon Kondom-Kateter hingga ibu mencapai tempat rujukan.

- a. Jika ibu pre-syok, ganti cairan darah yang hilang dengan kristaloid 1000 ml dalam 15 menit pertama. Jika syok, berikan kristaloid 1500-2000 ml dalam 15 menit pertama.
- b. Berikan tambahan 750-1500 ml (tergantung kondisi ibu) dalam 30-45 menit berikutnya. Jika setelah itu ternyata belum sampai ditempat rujukan maka lanjutkan dengan jumlah yang sama 45-60 menit berikutnya.
- c. Pemberian cairan restorasi pada jam kedua dan selanjutnya harus dikombinasi dengan koloid dengan perbandingan 3:1. Jika konsentrasi hemoglobin darah ibu berada dibawah 6 gr% maka ibu memerlukan tambahan transfusi darah.

Kompresi Bimanual Eksternal

1. Letakkan sarung tangan pada dinding abdomen, di dinding depan korpus uteri dan diatas simfisis pubis
2. Letakkan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang korpus uteri, sejajar dengan depan korpus uteri. Usahakan untuk mencakup/memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.
3. Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah di dalam anyaman miometrium dapat dijepit secara manual. Cara ini dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksi.

2.3.10 Standar Asuhan Persalinan

Menurut Kemenkes (2016), meliputi 24 standar, terdapat 4 standar dalam standar pertolongan persalinan yang harus ditaati seorang bidan

1. Standar 9: Asuhan Persalinan Kala I.

Pernyataan standar: Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

2. Standar 10: Persalinan Kala II Yang Aman

Pernyataan standar: Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

3. Standar 11: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

Pernyataan standar: Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

4. Standar 12: Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi.

Pernyataan standar: Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Saifuddin, 2014).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2016).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2015).

2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

Perubahan fisik ibu nifas menurut Mochtar (2015) terdiri dari uterus, bekas implantasi uri, luka-luka, rasa sakit, lochia, serviks, dan ligamen-ligamen.

1. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil (Mochtar, 2015).

Tabel 2.4 tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi fundus uterus	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari nawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas Simfisis	350 gram

Involusi	Tinggi fundus uterus	Berat uterus
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2015

2.4.3 Perubahan Psikologi Ibu Nifas

Fase Fase Yang Dialami Ibu Nifas menurut Maryunani (2015) ada 3 fase yaitu fase *taking in*, *taking hold*, dan *letting go*.

1. Fase *Taking In*

- a. Periode ketergantungan atau fase dependens
- b. Periode yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan dimana ibu baru biasanya bersifat pasif dan bergantung, energi difokuskan pada perhatian ke tubuhnya atau dirinya,
- c. Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi oleh orang lain,
- d. Ibu / klien akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkan
- e. Menunjukkan kebahagiaan yang sangat dan bercerita tentang pengalaman melahirkan,
- f. Tidur yang tidak terganggu adalah penting jika ibu ingin menghindari efek gangguan kurang tidur, yang meliputi letih, iritabilitas dan gangguan dalam proses pemulihan yang normal,
- g. Beberapa hari setelah melahirkan akan menanggihkan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya,
- h. Nutrisi tambahan mungkin diperlukan karena selera makan ibu biasanya meningkat,
- i. Selera makan yang buruk merupakan tanda bahwa proses pemulihan tidak berjalan normal (Maryunani, 2015).

2. Fase *Taking Hold*

- a. Periode antara ketergantungan dan ketidaktergantungan, atau fase dependen–independen,

- b. Periode yang berlangsung 2–4 hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatian pada kemampuannya menjadi orangtua yang berhasil dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap bayinya,
 - 1) Fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya)
 - 2) Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya
 - 3) Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga pada dirinya
 - 4) Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya
 - 5) Ibu berusaha untuk terampil dalam perawatan bayi baru lahir (misalnya memeluk, menyusul, memandikan dan mengganti popok)
- c. Ibu memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih kekuatan dan daya tahan,
- d. Ibu mungkin peka terhadap perasaan – perasaan tidak mampu dan mungkin cenderung memahami saran – saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup,
- e. Bidan seharusnya memperhatikan hal ini sewaktu memberikan instruksi dan dukungan emosi (Maryunani, 2015).

3. Fase *Letting Go*

- a. Periode saling ketergantungan atau fase independen,
- b. Periode ini umumnya terjadi setelah ibu baru kembali ke rumah, dimana ibu melibatkan waktu reorganisasi keluarga,
- c. Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir,
- d. Ibu mengenal bahwa bayi terpisah dari dirinya,
- e. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi,
- f. Ibu harus beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan khususnya interaksi sosial,
- g. Depresi postpartum umumnya terjadi selama periode ini (Maryunani, 2015).

2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Kebersihan Diri

- a. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh.
- b. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva

terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

- c. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan dibawah matahari atau disetrika.
- d. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari untuk menyentuh daerah luka (saifuddin, 2014).

2. Istirahat

- a. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b. Sarankan ia untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
 - 1) Mengurangi jumlah ASI yang di produksi
 - 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
 - 3) Menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014).

3. Latihan

- a. Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Ibu akan merasa lebih kuat dan ini menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
- b. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti dengan tidur terlentang dengan lengan disamping, menarik otot perut selagi menarik nafas dan tahan nafas kedalam dan angkat dagu kedada tahan satu hitungan sampai 5. Rileks dan ulangi 10 kali.untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan kegel)berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot-otot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 hitungan. Kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak.

Pada minggu ke 6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali (Saifuddin, 2014).

4. Gizi

Ibu menyusui harus

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bias memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya (Saifuddin, 2014).

5. Perawatan payudara

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
- b. Menggunakan bh yang menyokong payudara.
- c. Apabila puting susu lecet oleskan kolestrum atau asi yang keluar pada sekita puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet.
- d. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. Asi dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- e. Untuk menghilangkan nyeri dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.
- f. Apabila payudara bengkak akibat pembendungan asi, lakukan
 - 1) Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit
 - 2) Urut payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “F” menuju puting.
 - 3) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak.
 - 4) Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat menghisap seluruh ASI keluarkan dengan tangan.

5) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.

6) Payudara dikeringkan (Saifuddin, 2014).

6. Hubungan perkawinan / Rumah tangga

a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

b. Banyak budaya, yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2014).

7. Keluarga berencana

a. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun, petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkan kepada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

b. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. Resiko cara ini ialah 2% kehamilan.

c. Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi.

d. Sebelum menggunakan metode KB, hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu

1) Bagaimana metode ini dapat mencegah kehamilan dan efektivitasnya,

2) Kelebihan / keuntungannya,

3) Kekurangannya,

4) Efek samping,

5) Bagaimana menggunakan metode itu,

- 6) Kapan metode itu dapat mulai digunakan untuk wanita pasca salin yang menyusui.
- 7) Jika seseorang ibu/pasangan telah memilih metode KB tertentu, ada baiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam 2 minggu untuk mengetahui apakah ada yang ingin ditanyakan oleh ibu/pasangan itu dan untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik.

2.4.5 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Saifuddin (2016), tanda bahaya masa nifas yaitu:

1. Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan pasca persalinan adalah komplikasi yang terjadi pada tenggang waktu di antara persalinan dan masa pascapersalinan. Faktor predisposisi antara lain adalah anemia, penyebab perdarahan paling sering adalah atonia uteri serta retensio placenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptura uteri dan inversi uteri (Saifuddin, 2016).

Manajemen aktif kala III adalah upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan yang di diskusikan secara komprehensif oleh WHO. Bila placenta masih terdapat di dalam rahim atau keluar secara tidak lengkap pada jam pertama setelah persalinan, harus segera dilakukan placenta manual untuk melahirkan placenta (Saifuddin, 2016).

Pengosongan kandung kencing mungkin dapat membantu terjadinya kontraksi. Bila perdarahan tidak segera berhenti, terdapat perdarahan yang segar yang menetap. Atau terjadi perubahan pada keadaan umum ibu, harus segera dilakukan pemberian cairan secara intravena dan transportasi ke fasilitas kesehatan yang sesuai bila tidak memungkinkan pengobatan secara efektif (Saifuddin, 2016).

2. Infeksi

Infeksi nifas seperti sepsis, masih merupakan penyebab utama kematian ibu di negara berkembang. Demam merupakan salah satu gejala yang paling mudah di kenali. Pemberian antibiotika merupakan tindakan utama dan upaya pencegahan dengan persalinan yang bersih dan aman masih merupakan upaya utama. Faktor predisposisinya infeksi genital pada masa nifas di sebabkan oleh

persalinan macet, ketuban pecah dini dan pemeriksaan dalam yang terlalu sering (Saifuddin, 2016).

3. Eklamsia (kejang)

Eklamsia adalah penyebab penting ketiga ibu di seluruh dunia. Ibu dengan persalinan yang di ikuti oleh eklamsia atau preeklamsia berat, harus di rawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesum sulfat (MgSO₄) (Saifuddin, 2016).

Komplikasi pascapersalinan lain yang sering di jumpai termasuk infeksi saluran kemih, retensio urin, atau inkontinensia. Banyak ibu mengalami nyeri pada daerah perineum dan vulva selama beberapa minggu, terutama apabila terdapat kerusakan jaringan atau episiotomi pada persalinan kala II. Perinium ibu harus di perhatikan secara teratur terhadap kemungkinan terjadinya infeksi (Saifuddin, 2016).

4. Defisiensi vitamin dan mineral

Defisiensi vitamin dan mineral adalah kelainan yang terjadi sebagai akibat kekurangan iodin, kekurangan vitamin A serta anemia defisiensi Fe. Defisiensi terjadi terutama di sebabkan intake yang kurang, gangguan penyerapan. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan makan makanan yang sesuai, penggunaan obat suplemen selama kehamilan, menyusui dan pada masa bayi serta anak-anak (Saifuddin, 2016).

2.4.6 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

Menurut Data Kemenkes (2016), terdapat 3 standar pelayanan nifas, terdiri dari standar 13, standar 14, dan standar 15

a. Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah asfiksia, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermi dan mencegah hipoglikemia dan infeksi.

Tujuannya adalah menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemi dan infeksi.

Dan hasil yang diharapkan adalah bayi baru lahir menemukan perawatan dengan segera dan tepat. Bayi baru lahir mendapatkan perawatan yang tepat untuk dapat memulai pernafasan dengan baik (Kemenkes, 2016).

b. Standar 14: Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi paling sedikit selama 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

Tujuannya adalah mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih dan aman selama persalinan kala empat untuk memulihkan kesehatan ibu dan bayi. Meningkatkan asuhan sayang ibu dan sayang bayi. Memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah persalinan dan mendukung terjadinya ikatan batin antara ibu dan bayinya (Kemenkes, 2016).

c. Standar 15: Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Pada Masa Nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas di puskesmas dan rumah sakit atau melakukan kunjungan ke rumah pada hari ke-tiga, minggu ke dua dan minggu ke enam setelah persalinan, untuk membantu proses penatalaksanaan tali pusat yang benar, penemuan dini, penatalaksanaan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, asuhan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

Tujuannya adalah memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan memberikan penyuluhan ASI eksklusif (Kemenkes, 2016).

2. Kebijakan Pelayanan

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah – masalah yang terjadi (Saifuddin, 2014).

a. 6 – 8 jam setelah persalinan

1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - 4) Pemberian ASI awal
 - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia
 - 7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
- b. 6 hari setelah persalinan
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
 - 2) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.
- c. 2 minggu setelah persalinan
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
 - 2) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari
- d. 6 minggu setelah persalinan
- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami
 - b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1 Tanda-Tanda BBL Normal

Tanda tanda BBL normal menurut Vivian Dewi (2010) antara lain:

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2500- 4000 gram
3. Panjang badan 48-52cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan 11-12 cm
7. Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180x/menit kemudian menurun samai 120-160x/menit
8. Pernafasan pada menit pertama kira-kira 80x/menit kemudian turun sampai 40-60 x/menit
9. Kulit kemerah merahan dan licin karena jaringan subkutan terbentuk dan diliputi vernix caseosa
10. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut tampak sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas
12. Nilai APGAR >7
13. Gerak aktif
14. Bayi lahir langsung menangis kuat
15. Reflek *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. Reflek *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
17. Reflek *moro*(gerakan menekuk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18. Reflek *garsping* (menggenggam) sudah baik,
19. Genetalia.
 - a. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
 - b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora
20. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan

Menurut Mochtar (2015) klasifikasi klinik nilai APGAR adalah:

1. nilai 7-10: bayi normal
2. nilai 4-6: bayi asfiksia ringan-sedang
3. nilai 0-3: bayi asfiksia berat

Tabel 2.5 APGAR SKOR

SKOR	0	1	5
<i>Appearance</i> Color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Diatas 100
<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/bersin
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Mochtar (2015)

2.5.2 Masa Transisi BBL

Menurut Varney (2008), periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Periode reaktifitas pertama

Periode reaktifitas pertama dimulai pada saat bayi lahir dan berlangsung selama 30 menit. Pada saat tersebut, jantung bayi baru lahir berdenyut cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir menunjukkan sianosis sementara atau akrosianosis. Pernapasan cepat, berada di tepi teratas rentang normal, dan terdapat rales serta ronki. Rales seharusnya hilang dalam 20 menit. Bayi mungkin memperlihatkan napas cuping hidung disertai napas mendengkur dan retraksi dinding dada. Adanya mukus biasanya akibat keluarnya cairan paru yang tertahan. Mukus ini encer, jernih, dan mungkin memiliki gelembung-gelembung kecil (Varney, 2008).

Selama periode reaktifitas pertama setelah lahir, mata bayi baru lahir terbuka dan bayi memperlihatkan perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu ibu. Selama periode terjaga ini, setiap usaha harus dilakukan untuk memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir. Walaupun tidak direncanakan untuk memberikan ASI, membiarkan ibu menggendong bayi pada waktu ini membantu proses pengenalan. Bayi memfokuskan pandangan pada ibu atau ayah ketika mereka berada pada lapang penglihatan yang tepat.

Bayi menunjukkan peningkatan tonus otot dengan ekstremitas atas fleksi dan ekstermitas bawah ekstensi posisi ini memungkinkan bayi untuk menyesuaikan tubuhnya dengan tubuh ibu ketika digendong (Varney, 2008).

Bayi seringkali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah bayi lahir. Bising usus menunjukkan system pencernaan mampu berfungsi. Namun, keberadaan feses saja tidak mengindikasikan bahwa peristaltis mulai bekerja, melainkan hanya mengindikasikan bahwa anus paten.

2. Periode tidur yang tidak berespons

Tahap kedua transisi berlangsung dari sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung bayi baru lahir menurun selama periode ini hingga kurang dari 140 kali per menit. Murmur dapat terdengar, ini semata-mata merupakan indikasi bahwa duktus arteriosus tidak sepenuhnya tertutup dan dipertimbangkan sebagai temuan abnormal. Frekuensi pernapasan bayi lebih lambat dan tenang. Bayi berada pada tahap tidur nyenyak. Bising usus ada, tetapi kemudian berkurang. Apabila memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan-pemeriksaan mayor atau untuk dimandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri (Varney, 2008).

3. Periode reaktifitas kedua

Selama periode reaktifitas kedua (tahap ketiga transisi), dari usia sekitar 2-6 jam, frekuensi jantung bayi labil dan perubahan warna menjadi cepat, yang dikaitkan dengan stimulus lingkungan. Frekuensi pernapasan bervariasi dan tergantung aktivitas. Frekuensi napas harus tetap dibawah 60 kali per menit dan seharusnya tidak lagi ada rales atau ronki. Bayi baru lahir mungkin tertarik untuk makan dan harus didorong untuk menyusu (Varney, 2008).

Pemberian makan segera sangat penting untuk mencegah hipoglikemia dan dengan menstimulasi pengeluaran feses, mencegah ikterus. Pemberian makan segera juga memungkinkan kolonisasi bakteri di usus, yang menyebabkan pembentukan vitamin K oleh saluran cerna. Bayi baru lahir mungkin bereaksi terhadap pemberian makan yang pertama. Bayi yang diberi susu botol biasanya

tidak minum lebih dari satu ons per pemberian makan selama hari pertama kehidupan (Varney, 2008).

Setiap muskus yang ada selama pemberian makan segera dapat mengganggu pemberian makan yang adekuat, khususnya jika muskus berlebihan. Adanya muskus dalam jumlah banyak merupakan indikasi suatu masalah, seperti atresia esophagus. Muskus bercampur empedu selalu merupakan tanda penyakit pada bayi baru lahir dan pemberian makan harus ditunda sampai penyebabnya telah diselidiki secara menyeluruh (Varney, 2008).

2.5.3 Kebutuhan Dasar BBL

Menurut JNPK-KR (2017), kebutuhan dasar BBL meliputi pencegahan infeksi, penilaian awal BBL, mencegah kehilangan panas, merawat tali pusat, pemberian ASI, profilaksis perdarahan BBL, dan pemberian imunisasi hepatitis B.

1. Pencegahan Infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme atau terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Untuk tidak menambah resiko infeksi maka sebelum menangani BBL pastikan penolong persalinan dan pemberian asuhan BBL telah melakukan upaya pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2017).

a. Cuci Tangan

Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, serta memakai sarung tangan bayi pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

b. Persiapan Alat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet penghisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih dari satu bayi. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan sudah dalam keadaan bersih.

c. Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat misalnya meja, dipan atau lantai beralas tikar. Sebaiknya dekat pemancar panas dan terjaga dari tiupan angin (JNPK-KR, 2017).

2. Penilaian awal BBL

Untuk bayi segera setelah lahir, letakan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu segera lakukan penilaian awal dengan menjawab pertanyaan.

- a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?

Jika bayi tidak bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

3. Mencegah kehilangan panas

- a. Keringkan bayi dengan seksama
- b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih hangat
- c. Selimuti bagian kepala bayi
- d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

4. Merawat tali pusat

- a. Jangan membungkus putung tali pusat atau perut bayi atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke putung tali pusat.
- b. Mengoleskan alkohol dan betadine masih diperbolehkan tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab (JNPK-KR, 2017)

5. Pemberian ASI

Prinsip pemberian ASI adalah sedini mungkin dan eksklusif (JNPK-KR, 2017).

6. Pencegahan infeksi pada mata

Pencegahan infeksi tersebut menggunakan salep mata tetrasiklin 1%. Salep antibiotika tersebut harus diberikan dalam waktu satu jam setelah kelahiran (JNPK-KR, 2017).

7. Profilaksis perdarahan bayi baru lahir

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi 1mg intramuskuler di paha kiri sesegera mungkin untuk pencegahan perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

8. Pemberian imunisasi Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu bayi (JNPK-KR, 2017).

2.5.4 Tanda Bahaya BBL

Menurut JNPK-KR (2017) tanda bahaya pada bayi adalah:

1. Tidak dapat menetek
2. Bayi bergerak hanya jika dirangsang
3. Kecepatan nafas > 60 kali/menit
4. Tarikan dinding dada bawah yang dalam
5. Merintih
6. Sianosis sentra.

2.5.5 Standar Asuhan BBL

1. Standar Pelayanan Minimal

Menurut Depkes RI (2016), standar pelayanan minimal untuk bayi baru lahir adalah:

Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir.

a. Tujuan

Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemia dan infeksi.

b. Pernyataan Standar

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah dan menangani hipotermia.

2. Kebijakan Pelayanan

Menurut Depkes RI (2012), kebijakan pelayanan bayi baru lahir adalah sebagai berikut

- a. Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir dilaksanakan dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung. Asuhan bayi baru lahir meliputi:
 - 1) Pencegahan infeksi (PI).
 - 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi.
 - 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat.
 - 4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - 5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam.
 - 6) Kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.
- b. Pemberian ASI eksklusif, pemeriksaan bayi baru lahir, antibiotika dosis tunggal, pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata, pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan, pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri.
- c. Pencegahan infeksi

BBL sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya: Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan, pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT. Jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- d. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi. Periksa ulang pernafasan, bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu, membersihkan jalan nafas, hangat, kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.
- e. Pemotongan dan perawatan tali pusat. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.
- f. Waktu pemeriksaan bayi baru lahir: Bayi baru lahir sebelum usia 6 jam, usia 6-48 jam, usia 3-7 hari, minggu ke 2 pasca lahir.
- g. Pemeriksaan fisik.
- h. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah.

- i. Asuhan 6 - 48 jam setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusui dengan baik atau tidak.
 - 5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
 - 6) Dokumentasikan.
- j. Minggu pertama setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusui dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan jadwal kunjungan neonatal.
- k. Minggu kedua setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusui dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan.
- l. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya
 - 1) Amatilah bahwa urine dan feses normal.
 - 2) Periksalah alat kelamin dengan kebersihannya.
 - 3) Periksa tali pusat.
 - 4) Periksa tanda vital bayi.
 - 5) Periksalah kemungkinan infeksi mata.
 - 6) Tatalaksana kunjungan rumah bayi baru lahir oleh bidan diantaranya yaitu
 - a) Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah sampai tali pusat lepas, bila mungkin selama satu minggu pertama sesudah bayi lahir.

- b) Kartu anak (buku KIA) harus diisi lengkap dan kelahiran bayi harus didaftar atau dibawa ke puskesmas.
- c) Bidan hendaknya meneliti apakah petugas yang melayani persalinan sudah memberikan perhatian terhadap semua hal pada tiap kunjungan rumah
- d) Form pencatatan (Buku KIA, Formulir BBL, Formulir register kohort bayi).

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.6.1 Pengertian Neonatus

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

Fisiologi neonatus merupakan ilmu yang mempelajari fungsi dan poses vital neonatus. Neonatus adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Selain itu, neonatus adalah individu yang sedang bertumbuh (Nanny, 2013).

Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Terdapat pada pelayanan yang mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.

2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut Anik (2014), yaitu:

1. Kebutuhan Asih pada Neonatus:
 - a. Asih merupakan kebutuhan emosional.
 - b. Asih adalah kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ciptaan yang erat dan kepercayaan dasar untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik maupun mental.
 - c. Asih bisa disebut sebagai ikatan kasih sayang.

2. *Bonding attachment* pada neonatus dapat dipenuhi dengan cara-cara yang diuraikan dengan cara berikut ini:

a. Pemberian ASI eksklusif

Dengan dilakukannya pemberian ASI secara eksklusif segera setelah lahir, secara langsung bayi akan mengalami kontak kulit dengan ibunya.

b. Rawat gabung

Merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayinya terjalin proses lekat (*early infant mother bonding*) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya.

c. Kontak mata (*Eye to Eye Contact*)

Orang tua dan bayinya akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Kontak mata mempunyai efek yang sangat erat terhadap perkembangan dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan manusia pada umumnya.

d. Suara (Voice)

Mendengar dan merespon suara antara orang tua dan bayinya sangat penting. Orang tua menunggu tangisan bayinya mereka dengan tegang suara tersebut membuat mereka yakin bahwa bayinya dalam keadaan sehat.

e. Aroma/Odor (Bau Badan)

Setiap anak memiliki aroma yang unik dan bayi belajar dengan cepat untuk mengenali aroma susu ibunya. Indera penciuman bayi sangat kuat, jika seorang ibu dapat memberikan baying ASI pada waktu tertentu.

f. Gaya bahasa (*Entrainment*)

Bayi mengembangkan irama akibat kebiasaan. Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa mereka menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, menendang-nendangkan kaki. Entrainmen terjadi pada saat anak mulai berbicara.

3. Kebutuhan Asuh pada Neonatus

Hal-hal yang dibahas dalam kebutuhan asuh pada neonatus antara lain

- a. Air susu ibu (ASI) merupakan makanan terbaik untuk bayi sebagai anugerah Tuhan yang Maha Esa.

- b. ASI merupakan nutrisi yang paling lengkap untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.
- c. ASI mengandung zat gizi yang sangat lengkap, antara lain karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, faktor pertumbuhan, hormon, enzim dan kekebalan. Semua zat ini terdapat secara proporsional dan seimbang satu dengan lainnya pada ASI.

d. Mandi

Untuk menjaga bayi selalu tetap bersih, hangat dan kering. Untuk menjaga kebersihan tubuh bayi, tali pusat dan memberikan kenyamanan pada bayi.

e. Kebutuhan Asah

Asah merupakan stimulasi mental yang akan menjadi cikal bakal proses pendidikan dimana bertujuan untuk mengembangkan mental, kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, moral, produktifitas dan lain-lain.

f. Imunisasi pada neonatus

Imunisasi berasal dari kata Imun, kebal atau resistan. Imunisasi berarti pemberian kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh kekebalan tubuh manusia terhadap penyakit tertentu. Proses imunisasi ialah memasukkan vaksin atau serum kedalam tubuh manusia, melalui oral atau suntikan.

2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

Tanda bahaya yang mungkin terjadi pada neonatus Menurut Anik (2014), antara lain:

1. Tidak mau minum / menyusu atau memuntahkan semua.
2. Riwayat kejang.
3. Bergerak hanya jika dirangsang.
4. Frekuensi napas ≤ 30 x/menit dan ≥ 60 x/menit.
5. Suhu tubuh $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ dan $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$.
6. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.
7. Merintih.
8. Ada pustul kulit.

9. Pusat kemerahan meluas ke dinding perut.
10. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
11. Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat.
12. Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI.
13. BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) < 2500 gram.
14. Kelainan kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

2.6.4 Standar Asuhan Neonatus

Menurut Depkes RI (2016), standar pelayanan minimal untuk bayi baru lahir adalah Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir.

1. Tujuan

Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipokglikemia dan infeksi.

2. Pernyataan Standar

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah dan menangani hipotermia.

3. Imunisasi mencegah penyakit TBC, Hepatitis, Polio, Difteri, Pertusis, Tetanus dan Campak. Bayi baru lahir dan neonatus harus diimunisasi lengkap sebelum berusia 1 tahun. Timbang BB bayi baru lahir dan neonatus sebulan sekali sejak usia 1 bulan sampai 5 tahun di posyandu. Cara menjaga kesehatan bayi yaitu amati pertumbuhan bayi baru lahir dan neonatus secara teratur.

4. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu

- 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari.
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.

2.7 Konsep Keluarga Berencana (KB)

2.7.1 Pengertian KB

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen, dan upaya ini dapat

dilakukan dengan menggunakan cara, alat atau obat –obatan (Saifuddin, 2016).

Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan diberikan untuk menjarangkan jarak kehamilan berikutnya setidaknya dalam 2 tahun jika seorang wanita masih merencanakan memiliki anak. Jenis kontrasepsi yang digunakan sama seperti prioritas pemilihan kontrasepsi pada masa interval. Prinsip utama penggunaan kontrasepsi pada wanita pascasalin adalah kontrasepsi yaitu tidak mengganggu proses laktasi (Affandi, 2015).

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Affandi, 2015).

2.7.2 Macam Alat Kontrasepsi Efektif

Macam-macam metode kontrasepsi yang ada di dalam program KB di Indonesia menurut Affandi (2015), antara lain pil, suntikan, implan, AKDR

1. Pil

a. Pil Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi oral yang mengandung hormon progesteron dan esterogen.

2) Jenis

- a) Monofasik pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen / progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif
- b) Bifasik pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- c) Trifasik pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen / progestin (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

3) Cara Kerja

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

4) Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak
- 3) Gemuk atau kurus
- 4) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
- 5) Setelah melahirkan dan menyusui
- 6) Pasca keguguran
- 7) Anemia karena haid berlebihan, siklus haid tidak teratur
- 8) Riwayat kehamilan ektopik kelainan payudara jinak, diabetes tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, saraf dan penyakit *tuberculosis* (TB).
- 9) Penyakit tyroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak.

5) Kontra indikasi

- a) Hamil atau dicurigai hamil
- b) Menyusui eksklusif
- c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
- d) Penyakit hati akut (hepatitis)
- e) Perokok dengan usia > 35 tahun
- f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah > 180/110 mmHg, riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun
- g) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
- h) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari
- i) Migraine dan gejala neurologic fokal (epilepsy/riwayat epilepsy)

6) Kelebihan

- a) Memiliki efektivitas yang tinggi
- b) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil

- c) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid
 - e) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause
 - f) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan
 - g) Mudah dihentikan setiap saat
 - h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - i) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
 - j) Membantu mencegah, Kehamilan ektopik, Kanker ovarium, Kanker endometrium, Kista ovarium, Penyakit radang panggul, Kelainan jinak pada payudara, Dismenorea.
- 7) Keterbatasan
- a) Mahal dan membosankan Karena harus menggunakannya setiap hari
 - b) Pusing, Mual, terutama pada 3 bulan pertama
 - c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama pada 3 bulan pertama
 - d) Nyeri payudara
 - e) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif
 - f) Berhenti haid, jarang pada pil kombinasi
 - g) Tidak boleh diberikan pada perempuan yang menyusui
 - h) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Dan Tidak mencegah IMS
- 8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi
- a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil
 - b) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid
 - c) Setelah melahirkan atau Pasca keguguran
 - d) Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau

tidak melakukan hubungan seksual sampai ibu telah menghabiskan paket pil tersebut

- e) Setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui
- f) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid

9) Tanda Bahaya dan Efek Samping

- a) Sakit perut yang hebat.
- b) Sakit dada yang hebat atau "nafas pendek".
- c) Sakit kepala yang hebat.
- d) Keluhan mata seperti penglihatan kabur atau tidak dapat melihat.
- e) Sakit tungkai bawah yang hebat (betis atau paha).

b. Pil Kombinasi (Minipil)

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi peroral, di konsumsi sebagai usaha pencegahan kehamilan mengandung hormon progesteron.

2) Jenis

- a) Kemasan dengan pil isi 35 pil: 300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretindron
- b) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 mg desogestrel

3) Cara kerja

Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks, sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba transportasi sperma terganggu.

4) Indikasi

- a) Usia reproduktif
- b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak
- c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- d) Pasca persalinan dan tidak menyusui atau pasca keguguran

- e) Perokok segala usia
 - f) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama < 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah
 - g) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen
- 5) Kontra indikasi
- a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
 - d) Menggunakan obat TBC atau obat untuk epilepsy
 - e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - f) Sering lupa menggunakan pil
 - g) Riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darah miom uterus, progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus.
- 6) Kelebihan
- a) Sangat efektif bila digunakan secara teratur
 - b) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - c) Tidak mempengaruhi ASI
 - d) Kesuburan cepat kembali
 - e) Nyaman dan mudah digunakan
 - f) Sedikit efek samping
 - g) Dapat dientikan setiap saat
 - h) Tidak mengganggu estrogen
- 7) Keterbatasan
- a) Hampir 30-60 % mengalami gangguan haid
 - b) Peningkatan atau penurunan berat badan
 - c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
 - d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis, atau jerawat
 - f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi
 - g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat TBC atau epilepsi

h) Tidak melindungi dari Infeksi Menular Seksual (IMS) atau HIV/AIDS

8) Waktu Menggunakan Kontrasepsi

- a) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid.
- b) Dapat digunakan setiap saat, asal tidak terjadi kehamilan.
- c) Bila klien tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil.
- d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat.
- e) Bila lebih dari 6 minggu pasca persalinan, dan klien telah mendapat haid minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
- f) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu datangnya haid berikutnya.
- g) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran
- h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain
- i) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.

2. Suntikan

a. Suntikan Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi suntik yang mengandung hormon sintetis progesteron dan estrogen.

2) Jenis

- 1) 25 mg Depo Medroksi Progesteron Asetat dan 5 mg Estradio Sipionat, diberikan secara IM sebulan sekali (setiap 4 minggu)
- 2) 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat, diberikan secara IM sebulan sekali (setiap 4 minggu).

3) Cara kerja

Mencegah implantasi, menekan ovulasi, mengentalkan lendir servik, menghambat transportasi gamet oleh tuba / mengganggu motilitas tuba

4) Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak / belum
- c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi
- d) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan
- e) Setelah melahirkan anak dan tidak menyusui
- f) Anemia
- g) Nyeri haid hebat
- h) Haid teratur
- i) Riwayat kehamilan ektopik
- j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

5) Kontra indikasi

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
- c) Perdarahan pervaginam
- d) Usia >35 tahun yang merokok
- e) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg), Penyakit hati akut (virus hepatitis)
- f) Riwayat kelainan trombo emboli atau dengan diabetes > 20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine dan keganasan pada payudara

6) Kelebihan

- a) Risiko terhadap kesehatan kecil
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- d) Jangka panjang
- e) Efek samping sangat kecil
- f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

7) Kerugian

- a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak / spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari.
- b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
- d) Efektivitasnya bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy atau obat tuberculosis.
- e) Penambahan berat badan.
- f) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B, atau infeksi virus HIV.
- g) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

8) Waktu Mulai Menggunakan Suntikan Kontrasepsi

- a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.
- b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari
- c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
- d) Bila klien pasca persalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan asalkan dapat dipastikan tidak hamil
- e) Bila pasca persalinan > 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, maka suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari ke 1 dan 7.
- f) Bila pasca persalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi
- g) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberi.

- h) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
- i) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan hormonal kombinasi.
- j) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.
- k) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakini ibu tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid.

9) Tanda Bahaya dan Komplikasi

- a) Pertambahan berat badan yang menyolok.
- b) Sakit kepala yang hebat.
- c) Perdarahan per - vaginam yang banyak.
- d) Depresi.
- e) Polyuri.

b. Suntikan Progestin

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi dengan jalan penyuntikan sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormon progesteron wanita usia subur. Suntikan progestin seperti depo-provera dan noris-terat mengandung hormon progestin saja. Suntikan ini baik bagi wanita yang menyusui dan diberikan setiap dua atau tiga bulan sekali.

2) Jenis

- a) Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik Intro Muskuler.
- b) Depo Nonsterat Enontat (Depo Nonsterat) yang mengandung 200mg noratin dion anontat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik Intra Muskuler.

3) Cara Kerja

Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

4) Indikasi

- a) Usia reproduktif
- b) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- c) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- d) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
- e) Setelah melahirkan dan menyusui
- f) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi serta sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- g) Tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
- h) Menggunakan obat untuk epilepsy atau obat tuberculosis
- i) Tidak dapat mengandung kontrasepsi yang mengandung estrogen
- j) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi

5) Kontra indikasi

- a) Hamil atau dicurigai hamil
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorrhea
- d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- e) Diabetes mellitus disertai komplikasi

6) Kelebihan

- a) Sangat efektif
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami- istri
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

- f) Sedikit efek samping
 - g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
 - h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
 - i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik dan menurunkan kejadian penyakit radang panggul
 - j) Menurunkan krisis anemia bulan sabit
- 7) Keterbatasan
- a) Sering ditemukan gangguan haid
 - b) Klien sangat bergantung pada tempat saran pelayanan kesehatan
 - c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
 - d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
 - e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
 - f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian suntikan
 - g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan / kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)
 - h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
 - i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang
 - j) Pada penggunaan jangka panjang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.
- 8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin
- a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
 - b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
 - c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tersebut tidak hamil.
 - d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan

- e) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya
- f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang
- g) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil
- h) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur

9) Tanda Bahaya dan Komplikasi

- a) Pertambahan berat badan yang menyolok.
- b) Sakit kepala yang hebat.
- c) Perdarahan per-vaginam yang banyak.
- d) Depresi.
- e) Poliuri.

3. Kontrasepsi Implan

a. Pengertian

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 – 5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu suatu organisasi yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.

b. Jenis

Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel. Panjang kapsul adalah 34 mm dengan diameter 2,4 mm. Kapsul terbuat dari bahan silastik medik (polydimethyl siloxane) yang fleksibel dimana kedua ujungnya ditutup dengan penyumbat sintetik yang

tidak mengganggu kesehatan klien. Setelah penggunaan selama 5 tahun, ternyata masih tersimpan sekitar 50% bahan aktif levonorgestrel asal yang belum terdistribusi ke jaringan interstisial dan sirkulasi. Enam kapsul Norplant dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.

1) Jadelle (Norplant II)

Masa kerja Norplant adalah 5 tahun tetapi studi komparasi dengan implant-2 ternyata *5-year pregnancy rates* dan efek samping dari kedua kontrasepsi subdermal ini adalah sama. *Population Council* baru baru ini menyatakan bahwa Jadelle direkomendasikan untuk penggunaan 5 tahun dan Norplant untuk 7 tahun. Kumulasi dari *5-year pregnancy rate per 100 women-years* Jadelle diantara 0,8 – 1,0 dan Norplant sebesar 0,2 per tahun.

2) Implanon

Implanon (Organon, Oss, Netherlands) adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel), merupakan metabolit desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progestational yang lebih tinggi dari levonorgestrel. Kapsul polimer (*ethylene vinyl acetate*) mempunyai tingkat pelepasan hormone yang lebih stabil dari kapsul silatik Norplant sehingga variabilitas kadar hormone dalam serum menjadi lebih kecil.

Implanon dikemas dalam trokar kecil yang sekaligus disertai dengan pendorong (inserter) kapsul sehingga pemasangan hanya membutuhkan waktu 1 – 2,5 menit. Tidak seperti implant-2 (Jadelle, Implan-2 dan Sinoplant), Implanon dirancang khusus untuk inhibisi ovulasi selama masa penggunaan, karena ovulasi pertama dan luteinisasi terjadi pada paruh kedua tahun ketiga penggunaan maka implanon hanya direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan walaupun ada penelitian yang menyatakan masa aktifnya dapat mencapai 4 tahun. Dengan tidak terjadi kehamilan selama penggunaan pada 70.000 siklus perempuan maka implanon dikategorikan sebagai alat kontrasepsi paling efektif yang pernah dibuat selama ini.

3) Implant lainnya

Nestorone adalah progestin kuat yang dapat menghambat ovulasi dan tidak terikat dengan seks hormone binding globulin (SHBG) serta tanpa efek estrogenic dan androgenic. Nestorone menjadi tidak aktif bila diberikan per oral karena segera di metabolisme dalam hati sehingga aman bagi bayi yang mendapat ASI dari seorang ibu pengguna kontrasepsi hormone subdermal. Penelitian saat ini mengarah penggunaan kapsul 40mm dengan dosis normal atau 30mm dengan dosis yang lebih tinggi agar dapat bekerja aktif untuk jangka waktu 2 tahun. Kapsul tunggal 30mm sedang diteliti di 3 senter tetapi dengan waktu yang sama, Nestorone kapsul tunggal 30mm telah diregistrasi di Brazil dengan nama El-Cometrine tetapi digunakan untuk pengobatan endometriosis dengan waktu kerja aktif 6 bulan.

c. Cara Kerja

Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi

d. Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah memiliki anak atau belum
- 3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui atau pascakeguguran
- 6) Tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak sterilisasi
- 7) Riwayat kehamilan ektopik
- 8) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, dan anemia bulan sabit
- 9) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen
- 10) Sering lupa menggunakan pil.

e. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- 5) Miom uterus dan kanker payudara
- 6) Gangguan toleransi glukosa

f. Kelebihan

- 1) Daya guna tinggi
- 2) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)
- 3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat
- 4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- 5) Bebas dari pengaruh estrogen
- 6) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- 7) Tidak mengganggu ASI
- 8) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
- 9) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan

g. Keterbatasan

Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan, bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea.

h. Waktu Mulai Menggunakan implan

- 1) Setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7
- 2) Inersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
- 3) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metodekontrasepsilain untuk 7 hari saja
- 4) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat
- 5) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual

selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja.

- 6) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil.
- 7) Pasca keguguran implant dapat segera diinsersikan.
- 8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implant, insersi implant dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tidak hamil.
- 9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implant dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut.
- 10) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implant, implant dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. AKDR segera dicabut.

i. Tanda Bahaya dan Komplikasi

- a) Perdarahan bercak ringan atau spotting.
- b) Ekspulsi (lepasnya batang implant dari tempat pemasangan).
- c) Infeksi pada daerah pemasangan.
- d) Perubahan berat badan.

4. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

a. Pengertian

AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang terbuat dari bahan plastik dan tembaga yang hanya boleh dipasang oleh dokter atau bidan terlatih dan mencegah sperma pria bertemu dengan sel telur wanita. Pemakaian AKDR dapat sampai 10 tahun (tergantung kepada jenisnya) dan dapat dipakai oleh semua wanita umur.

b. Jenis

1) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastic yang fleksibel, berbentuk huruf T disebungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana.

2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering)

c. Cara Kerja

Mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi.

d. Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- 6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Risiko rendah dari IMS
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal
- 9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama

e. Kontra indikasi

- 1) Sedang hamil
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- 3) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau *abortus septic*
- 4) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis) Penyakit trofoblas yang ganas, diketahui menderita TBC pelvic, Kanker alat genital dan ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm
- 5) Kelainan bawah uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri

f. Kelebihan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi.

- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- 5) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- 6) Tidak ada efek samping hormonal.
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).

g. Keterbatasan

- 1) Efek samping yang umum terjadi :
 - a) Perubahan siklus haid
 - b) Haid lebih lama dan banyak
 - c) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
 - d) Saat haid lebih sakit
- 2) Komplikasi lain :
 - a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
 - b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia.
 - c) Preforasi dinding uterus.
 - d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
 - e) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
 - f) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.
 - g) Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan serta sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan AKDR.

h. Waktu Penggunaan Kontrasepsi AKDR

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil

- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid
 - 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan atau setelah menderita abortus
 - 4) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi
- i. Tanda Bahaya dan Komplikasi
- 1) Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
 - 2) Spotting, perdarahan per vaginam, haid yang banyak, bekuan-bekuan darah.
 - 3) Perforasi dinding uterus (sangat jarang).
5. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)
- a. Pengertian
- Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi jika
- 1) Menyusui secara penuh *full breast feeding* lebih efektif bila pemberian > 8x sehari.
 - 2) Belum haid
 - 3) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.
- b. Cara kerja MAL:
- Penundaan/ penekanan ovulasi
- c. Kelebihan kontrasepsi:
- 1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan persalinan)
 - 2) Segera efektifitas
 - 3) Tidak mengganggu senggama
 - 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
 - 5) Tidak perlu pengawasan medis
 - 6) Tidak perlu obat atau alat
 - 7) Tanpa biaya

d. Keuntungan

1) Untuk bayi

- 1) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
- 2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
- 3) Terhindar dari keterpaparan terhadap terkontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.

2) Untuk ibu

- a) Mengurangi pendarahan pascapersalinan
- b) Mengurangi resiko anemia
- c) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

e. Yang tidak boleh menggunakan MAL

- 1) Sudah mendapatkan haid setelah bersalin
- 2) Tidak menyusui secara eksklusif
- 3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
- 4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam.

2.7.3 Penapisan

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi (misalnya pil KB, suntikan atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada

1. Kehamilan
2. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
3. Masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang juga membutuhkan pengamatan dan pengolahan lebih lanjut.

Tabel 2.6 Daftar Titik Penapisan Klien Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah mengalami perdaham/perdarahan bercak antara haid setelah sanggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah anda nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (<i>epilepsy</i>)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin).		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenore berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital		

Sumber :Affandi, 2015

Jika semua keadaan diatas adalah tidak (negatife) dan tidak dicurigai adanya kehamilan, maka dapat diteruskan dengan konseling metode khusus.

Bila respon banyak yang ya (positif), berarti klien perlu dievaluasi sebelum keputusan akhir dibuat.

2.7.4 Konseling Pra Dan Pasca Pemasangan Alat Kontrasepsi

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Langkah-langkah konseling KB (SATU TUJU)

- Sa** : **S**Apa 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.
- T** : **T**anyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, 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. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien kita dapat membantunya.
- U** : **U**raikan pada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin. Bantu klien pada kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda
- TU** : **BanT**Ulah klien menentukan pilihannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginan dan mengajukan pertanyaan. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut. Yakinkan bahwa klien telah membuat keputusan yang tepat.
- J** : **J**elaskan secara lengkap bagaimana cara menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih kontrasepsi pilihannya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.

U : Perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan juga buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah (Affandi,2015).

1. *Informed choice*

- a. *Informed choice* adalah suatu kondisi peserta/calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapat informasi yang lengkap melalui KIP.
- b. Memberdayakan para klien untuk melakukan informed choice adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
- c. Bagi calon peserta KB baru, informed choice merupakan proses memahami kontrasepsi yang akan dipakainya.
- d. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut karena sudah mengerti tentang kontrasepsi yang akan dipilihnya.
- e. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.
- f. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi akan cepat berobat ketempat pelayanan.
- g. Bagi peserta KB yang informed choice berarti akan terjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsinya (Affandi,2015).

2.7.5 Efek Samping Dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi Efektif

1. Pil Progestin (minipil)

Tabel 2.7 Penanganan efek samping yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Amenorea Perdarahan tidak teratur/spotting.	Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Cukup konseling saja. Bila amenore berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik. Bila hamil jelaskan kepada klien bahwa minipil sangat kecil menimbulkan kelainan pada janin. Bila diduga kehamilan ektopik, klien perlu dirujuk, jangan memberikan obat-obat hormonal. Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Bila klien tetap saja tidak dapat menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

Sumber : Affandi, 2015.

2. Suntikan progesterin

Tabel 2.8 Penanganan efek samping yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Perdarahan / perdarahan bercak (spotting).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik. 2) Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan. 3) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. 4) Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3 – 6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.
Perdarahan / perdarahan bercak (spotting).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka dapat disarankan 2 pilihan pengobatan. 2) 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30 – 35 mg etinilestradiol), 3) Ibuprofen (sampai 80 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. 4) Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. 5) Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3 – 7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 mg etinoestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugai untuk 14 – 21 hari.
Meningkatnya /menurunnya berat badan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 - 2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan kontrasepsi lain.

Sumber : Affandi, 2015.

3. Implant

Efek samping dari pemasangan implant adalah perubahan perdarahan haid, perdarahan yang lama selama beberapa bulan pertama pemakaian, perdarahan

atau bercak perdarahan diantara siklus haid, lamanya perdarahan atau bercak perdarahan berkurang, Tidak mengalami perdarahan atau bercak perdarahan sama sekali selama beberapa bulan (amenore), kombinasi dari beberapa efek samping tersebut diatas, sakit kepala, perubahan berat badan perubahan suasana hati, depresi.

Implant / AKDR dengan Progestin

Menurut Affandi, 2015, Penanganan efek samping yang sering ditemukan:

1) Amenore

Penanganan

- a. Pastikan hamil atau tidak.
- b. Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%).
- c. Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien.
- d. Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR.
- e. Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam.
- f. Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu.
- g. Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat.

2) Kram

Penanganan

- a. Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai.
- b. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja.
- c. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.

3) Perdarahan yang tidak teratur dan banyak

Penanganan

- a. Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama.
Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu.
- b. Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja.
- c. Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari.
- d. Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR.

4) Benang hilang

Penanganan

- a. Periksa apakah klien hamil.
- b. Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan.
- c. Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim dan klien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG.
- d. Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid.
- e. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.

5) Cairan vagina/dugaan penyakit radang panggul

- a. Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai.
- b. Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut.
- c. Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai AKDR lagi, berikan antibiotika selama 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan dibantu klien untuk memilih metode kontrasepsi lain.

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.1 Manajemen Varney

Menurut Kemenkes (2007), standar praktek kebidanan dalam metode asuhan kebidanan yang menggambarkan tentang *Continuity of Care* adalah:

1. Standar I : Metode Asuhan

Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan metode manajemen kebidanan dengan langkah : pengumpulan data dan analisis data, penegakan diagnosa perencanaan pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

Definisi operasional :

- a. Ada format manajemen asuhan kebidanan dalam catatan asuhan kebidanan.
- b. Format manajemen asuhan kebidanan terdiri dari format pengumpulan data, rencana asuhan, catatan implementasi, catatan perkembangan, tindakan, evaluasi, kesimpulan dan tindak lanjut tindakan lain.

2. Standar II : Pengkajian

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan.

Definisi Operasional :

- 1) Ada format pengumpulan data
- 2) Pengumpulan data dilakukan secara sistematis, terfokus, yang meliputi data:
 - 1) Demografi identitas klien.
 - 2) Riwayat penyakit terdahulu.
 - 3) Riwayat kesehatan Reproduksi.
- 3) Riwayat haid
- 4) Riwayat bedah organ reproduksi.
- 5) Riwayat kehamilan dan persalinan
- 6) Pengaturan kesuburan.
- 7) Faktor kongenital atau keturunan yang terkait.
 - 1) Keadaan kesehatan saat ini termasuk kesehatan reproduksi.
 - 2) Analisis data.

3. Standar III : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

Definisi operasional :

- a. Diagnosa kebidanan dibuat sesuai dengan hasil analisa data.
- b. Diagnosa kebidanan dirumuskan secara sistematis.

4. Standar IV : Rencana Asuhan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan dari diagnosa kebidanan.

Definisi operasional :

- a. Ada format rencana asuhan kebidanan.
- b. Format rencana asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa, berisi rencana tindakan, evaluasi dan tindakan.

5. Standar V : Tindakan

Tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan diagnosa, rencana dan perkembangan keadaan klien.

Definisi operasional :

- a. Ada format tindakan kebidanan dan evaluasi.
- b. Tindakan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan rencana dan juga perkembangan klien.
- c. Tindakan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan prosedur tetap dan wewenang bidan atau hasil kolaborasi.
- d. Tindakan kebidanan dilaksanakan dengan menerapkan etika dan kode etik kebidanan.
- e. Seluruh tindakan kebidanan dicatat pada format yang telah tersedia.

6. Standar VI : Partisipasi Klien

Klien dan keluarga dilibatkan dalam rangka peningkatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan.

Definisi operasional.

- a. Klien atau keluarga mendapatkan informasi tentang :
 - a) Status kesehatan saat ini.
 - b) Rencana tindakan yang akan dilaksanakan.
 - c) Peranan klien atau keluarga dalam tindakan kebidanan.
 - d) Peranan petugas kesehatan dalam tindakan kebidanan.
 - e) Sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan.

- b. Klien dan keluarga dilibatkan dalam menentukan pilihan untuk mengambil keputusan dalam asuhan.
- c. Pasien dan keluarga diberdayakan dalam terlaksananya rencana asuhan klien.

7. Standar VII : Pengawasan

Monitor/pengawasan klien dilaksanakan secara terus-menerus dengan tujuan untuk mengetahui perkembangan klien.

Definisi operasional :

- a. Adanya format pengawasan klien.
- b. Pengawasan dilaksanakan secara terus-menerus dan sistematis untuk mengetahui perkembangan klien.
- c. Pengawasan yang dilaksanakan di catat dan dievaluasi.

8. Standar VIII : Evaluasi

Evaluasi asuhan kebidanan dilaksanakan terus-menerus sesuai dengan tindakan kebidanan dan rencana yang telah dirumuskan.

Definisi operasional :

- a. Evaluasi dilaksanakan pada tiap tahapan pelaksanaan asuhan sesuai standar.
- b. Hasil evaluasi dicatat pada format yang telah disediakan.

9. Standar IX : Dokumentasi

Asuhan kebidanan di dokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan.

Definisi operasional :

- a. Dokumentasi dilaksanakan pada setiap tahapan asuhan kebidanan.
- b. Dokumentasi dilaksanakan secara sistematis, tepat, dan jelas.
- c. Dokumentasi merupakan bukti legal dari pelaksanaan asuhan kebidanan.

2.8.2 Standart Kompetensi Bidan

Menurut Kepmenkes Nomor 369 yang dikutip dari Buku Praktik Dasar Kebidanan oleh Suryani (2014), ada sembilan macam kompetensi yang harus dimiliki seorang bidan saat terjun ke masyarakat, yaitu sebagai berikut:

1. Kompetensi ke-1

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dalam ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etika yang membentuk dasar dari asuhan

yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

2. Kompetensi ke-2

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya, dan memberikan pelayanan yang menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan untuk menjadi orang tua.

3. Kompetensi ke-3

Bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

4. Kompetensi ke-4

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya baru lahir.

5. Kompetensi ke-5

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

6. Kompetensi ke-6

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi baru lahir (BBL) sehat sampai dengan usia 1 bulan.

7. Kompetensi ke-7

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan sampai 5 tahun).

8. Kompetensi ke-8

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

9. Kompetensi ke-9

Bidan mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi.