

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Continuity Of Care

2.1.1 Pengertian Continuity Of Care

Continuity of Care adalah bagian dari filosofi kebidanan yang mempunyai arti bahwa seorang wanita mengembangkan kemitraan dengan bidan untuk menerima asuhan selama masa kehamilan, masa persalinan, dan masa nifas. Continuity of care memastikan ibu dan bayi mendapatkan asuhan yang terbaik dari bidan pada seluruh periode kehamilan dan melahirkan (Astuti Sri, 2017).

Menurut *reproductive, maternal, and child health* (RMNCH) Continuity of care meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari prakehamilan hingga persalinan, periode postnatal dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik dan fasilitas kesehatan lainnya (Astuti Sri, 2017).

Menurut WHO, dimensi pertama dari continuity of care adalah dimulai saat prakehamilan, selama kehamilan, persalinan, serta hari-hari awal dan tahun kehidupan. Dimensi kedua dari continuity of care yaitu tempat pelayanan yang menghubungkan berbagai tempat pelayanan mulai dari rumah masyarakat, dan sarana kesehatan (Astuti Sri, 2017).

2.1.2 Tujuan Continuity of Care

Menurut Saifuddin (2009), tujuan umum dilakukan asuhan kehamilan yang berkesinambungan adalah sebagai berikut:

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
2. Mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
3. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
4. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.

5. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal.

2.1.3 Cakupan Pelayanan Continuity of Care

Menurut Prawirohardjo (2016), pelayanan kebidanan berkesinambungan dalam arti yang terbatas terdiri atas :

1. Pengawasan serta penanganan wanita dalam masa hamil dan pada waktu persalinan,
2. Perawatan dan pemeriksaan wanita sesudah persalinan,
3. Perawatan bayi yang baru lahir, dan
4. Pemeliharaan laktasi.

Dalam arti yang lebih luas usaha-usaha dimulai lebih dahulu dengan peningkatan kesehatan dan kesejahteraan para remaja sebagai calon ayah dan ibu, dan dengan membantu mereka dalam mengembangkan sikap yang wajar terhadap kehidupan kekeluargaan serta tempat keluarga dalam masyarakat. Termasuk pula bimbingan mereka untuk kelak menjadi ayah dan ibu yang baik serta pemberian pengertian tentang soal-soal yang bersangkutan dengan kesehatan reproduksi (Prawirohardjo, 2016).

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016).

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).

Masa hamil 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 terdiri dari perkembangan konseptus, embrio dan janin.

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 (Prawirohardjo, 2016).

2. Embrio dan Janin

Dalam beberapa jam setelah ovulasi akan terjadi fertilisasi di ampulla tuba. Oleh karena itu, sperma harus sudah ada disana sebelumnya dan terjadilah fertilisasi ovum oleh sperma. Namun, konseptus tersebut mungkin sempurna, mungkin tidak sempurna (Prawirohardjo, 2016).

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 (Prawirohardjo, 2016).

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

- a. Minggu ke-6 pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih tergegangam dan jantung telah terbentuk penuh,
- b. Minggu ke-7 mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah,
- c. Minggu ke-8 mirip dengan manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna, sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk,
- d. Minggu ke-9 kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin; kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu,
- e. Minggu ke 13-16 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,
- f. Minggu ke 17-24 komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari, seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak), janin mempunyai reflex,
- g. Minggu ke 25-28 saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, system saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka, kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir,
- h. Minggu ke 29-32 bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50 – 70 %), tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relative stabil,
- i. Minggu ke 33-36 berat janin 1500 – 2500 gram, lanugo (rambut janin) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan,
- j. Minggu ke 38-40 sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus, air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Prawirohardjo, 2016).

2.2.3 Tanda-tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan maka dapat ditetapkan dengan melakukan penelitian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil sehingga bidan dapat mendiagnosa kehamilan. Menurut Astuti (2017), tanda-tanda

kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Tanda tidak pasti (Presumtif)

a. Amenorrhea

Biasanya, seorang wanita akan mengalami menstruasi setiap bulan. Hari datangnya menstruasi bergantung pada siklus atau kebiasaan wanita itu sendiri baik di awal, tengah maupun di akhir bulan. Tidak menstruasi dapat menandakan kehamilan, tetapi dapat juga merupakan tanda gangguan atau penyakit fisik yang berat, syok, kelelahan akibat perjalanan, pasca-operasi, bahkan gelisah pun dapat menyebabkan menstruasi terlambat.

b. Mengidam

Mengidam adalah perasaan menginginkan sesuatu, dapat berbentuk makanan, barang ataupun tindakan tertentu. Pada saat hamil, wanita membutuhkan banyak zat gizi, misalnya vitamin dan mineral (zat kapur dan zat besi). Cadangan zat besi yang ada di tubuh ibu sekarang harus dibagi dengan janin yang dikandungnya sehingga jumlah vitamin dan mineral ibu menjadi berkurang. Oleh sebab itu, tubuh mengadakan kompensasi (bereaksi) untuk memenuhi kebutuhan zat besi tersebut sehingga mencari makanan yang mengandung cukup banyak zat besi dan kapur.

c. Pingsan

Pada wanita hamil, terjadi pengenceran darah akibat proses kehamilan. Kekentalan darah yang berkurang menyebabkan zat penting misalnya oksigen dan sari makanan, tidak dapat dialirkan dengan baik di dalam tubuh. Jika salah satu saja organ tubuh, misalnya otak mengalami kekurangan oksigen, hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya pingsan, terutama jika berada di tempat ramai yang sesak dan padat.

d. Perdarahan sedikit

Terjadi perdarahan yang biasanya muncul pada hari ke-11 sampai dengan hari ke-14 setelah haid, berwarna merah muda, sedikit (bercak), dengan lama 1-3 hari. Darah ini kemungkinan berasal dari tempat

tertanamnya sel telur yang sudah dibuahi di dalam rahim. Hal ini bisa terjadi akibat kelelahan dari aktivitas yang dilakukannya.

e. Suhu tubuh naik

Metabolisme (pembakaran kalori) di dalam tubuh wanita hamil menjadi lebih cepat. Hal tersebut dilakukan untuk memenuhi zat gizi bagi ibu dan janin. Oleh sebab itu, suhu tubuh akan meningkat 2-3^oc dari biasanya sehingga ibu merasa sedikit demam.

f. Penciuman lebih sensitif

Peningkatan hormon esterogen yang drastis juga menyebabkan terjadi pelebaran pembuluh darah, termasuk yang ada di daerah hidung dan sekitarnya sehingga kerja saraf penciuman menjadi lebih sensitif. Kemampuan untuk mencium bau-bau menjadi lebih tajam, misalnya kopi, bumbu, aroma masakan, parfum dan asap rokok.

g. Mual dan muntah

Mual dan muntah pada ibu hamil disebabkan oleh pengaruh peningkatan hormon progesteron dan hormon human chorionic gonadotropin (hCG) yang terjadi selama kehamilan. Hormon ini menyebabkan kerja lambung dan usus menjadi lambat sehingga makanan yang ada di lambung pun lambat dicerna. Selain itu, hormon ini juga menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga ibu menjadi mual. Asam lambung akan meningkat di malam hari ketika lambung kosong sehingga di pagi hari timbul rasa mual, bahkan sampai muntah.

Pada awal kehamilan, biasanya ibu mengalami penurunan nafsu makan. Namun, hal ini akan menghilang seiring berkurangnya rasa mual dan muntah.

h. Lelah

Hormon progesteron menyebabkan terjadi penurunan fungsi beberapa organ tumbuh sehingga tubuh bekerja keras untuk menstabilkan dan membantu kerja organ tersebut. Salah satu organ yang dipengaruhi adalah lambung. Lambatnya proses pencernaan makanan menyebabkan kebutuhan oksigen di lambung meningkat sehingga oksigen untuk organ

lain, misalnya mata, otak dan organ lainnya menjadi berkurang. Oleh sebab itu, timbul perasaan mengantuk, lelah dan lemas.

i. Payudara membesar

Pada awal kehamilan, tepatnya 1-2 minggu setelah kehadiran menstruasi terlambat, timbul rasa nyeri dan tegang di payudara. Hal ini disebabkan oleh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang kantong air susu dan kelenjar Montgomery di payudara sehingga membesar sebagai persiapan untuk menyusui kelak. Rasa nyeri dan tegang juga diikuti oleh pembesaran payudara secara bertahap. Rasa nyeri ini hampir sama dengan ketika rasa nyeri saat menstruasi.

j. Sering berkemih

Pada awal kehamilan, ibu akan sering berkemih. Hal ini disebabkan oleh penebalan rahim yang terisi janin dan terus membesar. Rahim tersebut berada di bawah kandung kemih sehingga menekan kandung kemih dan menimbulkan rangsangan untuk berkemih lebih awal, tanpa menunggu kandung kemih penuh seperti biasanya. Produksi urine juga bertambah karena adanya peningkatan sirkulasi darah cairan di dalam tubuh ibu.

k. Sembelit

Ibu hamil biasanya akan timbul sembelit (susah buang air besar) yang terjadi 2-3 hari sekali. Hal ini disebabkan oleh hormon steroid yang meningkat sehingga menyebabkan peristaltik atau kerja usus menjadi lambat. Kotoran menjadi lambat dikeluarkan, sedangkan cairan yang tersisa terus diserap. Akibatnya, kotoran menjadi keras dan sulit dikeluarkan. Selain itu, penekanan rahim terhadap usus besar juga menyebabkan kerja usus halus dan usus besar menjadi lambat.

l. Pigmentasi kulit

Warna kulit di wajah, payudara (bagian *areola*), perut, paha dan ketiak biasanya bertambah gelap. Muncul bercak kehitaman atau kecokelatan yang disebut hiperpigmentasi. Hal ini merupakan pengaruh hormon dalam kehamilan.

m. Epulsi

Gusi dan mukos (selaput lendir) menjadi mudah berdarah akibat

pembuluh darah yang melebar selama kehamilan.

n. Varises

Pelebaran pembuluh darah vena sering terjadi pada wanita hamil, tetapi biasanya pada triwulan akhir kehamilan.

2. Tanda Mungkin Hamil

a. Perut membesar

Perut yang besar sangat identik dengan adanya kehamilan. Pada wanita yang memang benar hamil, perut akan ikut membesar karena rahim yang membesar. Namun, tidak semua perut yang membesar merupakan akibat kehamilan, mungkin saja akibat faktor kegemukan atau terdapat penyakit pada abdomen, misalnya tumor atau adanya cairan di rongga perut (*asites*).

b. Uterus membesar

Dengan kehamilan yang sehat, uterus pun akan membesar sedikit demi sedikit sesuai dengan usia kehamilan tersebut. Namun demikian, pembesaran uterus dapat juga terjadi akibat suatu penyakit, misalnya mioma uteri, kista atau kanker stadium lanjut.

c. Tanda hegar

Melunaknya segmen bawah rahim. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga medis, dengan cara melakukan pemeriksaan dalam dengan tangan kanan dan tangan kiri berada di atas fundus. Dengan penekanan ke arah dalam, pemeriksa dapat merasakan kedua tangan seolah-olah bertemu.

d. Tanda chadwick

Terjadi perubahan warna pada portio, yang pada awalnya berwarna merah muda, menjadi kebiru-biruan. Selaput lendir dan vagina pun berwarna keungu-unguan.

e. Tanda piscocek

Terjadi pembesaran dan pelunakan yang tidak simetris pada tempat hasil konsepsi (tempat implantasi) tertanam.

f. Braxton-hicks

Ibu hamil dapat merasakan kontraksi yang timbul sesekali, tepatnya berada diperut bagian bawah, misalnya perasaan nyeri dan tegang. Nyeri tersebut juga dapat timbul secara tiba-tiba pada saat perut ibu dilakukan

palpasi (periksa raba) dan saat periksa dalam.

g. Teraba ballotement

Ballotement adalah pantulan pada saat rahim digoyangkan. Memeriksa kontraksi ini dilakukan dengan cara memegang bagian rahim yang mengeras sambil sedikit digoyangkan sehingga akan terasa bahwa rahim tersebut bergoyang.

3. Tanda pasti hamil

Ada beberapa tanda yang memastikan adanya kehamilan, meliputi:

- a. Gerakan janin yang dilihat dan dirasakan. Ibu merasakan gerakan janin ketika usia kehamilan 16 minggu atau awal bulan kelima. Gerakan janin akan lebih terasa di pagi hari atau saat ibu beristirahat. Bahkan, pada usia kehamilan > 22 minggu, ibu dapat melihat gerakan janin pada saat janin bergerak.
- b. Denyut jantung janin (DJJ). Terlihat dan terdengar denyut jantung janin dengan bantuan alat.
 - 1) Didengar menggunakan alat Doppler mulai usia kehamilan 12 minggu.
 - 2) Didengar menggunakan stetoskop monokuler Leannec mulai usia kehamilan 20 minggu.
 - 3) Dicatat dengan fetu-electro kardiogram mulai usia kehamilan 6 minggu.
 - 4) Dilihat dengan ultrasonografi (USG) mulai usia kandungan 6 minggu.

2.2.4 Perubahan Fisik Ibu Hamil

Perubahan fisik pada ibu hamil menurut Prawirohardjo (2016):

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang.

Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon estrogen dan sedikit oleh progesteron. Setelah kehamilan 12 minggu lebih penambahan ukuran uterus didominasi oleh desakan dari

hasil konsepsi. Posisi plasenta juga mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus, dimana bagian uterus yang mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga akan menyebabkan uterus tidak rata. Fenomena ini dikenal dengan tanda *piscaseck*.

Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan lebarnya sehingga akan berbentuk oval. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang dikenal dengan tanda Hegar.

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini pertama kali diperkenalkan oleh Braxton Hicks pada tahun 1872, sehingga disebut dengan kontraksi Braxton Hicks.

b. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Berbeda kontras dengan korpus, serviks hanya memiliki 10-15% otot polos. Pada perempuan yang tidak hamil berkas kolagen pada serviks terbungkus rapat dan tidak beraturan. Selama kehamilan, kolagen secara aktif disintesis dan secara terus-menerus diremodel oleh kolagenase, yang disekresi oleh sel-sel serviks dan neutrofil.

Pada akhir trimester pertama kehamilan, berkas kolagen menjadi kurang kuat terbungkus. Hal ini terjadi akibat penurunan konsentrasi kolagen secara keseluruhan. Dengan sel-sel otot polos dan jaringan elastis, serabut kolagen bersatu dengan arah paralel terhadap sesamanya sehingga

serviks menjadi lunak dibanding kondisi tidak hamil, tetapi tetap mampu mempertahankan kehamilan.

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi) dan terremodel menjadi serat.

c. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

d. Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot dan perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Papila mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

e. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*.

Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya.

Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan. Kontrasepsi oral juga bisa menyebabkan terjadinya hiperpigmentasi yang sama.

f. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolactin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan esterogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap α -laktalbumin akan hilang.

Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar Montgomery, yaitu kelenjar sebace dari areola, akan membesar dan cenderung untuk menonjol keluar. Jika payudara makin membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan.

g. Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah

12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg.

2. Sistem Kardiovaskular

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan preload. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer.

Volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke 6-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke 32-34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. Volume plasma akan meningkatkan kira-kira 40-45%. Hal ini dipengaruhi oleh aksi progesteron dan estrogen pada ginjal yang diinisiasi oleh jalur renin-angiotensin dan aldosteron. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit.

3. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar $\pm 135\%$. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui.

4. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai.

2.2.5 Perubahan Psikologi Ibu Hamil

Menurut Astuti Sri (2017) Perubahan psikologis dapat dibagi dengan melihat waktu kehamilan yaitu: trimester I, trimester II, trimester III.

1. Trimester I

Pada kehamilan trimester I, adaptasi psikologis yang harus dilakukan oleh ibu yaitu menerima kenyataan bahwa dirinya sedang hamil. Berbagai respon emosional pada trimester 1 yang dapat muncul berupa perasaan ambivalen, kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi, dan kesedihan. Selain itu perubahan mood akan lebih cepat terjadi bahkan ibu biasanya menjadi lebih sensitif. Rasa sedih hingga berurai air mata, rasa marah, dan rasa suka cita datang silih berganti tanpa penyebab yang jelas. Perubahan mood ini terkait dengan perubahan hormonal, namun masalah seksual dan perasaan takut nyeri persalinan diduga memicu perubahan ini (Astuti, 2017).

Wanita biasanya akan berfokus pada dirinya sendiri. Dengan demikian, mudah muncul perasaan ambivalensi mengenai kehamilannya. Ambivalensi merupakan respon normal yang dialami wanita dalam mempersiapkan dirinya untuk menerima perannya yang baru. Pada ibu hamil yang bahagia pun kondisi ini dapat terjadi, ibu akan bermusuhan terhadap kehamilan atau janinnya. Kondisi ini dapat dipicu oleh sejumlah hal, misalnya pengalaman yang buruk pada kehamilan sebelumnya, harus melepaskan karir atau pekerjaannya, kekhawatiran tentang finansial, suami memuji wanita yang tidak hamil, sensasi tubuh, perasaan bergantung, kecemasan tentang kemampuannya menjadi ibu, dan kenyataan harus bertanggung jawab dalam merawat anaknya. Ambivalen biasanya akan menghilang seiring ibu dapat menerima kehamilannya, namun ambivalen berat yang menetap sampai trimester ketiga merupakan tanda bahwa konflik peran sebagai ibu belum dapat diatasi (Astuti, 2017).

Pada trimester pertama 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. Kemampuan adaptasi ibu hamil dapat dipengaruhi oleh respon emosionalnya terhadap kehamilan terutama

munculnya perasaan cemas. Begitu pula respon tersebut dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang terkadang tidak dapat dihindari (Astuti, 2017).

2. Trimester II

Secara umum pada trimester kedua ini ibu akan merasa lebih baik dan sehat karena terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan, misalnya mual dan letih. Bagaimanapun juga ketidaknyamanan lain akibat perubahan fisiologis akibat berkembangnya kehamilan tetap dapat dirasakan. 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 (Astuti, 2017).

Sebelum gerakan janin dirasakan pada tahap ini akan terjadi proses perubahan identitas pada ibu hamil yaitu dari penerima kasih sayang menjadi pemberi kasih sayang karena ia harus menyiapkan dirinya berperan menjadi seorang ibu selama proses berlangsung, umumnya ia akan mengevaluasi kembali hubungan interpersonal dengan ibunya yang telah terjadi selama ini, sehingga saat kondisi itu wanita tersebut akan belajar bagaimana ia akan mengembangkan perannya menjadi seorang ibu yang harus menyayangi, serta bagaimana hubungannya dengan anak yang akan dilahirkannya. Hubungan antara ibu hamil dengan ibunya sangat berarti bagi proses adaptasi psikologis yang terjadi. Jika ibunya mendukung, maka wanita hamil tersebut akan memiliki kesempatan untuk berdiskusi tentang kehamilannya. Setelah gerakan kehamilan dirasakan umumnya pada bulan kelima ibu hamil akan mulai merasakan gerakan janin. Gerakan ini akan menimbulkan kesadaran bahwa terdapat anak yang semakin nyata didalam kandungannya sebagai individu yang terpisah. Ibu hamil akan merasakan bahwa anak yang sedang dalam kandungannya perlu dirawat. Ibu akan lebih memusatkan perhatiannya pada kehamilannya, apalagi jika ia pernah mendengarkan denyut jantung janin yang pernah didengarnya saat melakukan kunjungan antenatal. Jika ibu lebih memusatkan perhatiannya pada kehamilannya, maka terkadang akan membuat suami merasa diacukan. Bahkan, bagi ibu multigravida akan

membuat anak yang lainnya menarik perhatian agar ibunya kembali memperhatikan mereka.

Bagi sebagian ibu akan merasa sedih, terutama bagi ibu yang baru hamil untuk pertama kalinya dan yang memiliki karir karena harus meninggalkan peran lamanya, sehingga bidan harus membantu untuk memberikan pengertian bahwa ia tidak harus membuang segala peran yang diterimanya sebelum kehamilannya (Astuti, 2017).

Pada trimester kedua fokus ibu hamil lebih besar pada kesejahteraan janin dibandingkan dengan memikirkan jenis kelamin bayi yang sedang dikandungnya. Namun demikian, pada sejumlah wanita yang berasal dari suku yang menganut sistem patrilineal / matrilineal mungkin akan menjadi perhatian.

Pada trimester ini, ibu hamil akan merasa lebih sehat, tenang, dan senang dengan kehamilannya. Ibu hamil dan suaminya harus berkomunikasi secara terbuka, sedini, dan sesering mungkin untuk menghindari timbulnya perasaan depresi. Seperti halnya pada trimester pertama, ekspresi seksual selama masa kehamilan trimester ini akan berbeda tergantung faktor yang mempengaruhi (Astuti, 2017).

3. Trimester III

Pada kehamilan trimester ketiga, ibu akan lebih nyata mempersiapkan diri untuk menyambut kelahiran anaknya. Selama menjalani kehamilan trimester ini, ibu dan suaminya seringkali berkomunikasi dengan janin yang berada dalam kandungannya dengan cara mengelus perut dan berbicara didepannya, walaupun yang dapat merasakan gerakan janin didalam perut hanyalah ibu hamil itu sendiri (Astuti, 2017).

Kekhawatiran / kecemasan dan waspada. Rasa cemas dapat timbul jika ibu dapat memikirkan dan khawatir bayinya akan lahir sebelum waktunya, sehingga akan lebih memperhatikan serta waspada terhadap munculnya tanda persalinan. Ibu hamil akan menjadi protektif dengan menghindari apa saja yang dianggap dapat membahayakan karena khawatir bayi yang akan dilahirkannya tidak normal atau mengalami kecacatan (Astuti, 2017).

Kecemasan juga dapat timbul akibat kekhawatiran akan proses persalinannya, takut terhadap rasa sakit, dan takut terjadi komplikasi persalinan pada dirinya maupun bayinya. Mimpi tentang bayi, anak-anak, kelahiran, dan kehilangan bayi seringkali dialami oleh ibu. Rasa ketidaknyamanan, misalnya kesulitan bernapas, gerakan janin yang semakin kuat, nyeri pinggang, dan seringkali berkemih dapat mengganggu tidur ibu. Bentuk tubuh yang semakin membesar membuat jumlah ibu merasa dirinya buruk dan aneh. Pada trimester ketiga ini, libido cenderung menurun kembali yang disebabkan munculnya kembali ketidaknyamanan fisiologis, serta bentuk dan ukuran tubuh yang semakin membesar (Astuti, 2017).

Persiapan menunggu kelahiran, sebagian besar ibu akan aktif mempersiapkan diri untuk menghadapi proses persalinannya dan terkadang tidak sabar menunggu kelahiran anaknya. Umumnya, ibu hamil pada saat ini akan membaca atau mencari informasi tentang persalinan. Ibu dan suaminya juga aktif mencari dan memilih nama untuk bayi mereka, serta mempersiapkan segala kebutuhan bayinya. Selain itu, perbincangan mengenai dugaan tentang jenis kelamin dan bayi akan mirip siapa seringkali dibicarakan dengan anggota keluarga lainnya. Menjelang akhir trimester ketiga, umumnya ibu hamil tidak sabar untuk menjalani persalinan dengan persalinan yang bercampur antara suka cita dan rasa takut. Kesiapan untuk menghadapi persalinan biasanya muncul sebagai akibat dari keinginannya yang kuat untuk melihat hasil akhir dan kehamilannya (Astuti, 2017).

2.2.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Prawirohardjo (2016), kebutuhan dasar ibu hamil terbagi menjadi nutrisi yang adekuat, perawatan payudara, perawatan gigi, kebersihan tubuh dan pakaian, olahraga, istirahat, aktivitas.

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. 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,
 - e. 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 (Prawirohardjo, 2016).
2. Perawatan payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik. 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 (Prawirohardjo, 2016).

Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitif, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai brassiere (Saifuddin, 2016).
 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. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis (Prawirohardjo, 2016).
 4. Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomik pada perut, area genitalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi. Gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman dan hindarkan sepatu hak tinggi dan alas kaki yang keras serta korset penahan perut (Prawirohardjo, 2016).

5. Olahraga

Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari (Prawirohardjo, 2016).

6. Istirahat

Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari, dan 2 jam di siang hari (Prawirohardjo, 2016).

7. Aktivitas

Tidak melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan menghindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kesalahan yang berlebihan (Prawirohardjo, 2016).

2.2.7 Keluhan Ringan Dan Penanganan Dalam Kehamilan

Menurut Manuaba (2014) keluhan ringan pada saat kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Emesis Gravidarum

Emesis gravidarum merupakan keluhan umum yang disampaikan pada kehamilan muda. Terjadinya kehamilan menimbulkan perubahan hormonal pada wanita karena terdapat peningkatan hormone estrogen, progesterone, dan dikeluarkannya human chorionic gonadotropine plasenta. Hormon-hormon inilah yang diduga menyebabkan emesis gravidarum.

Gejala klinis emesis gravidarum adalah kepala pusing, terutama pagi hari, disertai mual muntah sampai kehamilan berumur 4 bulan. Emesis gravidarum dapat dilakukan dengan berobat jalan (poliklinik). Penanganan yang dapat dilakukan :

- a. Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang hamil muda yang selalu dapat disertai emesis gravidarum. Emesis gravidarum akan berangsur - angsur berkurang sampai umur kehamilan 4 bulan.
 - b. Dinasihatkan agar tidak terlalu cepat bangun dari tempat tidur, sehingga tercapai adaptasi aliran darah menuju susunan saraf pusat.
 - c. Nasihat diet, dianjurkan makan dengan porsi kecil, tetapi lebih sering. Makanan yang merangsang timbulnya mual muntah dihindari.
 - d. Obat-obatan, pengobatan ringan tanpa masuk rumah sakit pada emesis gravidarum :
 - 1) Vitamin yang diperlukan (vitamin B kompleks, mediamer B6 sebagai vitamin dan anti muntah)
 - 2) Pengobatan (sedatif ringan [luminal 3 x 30 mg (barbiturat), valium], antimual-muntah [stimetil, primperan, emetrol, dan lainnya])
 - 3) Nasihat pengobatan (banyak minum air atau minuman lain, hindari minuman atau makanan yang asam untuk mengurangi iritasi lambung)
 - 4) Nasihat kontrol antenatal (pemeriksaan hamil lebih sering, segera datang bila terjadi keadaan abnormal).
2. Kelelahan
- Cara mengatasi:
- a. Meyakinkan pada ibu hamil bahwa kelelahan ini merupakan suatu hal yang normal dan akan hilang secara spontan pada umur kehamilan masuk trimester kedua.
 - b. Sering beristirahat saat siang hari jika waktu memungkinkan
 - c. Latihan ringan dan nutrisi yang baik dan mencukupi kebutuhan ibu hamil
3. Nyeri punggung bagian atas
- Nyeri punggung ini terjadi karena meningkatnya ukuran payudara yang membuat payudara semakin berat sehingga terjadi penarikan otot punggung, apabila tidak disertai penyokongan secara adekuat.
- Cara mengatasi:
- a. Menggunakan body mekanik yang baik untuk mengangkat, yaitu:
 - 1) Berjongkok dan bukan membungkuk untuk mengangkat benda supaya

kaki (paha) dan bukan punggung yang akan menahan beban dan tegangan

2) Lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain pada waktu membungkuk agar terdapat dasar yang luas untuk keseimbangan pada waktu bangkit dari posisi jongkok

b. Berlatih dengan mengangkat panggul, hindari ketidaknyamanan karena pekerjaan, sepatu dengan hak tinggi, mengangkat beban berat, dan kelelahan

c. Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung

d. Menggunakan bra yang berukuran sesuai dengan ukuran payudara. Bra yang baik digunakan memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Bahan bra menyokong dengan baik, berpori, lembut dan mudah dicuci
- 2) Bra memiliki bentuk yang mencegah penekanan dan iritasi pada payudara dan puting sekaligus memberikan sokongan yang pas
- 3) Tali bahu yang mudah disesuaikan dan lebar
- 4) Tali belakang yang lebar dengan sejumlah kait pengencang yang mudah disesuaikan
- 5) Penyokong mulai dari bawah hingga keatas dan dari samping kearah dalam

4. Pica (mengidam)

Penyebab terjadinya:

- a. Berkaitan dengan persepsi individu wanita mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah
- b. Indra pengecap menjadi tumpul sehingga mencari makanan yang lebih merangsang
- c. Tidak seharusnya menimbulkan kekhawatiran, asal cukup bergizi dan makanan yang diidamkan bukan makanan yang tidak baik

5. Kram kaki

Keluhan kram kaki terutama betis sering disampaikan oleh ibu hamil muda. Kejadian kram betis berkaitan dengan mual, muntah, kurangnya makan, sehingga terdapat perubahan keseimbangan elektrolit dengan kalium,

kalsium, dan natrium yang menyebabkan terjadi perubahan berkelanjutan dalam darah dan cairan tubuh.

Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam-basa, cairan tubuh, dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki. Keluhan ini berangsur-angsur akan menghilang, atau berkurang dengan makin tuanya umur kehamilan dan masukan makanan yang bertambah. Pengobatan keluhan kram betis kaki :

- a. Tanpa perlu pengobatan akan hilang sendiri dengan makin tuanya kehamilan
 - b. Pemberian vitamin rutin pada kehamilan : obimin AF, vicanatal, prenavit, obron 6, ultravita, grevital dan dapat ditambah dengan vitamin dan mineral khusus seperti Santa E, Natur E, dan Elkana
 - c. Lokal dapat diurut dengan obat luar yang banyak dijual bebas
 - d. Nasihat tentang :
 - 1) Jangan cepat bangun dari tempat tidur
 - 2) Berikan kesempatan kaki untuk beradaptasi
 - 3) Makanan dapat ditambah dengan buah-buahan
6. Nocturia (sering berkemih)

Penyebab:

- a. Pada trimester I, terjadi karena adanya peningkatan berat rahim sehingga membuat istmus menjadi lunak (tanda hegar), hal ini menyebabkan posisi rahim menjadi antefleksi sehingga menekan kandung kemih secara langsung.
- b. Trimester III, sering dialami pada primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Cara mengatasi:

- a. Menjelaskan mengenai penyebab terjadinya nocturia
- b. Segera mengosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih
- c. Perbanyak minum pada siang hari
- d. Jangan mengurangi porsi air minum di malam hari, kecuali apabila

mengganggu tidur sehingga menyebabkan keletihan dan mengurangi waktu istirahat

- e. Bila tidur, posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis

7. Nyeri ulu hati

Penyebab:

- a. Karena adanya refleks atau regurgitasi (aliran balik esophagus yang menyebabkan timbulnya rasa panas seperti terbakar di area tersebut dengan retrosternal yang timbul dari aliran balik asam gastrik kedalam esophagus bagian bawah)
- b. Produksi hormon progesteron yang meningkat
- c. Relaksasi spingter esophagus bagian bawah bersamaan dengan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang spingter
- d. Kemampuan gerak serta tonus gastrointestinal yang menurun dan relaksasi spingter cardia yang meningkat
- e. Pergeseran lambung karena pembesaran uterus

Cara mengatasi:

- a. Makan sedikit tapi sering
- b. Hindari makanan yang berlemak
- c. Hindari minum bersamaan dengan makan
- d. Hindari makanan dingin
- e. Hindari makanan yang pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan pencernaan
- f. Hindari rokok, kopi, coklat dan alkohol
- g. Upayakan minum susu murni daripada susu manis
- h. Minum susu skim atau konsumsi es krim rendah lemak
- i. Hindari makanan berat atau makanan lengkap sesaat sebelum tidur
- j. Hindari berbaring setelah makan

8. Diare

Penyebab:

- a. Terjadi akibat dari peningkatan hormon
- b. Efek samping dari infeksi virus

Cara mengatasi:

- a. Berikan cairan pengganti rehidrasi per oral
- b. Hindari makan berserat tinggi seperti sereal kasar, sayur-sayuran, buah-buahan, laktosa yang mengandung makanan
- c. Makan sedikit tapi sering untuk memastikan kecukupan gizi

9. Varises

Varises merupakan pembesaran dan pelebaran pembuluh darah vena, yang sering dijumpai saat kehamilan di sekitar vulva, vagina, paha, dan terutama tungkai bawah.

Bentuk varises dapat berupa pembuluh darah besar sampai tampak dengan jelas dan pelebaran di tingkat kapiler. Keluhan varises dalam bentuk tanpa gejala apapun, terasa sakit, karena terbentuk thrombosis disertai infeksi, terjadi perdarahan, terasa panas sekitar vulva atau pembengkakan. Bahaya varises adalah varises dapat pecah atau mudah pecah karena trauma, dapat menimbulkan tromsosis, dan pecah pada saat bersalin dan menimbulkan perdarahan.

Pengobatan spesifik varises pada saat hamil tidak diketahui. Pengobatan yang bersifat konservatif dapat dilakukan dengan jalan :

- a. Meninggikan kaki saat tidur
- b. Memakai stocking yang agak ketat
- c. Dapat dikurangi dengan obat : salep khusus (thrombopobe) dan obat minum (kapsul venoruton)
- d. Tindakan oprasi setelah bersalin.

2.2.8 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 mola hidatidosa. 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 (keluaran kurang dari 500 ml/jam).
- f. Tekanan darah sistolik 20 - 30 mmHg dan diastolik 10 - 20 mmHg di atas normal.
- g. Proteinuria (didas positif 3)

h. Edema menyeluruh.

3. Nyeri Hebat di Daerah Abdomino pelvikum

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:

- a. Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- b. Disuria.
- c. Menggigil atau demam.
- d. Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- e. Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2015), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.
- b. Sakit kepala yang hebat.
- c. Penglihatan kabur.
- d. Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- e. Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- f. Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- g. Nyeri perut yang hebat
- h. Demam tinggi.
- i. Muntah terus dan tidak mau makan.

2.2.9 Standar Pelayanan Kehamilan (14 T)

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 Preeklampsi.
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 2.1 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

| Usia Kehamilan | Tinggi Fundus Uteri (TFU) |
|----------------|--|
| 12 minggu | 3 jari diatas simfisis |
| 16 minggu | Pertengahan pusat – simfisis |
| 20 minggu | 3 jari di bawah pusat |
| 24 minggu | Setinggi pusat |
| 28 minggu | 3 jari diatas pusat |
| 32 minggu | Pertengahan pusat – prosesus xiphoideus (Px) |
| 36 minggu | 3 jari di bawah prosesus xiphoideus (Px) |
| 40 minggu | Pertengahan pusat – prosesus xipoideus (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 2.2 Jadwal Imunisasi TT

| Antigen | Interval | Lama Perlindungan |
|---------|----------------------------------|----------------------------|
| TT 1 | Pada kunjungan antenatal pertama | - |
| TT 2 | 4 minggu setelah TT 1 | 3 tahun |
| TT 3 | 6 bulan setelah TT 2 | 5 tahun |
| TT 4 | 1 tahun setelah TT 3 | 10 tahun |
| TT 5 | 1 tahun setelah TT 4 | 25 tahun atau 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% ibu hamil 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). Perawatan payudara atau perawatan payudara untuk bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 36 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)

2.2.10 P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

Merupakan kegiatan yang difasilitasi oleh bidan untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi persalinan. P4K dengan stiker menjadi salah satu kegiatan Desa Siaga (Kemenkes RI, 2014).

1. Tujuan P4K

Menurut Kemenkes RI (2014), tujuan P4K adalah:

a. Tujuan Umum

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

b. Tujuan Khusus

- 1) Terdatanya sasaran ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di rumah ibu hamil agar diketahui: lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, dan taksiran persalinan.
- 2) Penolong persalinan harus dipastikan oleh siapa, pendamping persalinan harus dipastikan oleh siapa, dan fasilitas tempat persalinan di mana dan apakah memenuhi standar pelayanan pertolongan persalinan yang aman.
- 3) Calon donor darah harus disiapkan minimal 5 orang, transportasi yang akan digunakan harus sudah dipastikan kondisi baik serta pembiayaannya dari tabulin atau partisipasi masyarakat (contohnya jimpitan/arisan).
- 4) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca melahirkan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga, dan bidan.

- 5) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat jika terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.
- 6) Adanya hubungan dari tokoh masyarakat, kader dan dukun.

2. Stiker P4K

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

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Gambar 2.1 Stiker P4K

Sumber : Buku KIA Jatim, 2015

2.2.11 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

1. Konsep Pelayanan

Pelayanan kesehatan 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 :

- a. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasidan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas
- b. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
- c. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
- d. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- e. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- f. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit / komplikasi.

2. Sasaran Pelayanan

Menurut Permenkes (2014) semua ibu hamil dan suami/keluarga diharapkan ikut serta minimal 1x pertemuan. Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut:

- a. 1x pada trimester I, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu
- b. 1x pada trimester II, yaitu selama umur kehamilan 14–28 minggu
- c. 2x pada trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28–36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu.

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).

3. Jenis Pelayanan

Menurut Data Kemenkes (2014), 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

4. Deteksi Dini Kehamilan

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

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi, yang meliputi usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil. Serta perencanaan persalinan di sajikan pada gambar berikut:

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Umur ibu : Th.
 Hamil ke Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bl
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

| KEL F.R. | NO. | Masalah / Faktor Risiko | SKOR | Tribulan | | | |
|-------------|-----|---|--------------------------------|----------|----|-----|--|
| | | | | I | II | III | |
| | | Skor Awal Ibu Hamil | 2 | | | | |
| I | 1 | Terlalu muda, hamil I < 16 th | 4 | | | | |
| | 2 | a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th | 4 | | | | |
| | | b. Terlalu tua, hamil I > 35 th | 4 | | | | |
| | 3 | Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th) | 4 | | | | |
| | 4 | Terlalu lama hamil lagi (> 10 th) | 4 | | | | |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4 / lebih | 4 | | | | |
| | 6 | Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun | 4 | | | | |
| | 7 | Terlalu pendek < 145 Cm | 4 | | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | |
| | 9 | Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/Transfusi | 4 4 4 | | | | |
| | 10 | Pernah Oporasi Sesar | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual | 4 4 4 4 | | | | |
| | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih | 4 | | | | |
| | 14 | Hamil kembar air (Hydramnion) | 4 | | | | |
| | 15 | Bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | |
| | 16 | Kehamilan lebih bulan | 4 | | | | |
| | 17 | Letak Sungsang | 8 | | | | |
| | 18 | Letak Lintang | 8 | | | | |
| | III | 19 | Pendarahan dalam kehamilan ini | 8 | | | |
| | | 20 | Preeklampsia Berat / Kejang-2 | 8 | | | |
| JUMLAH SKOR | | | | | | | |

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

| JML SKOR | KEL RISIKO | KEHAMILAN | | PERSALINAN DENGAN RISIKO | | |
|-------------|---------------|-----------------|------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|
| | | PERA WATAN | RUJUKAN | TEMPAT | PENG LONG | RUJUKAN |
| | | | | | | RDB RDR RTW |
| 2 | KBR | BIDAN | TIDAK DIRUJUK | RUMAH POLINDES | BIDAN | |
| 6-10 | KRT | BIDAN DOKTER | BIDAN PKM | POLINDES PKMRS | BIDAN DOKTER | |
| > 12 | KRST | DOKTER | RUMAH SAKIT | RUMAH SAKIT | DOKTER | |

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. PolinDES 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTI)

Gawat Obstetrik : **Gawat Darurat Obstetrik :**
Kel. Faktor Risiko I & II • **Kel. Faktor Risiko III**
 1. 1. Perdarahan antepartum
 2. 2. Eklampsia
 3. • **Komplikasi Obstetrik**
 4. 3. Perdarahan postpartum
 5. 4. Uri Tertinggal
 6. 5. Persalinan Lama
 7. 6. Panas Tinggi

TEMPAT : **PENOLONG :** **MACAM PERSALINAN :**
 1. Rumah Ibu 1. Dukun 1. Normal
 2. Rumah bidan 2. Bidan 2. Tindakan pervaginam
 3. PolinDES 3. Dokter 3. Operasi Sesar
 4. Puskesmas 4. Lain-2
 5. Rumah Sakit
 6. Perjalanan

PASCA PERSALINAN :
IBU : **TEMPAT KEMATIAN IBU :**
 1. Hidup 1. Rumah ibu
 2. Mati, dengan penyebab : 2. Rumah bidan
 a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia 3. PolinDES
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 4. Puskesmas
BAYI : 5. Rumah Sakit
 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan 6. Perjalanan
 2. Lahir hidup : Apgar Skor : 7. Lain-2
 3. Lahir mati, penyebab :
 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab :
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya / Sterilisasi
 2. Belum Tahu

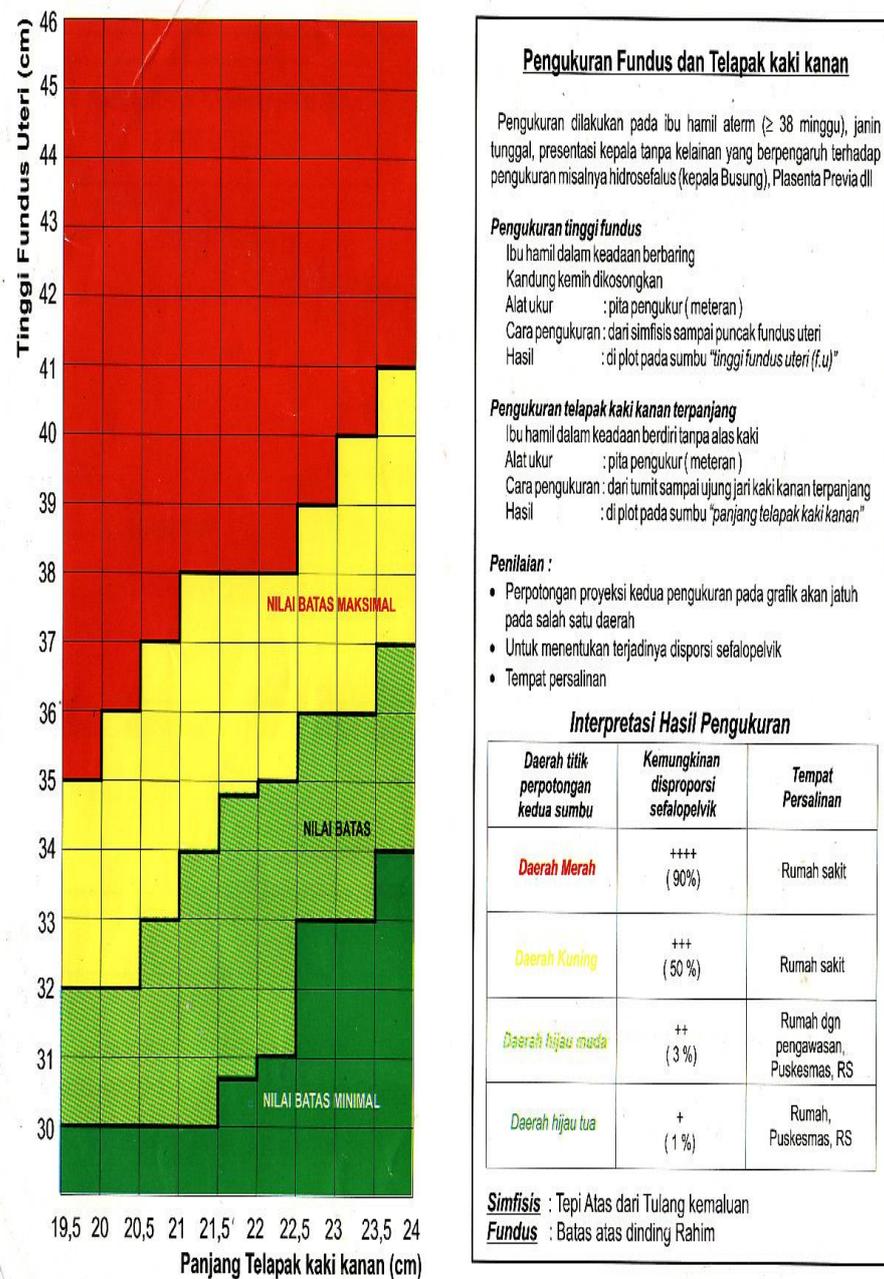
Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Gambar 2.2 KSPR
 Sumber: Buku KIA Jatim, 2015

b. Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

Pengukuran di lakukan pada ibu hamil aterm (≥ 38 minggu), janin tunggal, presentasi kepala tanpa kelainan yang berpengaruh terhadap pengukuran misalnya hidrosefalus (kepala busung), plasenta previa dll.

Pengukuran dengan teori soedarto ini di lakukan untuk mendeteksi adanya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*)

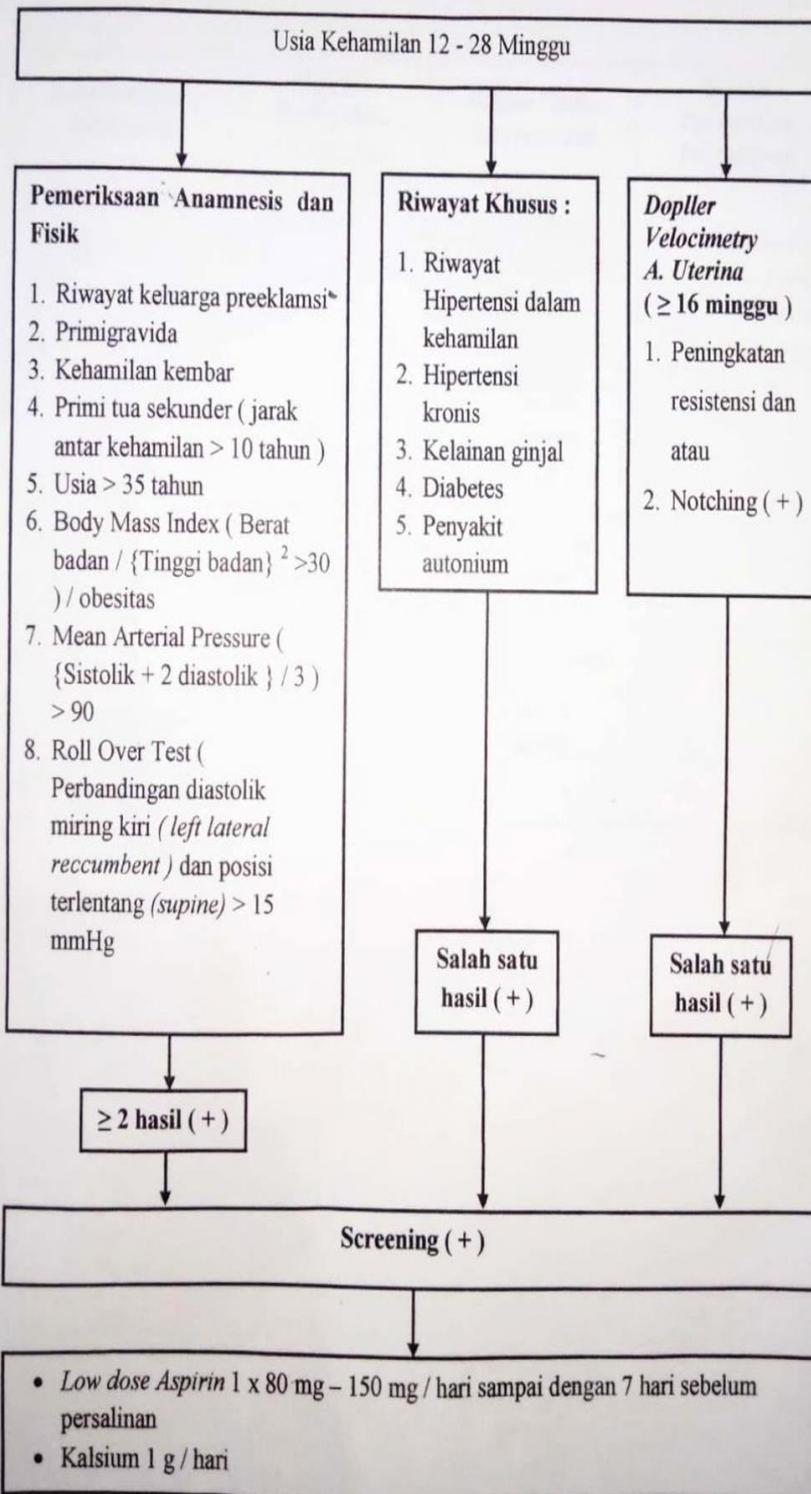


Gambar 2.3 Buku KIA
 Sumber: Buku KIA Jatim, 2015

c. Skrining Pre Eklamsia (PEDANG)

Skrining Pre Eklamsia di lakukan pada kehamilan mulai 12-28 minggu dengan cara ROT, MAP dan IMT. Skrining Pre Eklamsia ini dilakukan untuk mendeteksi adanya kejang pada ibu yang dapat membahayakan kondisi ibu dan janinnya.

TATA CARA SKRINING PREEKLAMSI



SKRINING RESIKO ANTEPARTUM DAN INTRAPARTUM TERJADINYA PERDARAHAN PASCA PERSALINAN

| Faktor Resiko Antenatal | | Resiko Perdarahan Postpartum | Faktor Risiko Intrapartum | | Resiko Perdarahan Postpartum |
|-------------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| 1. | Usia ≥ 35 th | 1,5 x (Pervaginam) 1,9 x (SC) | 1. | Induksi Persalinan | 1,5 x |
| 2. | BMI ≥ 30 | 1,5 x | 2. | Partus Lama | |
| 3. | Grandemulti | 1,6 x | | - Kala I | 1,6 x |
| 4. | Postdate | 1,37 x | | - Kala II | 1,6 x |
| 5. | Makrosomia | 2,01 x | | - Kala III | 2,61 x |
| 6. | Gemeli | 4,46 x | 3. | Epidural Analgesia | 1,3 x |
| 7. | Myoma | 1,9 x (Pervaginam) 3,6 x (SC) | 4. | Vakum / Forcep | 1,66 x |
| 8. | APB | 12,6 x | 5. | Episiotomi | 2,18 x |
| 9. | R / HPP | 2,2 x | 6. | Laserasi Perineum | 1,7 x |
| 10. | R / SC | 3,1 x | 7. | Korioamnitis | 1,3 x (Pervaginam) 2,69 x (SC) |
| 11. | Preeklamsia | 5x | 8. | Anastesi General | 2,9 x |
| 12. | Plasenta Akreta | 3,3 x | | | |

Gambar 2.4 Tata Cara Skrining Pre Eklamsia
Sumber: : Puskesmas Balongpanggang, 2018

**TEST SECARA DINI
UNTUK MENDIAGNOSA PRE EKLAMPSIA**

**DENGAN CARA : ROT , MAP , IMT
PADA USIA KEHAMILAN MULAI 12 - 28 mg**





1. ROT : ROL OVER TEST
Caraanya :

- Ibu Hamil tidur miring santai Tensi di ukur
- Ibu Hamil tidur telentang 5 mnt tensi di ukur kembali
- Bila tekanan Diastole waktu miring dikurangi. Diastole waktu telentang > 15 mmHg, maka ROT dinyatakan POSITIF (+)

2. MAP : MEAN ARTERIAL PREASURE
Caraanya :

- Ibu Hamil di ukur tensi
- Bila 2 tekanan Diastole +1 tekanan Sistole dibagi 3 nilainya > 90 mm Hg. Maka MAP dinyatakan POSITIF (+)

3. IMT / BMI : INDEK MASA TUBUH / BODY MASA INDEK
Cara / Rumusnya :

$$\frac{BB \text{ Kg}}{TB^2 \text{ M}} > 30 \text{ Maka dinyatakan } (+)$$

Bila ROT(+), MAP(+), IMT(+), maka terdiagnosa PRE EKLAMPSIA

Pencegahan

Diberi ASPILET : 1 x 80 mg
Calcium : 1 x 500 mg

Selama masa hamil sampai 2 minggu sebelum bersalin, waktu mau persalinan harus di test darah untuk mengetahui waktu pembekuan darahnya.

Gambar 2.5 Skrining Pre Eklamsia
Sumber: Puskesmas Balongpanggang, 2018

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 (Prawirohardjo, 2016).

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).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2015).

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 Affandi (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.

Seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan yang diberikan dicatat secara rinci di lembar penapisan, lembar observasi dan partograf.

1. Penapisan

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.

Tabel 2.3 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala I

| Temuan anamnesis atau pemeriksaan | Rencana untuk asuhan atau perawatan |
|--|---|
| Riwayat Bedah sesar | 1. Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan Semangat |
| Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show) | Jangan lakukan periksa dalam 1. Baringkan Ibu ke sisi kiri |

| Temuan anamnesis atau pemeriksaan | Rencana untuk asuhan atau perawatan |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat/garam fisiologis (NS). 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. |
| Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memilikipenatalaksanaan gawat darurat obstetri dan neonatal. 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukngan dan semangat |
| Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan Ibu miring kiri 2. Dengarkan Denyut jantung janin (DJJ) 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar 4. 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. |
| Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengarkan DJJ, Jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai |
| Ketubah pecah (lebih dari 24 jam) atau Ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi < 37 minggu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat. |
| Tanda-tanda atau gejala infeksi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatur > 38⁰ C 2. Menggigil 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan Ketuban berbau | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke RS rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat |
| Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin (pre eklamsia berat) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ atau 40% IV (5-8 menit) 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat |

| Temuan anamnesis atau pemeriksaan | Rencana untuk asuhan atau perawatan |
|--|---|
| Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomia, polihidramniosis, kehamilan ganda) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat <p><i>Alasan: polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir.</i></p> |
| Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (Gawat janin) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur. 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam. 3. Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur. 4. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam. 5. Segera rujuk ibu ke RS Rujukan 6. Dampingi ke tempat rujukan. |
| Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat. |
| Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat. |
| Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat. |
| Tali pusat menumbung (Jika tali pusat masih berdenyut) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi, masukkan jari telunjuk dan tengah ke vagina, dorong kepala menjauhi tali pusat yang menumbung atau ibu diposisikan sujud/menungging dan dada menempel di kasur (minta keluarga membantu). 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat. |

| Temuan anamnesis atau pemeriksaan | Rencana untuk asuhan atau perawatan |
|--|--|
| <p>Tanda dan gejala syok :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi cepat, lemah (> 100 x/menit) 2. Tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg) 3. Pucat 4. Berkeringat atau kulit lembab, dingin 5. Nafas cepat (lebih dari 30 kali per menit) 6. Delirium atau tidak sadar 7. Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml per jam) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala. 3. 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. 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat |
| <p>Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam 2. Kontraksi > 2 dalam 10 menit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat |
| <p>Tanda dan gejala belum inpartu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik 2. Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam | <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan 2. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas 3. Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang dan dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar: <ol style="list-style-type: none"> a. Cukup makan dan minum b. Kembali jika frekuensi dan lam kontraksi meningkat. |
| <p>Tanda dan gejala inpartu lama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf) 2. Pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam. 3. Frekuensi, kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit. Dan lamanya kurang dari 40 detik. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat. |

Sumber: Affandi, 2017

Tabel 2.4 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala II

| Temuan dari penilaian dan pemeriksaan | Rencana asuhan atau perawatan |
|--|--|
| Tanda dan gejala syok: 1. Nadi cepat, isi kurang (100x/menit atau lebih) 2. Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg) 3. Pucat pasi 4. Berkeringat atau dingin, kulit lembab 5. Nafas cepat (>30x/menit) 6. Cemas, binggung atau tidak sadar 7. Produksi urin sedikit (<30 cc/jam) | 1. Baringkan miring ke kiri 2. Naikkan kedua kaki untuk meningkat aliran darah jantung 3. Pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS infuskan satu L dalam 15-20 menit: jika mungkin infuskan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian 125/jam 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan |
| Tanda atau gejala dehidrasi: 1. Nadi cepat (100x/menit atau lebih) 2. Urin pekat 3. Produksi urin(>30cc/jam) | 1. Anjurkan untuk minum 2. Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di partograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu 1 jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 4. Dampingi ibu ketempat rujukan |
| Tanda atau gejala infeksi: 1. Nadi cepat (110x/menit atau lebih) 2. Suhu lebih >38°C 3. Menggigil 4. Air ketuban atau cairan vagina yang berbau | 1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampicilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan |
| Tanda atau gejala preeklamsi: 1. Tekanan darah diastolic 90-110 mmHg 2. Protein urinaria hingga 2+ | 1. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat diantara kontraksi atau meneran). 2. Miring ke kiri dan cukup istirahat. 3. Bila gejala bertambah berat maka tatalaksana sebagai preeklamsi berat. |
| Tanda atau gejala Pre-eklamsia berat atau eklamsia : 1. Tekanan darah sistolic 110 mmHg atau lebih Tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih dengan | 1. Baringkan miring ke kiri. 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 3. Berikan dosis awal 4 G MgSO ₄ 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit 4. Berikan dosis pemeliharaan MgSO ₄ 40%, 1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK. |

| Temuan dari penilaian dan pemeriksaan | Rencana asuhan atau perawatan |
|---|---|
| kejang 2. Nyeri kepala 3. Gangguan penglihatan 4. Kejang (eklampsia) | 5. Dampingi ibu ketempat rujukan. |
| Tanda-tanda inersia uteri: 1. Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik | 1. Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan. 2. Anjurkan untuk minum. 3. Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan >6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT) 4. Stimulasi puting susu. 5. Kosongkan kandung kemihnya. 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan. 7. Dampingi ibu ketempat rujukan. |
| Tanda gawat janin: 1. DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit, mulai waspada | 1. Baringkan miring ke kiri, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran |
| Tanda awal gawat janin : 1. DJJ kurang dari 100 atau lebih 180 x/menit | 1. Nilai ulang DJJ setelah 5 menit: a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. b. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obtetri dan bayi baru lahir c. Dampingi ibu ketempat rujukan |
| 2. Kepala bayi tidak turun | 1. Minta ibu meneran jongkok/berdiri. Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan): Prasad Mc Robert |
| Tanda-tanda distosia bahu: 1. Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar. 2. Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali kedalam vagina (kepala 'kura-kura') 3. Bahu bayi tidak dapat lahir | 1. Prolong Mc Robert (menungging) 2. Anterior dysimpact 3. Perasat Corkscrew dari Wood 4. Perasat Schwartz-Dixon |

| Temuan dari penilaian dan pemeriksaan | Rencana asuhan atau perawatan |
|---|--|
| <p>Tanda-tanda cairan ketuban bercampur meconium:</p> <p>1. Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung meconium)</p> | <p>1. Nilai DJJ:</p> <p>a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.</p> <p>b. Jika DJJ tidak normal, tangani sebagai gawat janin (lihat diatas).</p> <p>2. Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisab lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee DTT atau steril) atau bola karet (penghisap (baru dan bersih).</p> <p>3. Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penelitian.</p> |
| <p>Tanda-tanda tali pusat menubung:</p> <p>1. Tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam</p> | <p>1. Nilai DJJ, jika ada:</p> <p>a. Segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan.</p> <p>b. Didampingi ibu ketempat rujukan.</p> <p>c. Posisikan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur/brancrat atau isi kandung kemih dengan larutan NS 0,9/air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan tinggikan bokong sambil ibu miring kekiri agar kepala bayi agar tidak menekan tali pusat dan tangan lain diabdomen untuk menahan bayi pada posisinya (keluarga dapat membantu melakukannya).</p> <p>2. Jika DJJ tidak ada:</p> <p>a. Beritahukan ibu dan keluarganya.</p> <p>b. Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman.</p> |
| <p>Tanda-tanda lilitan tali pusat:</p> <p>1. Tali pusat melilit leher bayi</p> | <p>1. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi. Jika tali pusat melilit erat dileher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem didua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.</p> |
| <p>2. Kehamilan terdeteksi :</p> | <p>1. Nilai DJJ.</p> <p>2. Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama.</p> <p>3. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring kekiri.</p> <p>4. Segera rujuk ibu ke RS PONEK.</p> <p>5. Dampingi ibu ketempat rujukan.</p> |

Sumber: Affandi, 2017

Tabel 2.5 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala III dan IV

| Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan | Rencana Asuhan atau Perawatan |
|--|---|
| <p>Tanda atau gejala retensio plasenta:</p> | <p>1. Lakukan periksa dalam jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso kranial pada uterus.</p> |

| Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan | Rencana Asuhan atau Perawatan |
|---|--|
| a. Plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan | 2. Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS <ol style="list-style-type: none"> a. Segera rujuk ke RS PONEK b. Dampingi ibu ke tempat rujukan 3. Jika retensio plasenta diikuti dengan perdarahan hebat, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), guyur RL atau NS dan 20 unit oksitosin 30 tetes permenit 4. Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan 5. Bila syarat untuk plasenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK. 6. Dampingi ibu ke tempat rujukan 7. Tawarkan bantuan walaupun ibu ditangani oleh RS rujukan |
| Tanda atau gejala avulsi (putus) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tali pusat putus 2. Plasenta tidak lahir | 1. Nilai kontraksi melalui palpasi uterus 2. Minta ibu meneran jika ibu ada kontraksi 3. Lahirkan plasenta dengan PTT dan tekanan dorso kranial 4. Lakukan masase setelah plasenta lahir 5. Jika setelah 30 menit bayi lahir dan MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta |
| Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali 2. Selaput ketuban tidak lengkap 3. Perdarahan pasca persalinan 4. Uterus berkontraksi | 1. Lakukan periksa dalam, keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal. 2. Lakukan masase uterus : Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa danya separasi parsial atau robekan jalan lahir. |
| Tanda atau gejala atonia uteri : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan pasca persalinan 2. Uterus lembek dan tidak berkontraksi | 1. Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri |
| Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau servik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan pasca persalinan 2. Plasenta lengkap 3. Uterus berkontraksi | 1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir 2. Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2 lakukan penjahitan 3. Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS. b. Segera rujuk ibu ke RS PONEK c. Dampingi ibu ke tempat rujukan. |

| Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan | Rencana Asuhan atau Perawatan |
|--|--|
| Tanda atau gejala syok: 1. Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit) 2. Sistolik kurang dari 90 mmHg 3. Pucat 4. Keringat dingin, kulit lembab 5. Nafas cepat lebih dari 30x/menit 6. Delirium atau tidak sadar 20 cc/jam | 1. Baringkan miring kiri 2. Naikkan kedua tungkai (posisi syok) 3. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS infuskan 1 L dan 15 sampai 20 menit lanjutkan hingga 2 L kemudian 500 cc per jam 4. Jika terperatur tubuh tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 5. Segera rujuk ke RS PONEK 6. Dampingi ibu ketempat rujukan |
| Tanda atau gejala dehidrasi: 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur lebih dari 38°C 3. Urine pekat 4. Produksi urine sedikit (20 cc/jam) | 1. Anjurkan ibu untuk minum 2. Nilai kondisi setiap 15 menit (jam pertama) dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca persalinan 3. Jika dalam jam pertama kondisi tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL atau NS 500 cc/jam Jika temperatur ibu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan. |
| Tanda atau gejala infeksi: 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur tubuh lebih dari 38°C 3. Keringat dingin 4. Lochea berbau | 1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS 500 cc/jam 3. Berikan ampisilin atau amoxicilin 2 G/ oral 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan. |
| Tanda – gejala preeklamsia ringan : 1. Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg 2. Proteinuria | 1. Nilai TD setiap 15 menit (pada saat beristirahat diantara kontraksi dan meneran). 2. Jika diastolik > 110 mmHg, pasang infus, berikan RL/NS 100 cc/jam 3. Baringkan miring ke kiri 4. MgSO ₄ 4 G dilanjutkan 1 G per jam dan nefidipin 10 mg 5. Rujuk ke RS PONEK |
| Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia: 1. Sistolik > 160 mmHG 2. Diastolik 110 mmHG 3. Kejang | 1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus dan berikan RL/NS 100 cc/jam 3. 20 cc MgSO ₄ 20 % IV 8-10 menit dan lanjutkan dengan MgSO ₄ 1 g/jam melalui infus 4. Segera rujuk ke RS PONEK |
| Tanda dan gejala kandung kemih penuh : 1. Teraba bantalan air supra symphysis 2. Tinggi fundus diatas pusat | 1. Kosongkan kandung kemih 2. Masagge uterus hingga berkontraksi baik 3. Jika tidak dapat berkemih, kateterisasi dengan teknik aseptik 4. Kemudian dengan massage uterus hingga berkontraksi baik |

| Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan | Rencana Asuhan atau Perawatan |
|---------------------------------------|--|
| 3. Uterus terdorong kekanan | 5. Jika ibu mengalami perdarahan, periksa penyebabnya. |

Sumber: Affandi, 2017

PENAPISAN IBU BERSALIN

APABILA DIDAPATI SALAH SATU ATAU LEBIH PENYULIT SEPERTI BERIKUT

DI BAWAH INI PASIEN HARUS **DIRUJUK** :

| NO | PENYULIT | YA | TIDAK |
|----|---|----|-------|
| 1 | Riwayat bedah sesar | | ✓ |
| 2 | Perdarahan pervaginam | | ✓ |
| 3 | Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu) | | ✓ |
| 4 | Ketuban pecah dengan mekonium yang kental | | ✓ |
| 5 | Ketuban pecah lama (lebu 24 jam) | | ✓ |
| 6 | Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu usia kehamilan) | | ✓ |
| 7 | Ikterus | | ✓ |
| 8 | Anemia berat | | ✓ |
| 9 | Tanda/ gejala infeksi | | ✓ |
| 10 | Preeklamsi/ hipertensi dalam kehamilan | | ✓ |
| 11 | Tinggi fundus 40 cm atau lebih | | ✓ |
| 12 | Gawat janin | | ✓ |
| 13 | Primipara dalam fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5 | | ✓ |
| 14 | Presentasi bukan belakang kepala | | ✓ |
| 15 | Presentasi majemuk | | ✓ |
| 16 | Kehamilan gemelli | | ✓ |
| 17 | Tali pusat menumbung | | ✓ |
| 18 | Syok | | ✓ |

2.6 Penapisan

Sumber Affandi, 2017

2. Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Rekam medis No. :

N a m a :

U m u r : Th

BB, MKB : Kg

MASUK KAMAR BERSALIN Tgl : Jam :

A. ANAMNESE

1. His Mulai : Tgl Jam :

2. Keluar Darah : Tidak / Ya (Banyak/Sedikit)

3. Keluar Lendir : Tidak/Ya

4. Ketuban : Belum/Pecah jam(J / M / D / K)

5. Keluhan lain :

B. KEADAAN UMUM

1. Tensi : mm/Hg

2. Suhu / Nadi : C /X/menit

3. Oedema : /

4. Laborat : Hbgr%

- Protein urine : negatif / positif ()

5. Lain-lain :

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

1. Palpasi : TPUCm

- Letak : Kep/Su/Li

2. Djj : X/menit

3. His dalam "10" :X lamadetik

4. VT. Jam : hasil

5. Analisa / diagnosa :

6. Therapi :

7. Kamar bersalin : VK 1 / VK 2

8. Pemeriksa :

9. Kamar : VVIP / VIP / KLAS 1 / KLAS 2 / KLAS 3

Gambar 2.7 Halaman Depan Lembar Observasi

| Tanggal | Jam | Subyektif Keluhan | Obyektif | | | | | | Analisa | Penatalaksanaan | Tanda Tangan | |
|---------|-----|----------------------|----------|------|------|-----|-------------|---------|---------|-----------------|--------------|----|
| | | | Tensi | Suhu | Nadi | Djj | His dlm 10" | | | | | VT |
| | | | | | | | Berapa Kali | Lamanya | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Gambar 2.8 Halaman Belakang Lembar Observasi

3. Partograf

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

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam,
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama,
- c. 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 (Affandi, 2017).

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan:

- a. Mencatat kemajuan persalinan
- b. Mencatat kondisi ibu dan janin
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- e. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dengan tepat waktu (Affandi, 2017).

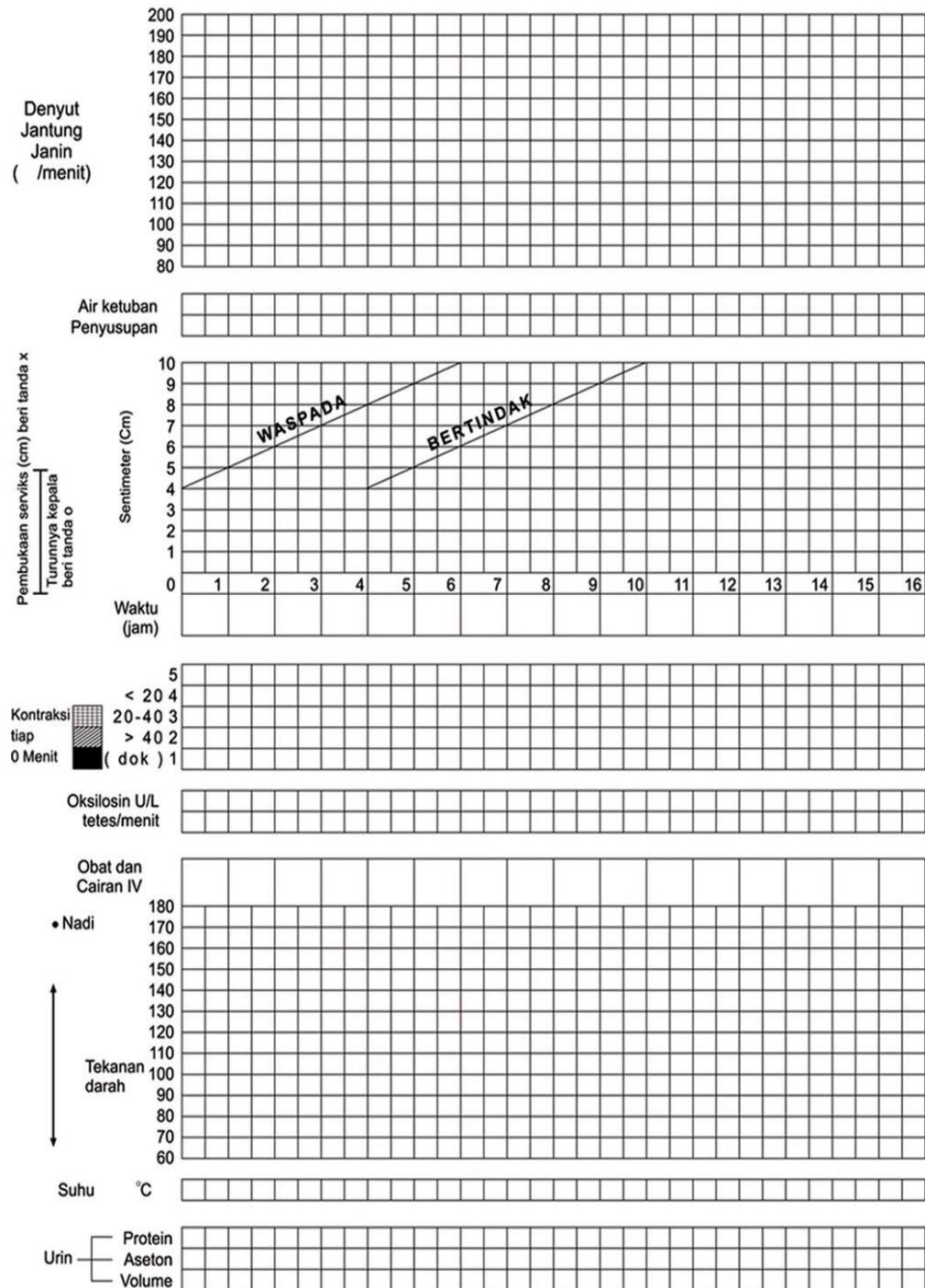
Partograf harus digunakan:

- a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan.
- b. Selama persalinan dan kelahiran bayi disemua tempat.
- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Affandi, 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 (Affandi, 2017).

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____



Gambar 2.9 Halaman Depan Partograf
 Sumber : Affandi, 2017

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
 2. Nama bidan :
 3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
 4. Alamat tempat persalinan :
 5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
 6. Alasan merujuk :
 7. Tempat rujukan :
 8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada
- KALA I**
9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
 10. Masalah lain, sebutkan :
 11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
 12. Hasilnya :
- KALA II**
13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
 Tidak
 14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
 15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
 16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
 17. Masalah lain, sebutkan :
 18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 19. Hasilnya :
- KALA III**
20. Lama kala III :menit
 21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
 22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
 Tidak
 23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan
24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
 25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
a.
b.
c.
 27. Laserasi :
 Ya, dimana
 Tidak.
 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
 29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
a.
b.
c.
 Tidak
 30. Jumlah perdarahan : ml
 31. Masalah lain, sebutkan
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 33. Hasilnya :
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badangram
 35. Panjang cm
 36. Jenis kelamin : L / P
 37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
 38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
 39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
 39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
 40. Masalah lain,sebutkan :
 - Hasilnya :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

| Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | | Tinggi Fundus Uteri | Kontraksi Uterus | Kandung Kemih | Perdarahan |
|--------|-------|---------------|------|--|---------------------|------------------|---------------|------------|
| 1 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

Gambar 2.10 Halaman Belakang Partograf
Sumber : Affandi, 2017

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

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

1. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Affandi, 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 (Affandi, 2017).

b. Fase Aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat atau 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 (Affandi, 2017).

2. Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) 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 lender 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 (Affandi, 2017).

3. Kala III

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 (Affandi, 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 (Affandi, 2017).

4. Kala IV

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 (Affandi, 2017).

2.3.5 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:

- a. Teori akomodasi : bentuk rahim memungkinkan bokong dan ekstremitas yang volumenya besar berada diatas, da kepala dibawah di rungan 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 2.6 Mekanisme Turunya Kepala Janin

| Tahap | Peristiwa |
|---|---|
| Kepala terfiksir pada atas panggul (engagement) | Sinklitismus |
| Turun (descent) | Asinklitismus posterior (litzman) |
| Fleksi | Asinklitismus anterior (naegele) |
| Fleksi maksila | Sinklitismus |
| Rotasi internal | Putar paksi dalam didasar panggul. Terjadi : |
| Ekstensi | moulage kepala janin, ekstensi, hipomoglion : uuk dibawah symphysis |
| Ekspulsi kepala | Berturut-turut lahir: uub, dahi, muka, Daggu |
| Rotasi eksterna | Putar paksi luar (restitusi) |
| Ekspulsi total | Cara melahirkan : bahu depan, bahu belakang, seluruh badan dan ektremitas. |

Sumber: Mochtar, 2015

2.3.6 Perubahan Fisik Dan 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 ber dinding jauh lebih tipis. Segmen bawah uterus analog dengan isthmus 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 (Prawirohardjo, 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 serviks, vagina dan dasar panggul (Prawirohardjo, 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 menenkankan 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 (Prawirohardjo, 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 nullipara. Namun, pada multipara, khususnya yang paritasnya tinggi, penurunan bisa berlangsung sangat cepat (Prawirohardjo, 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 (Prawirohardjo, 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 (Prawirohardjo, 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 (Prawirohardjo, 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 (Prawirohardjo, 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 mm. 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 (Prawirohardjo, 2016).

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

- a. Khawatir bayi lahir sebelum waktunya dan kondisinya tidak normal.
- b. Waspada munculnya tanda persalinan.
- c. Lebih protektif.
- d. Khawatir dan takut proses persalinan.
- e. Merasa dirinya buruk dan aneh.
- f. Penurunan libido.
- g. Khawatir kehilangan perhatian.

2.3.7 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Menurut Affandi (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 (Affandi, 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 (Affandi, 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 mengkonsumsi cairan saja. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan (Affandi, 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 (Affandi, 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 (Affandi, 2017).

2.3.8 Tanda Bahaya Persalinan

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus waspada terhadap timbulnya penyulit atau masalah. Ingatlah bahwa menunda

pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan resiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir (Affandi, 2017).

1. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I

Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I menurut Affandi (2017) adalah:

- a. Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah,
- b. Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan),
- c. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental,
- d. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin,
- e. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu),
- f. Infeksi (temperature $> 38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau),
- g. Tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urine (pre-eklampsia berat),
- h. Tinggi fundus 40 cm atau lebih,
- i. Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin),
- j. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5,
- k. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll),
- l. Presentasi ganda (majemuk),
- m. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut),
- n. 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),
- o. Fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit),
- p. 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).

2. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala II

Tanda bahaya dan komplikasi pada kala II menurut Affandi (2017) adalah:

- a. 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),
- b. Dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam),
- c. Infeksi (Nadi cepat 110x/menit atau lebih, temperatur suhu $> 38^{\circ}$ C, menggigil, cairan ketuban berbau),
- d. Pre-eklampsia ringan (Tekanan darah diastolik 90-110 mmhg, proteinuria hingga 2+),
- e. 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),
- f. Inersia uteri (kontraksi kurang dari 3x dalam waktu 10 menit lamanya kurang dari 40 detik),
- g. Gawat janin (djj kurang dari 120x/menit dan lebih dari 160x/menit),
- h. Distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putak paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina, bahu bayi tidak lahir),
- i. Cairan ketuban bercampur mekonium ditandai dengan warna ketuban hijau,
- j. Tali pusat menumbung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam),
- k. Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).

3. Menurut Affandi (2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV berikut ini :

- a. Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir),
- b. Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir),
- c. Bagian plasenta tertahan (bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang, bagian selaput ketuban hilang atau robek, perdarahan pasca persalinan, uterus berkontraksi),
- d. Atonia uteri (uterus lembek tidak berkontraksi dalam waktu 5 detik setelah massage uterus, perdarahan pasca persalinan),

- e. Robekan vagina, perineum atau serviks (perdarahan pasca persalinan, plasenta lengkap, uterus berkontraksi),
- f. 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),
- g. Dehidrasi (meningkatnya nadi lebih dari 100x/menit, temperature tubuh diatas 38°C, urine pekat, produksi urine sedikit 30ml/jam),
- h. Infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperatur suhu > 38°C, kedinginan, cairan vagina yang berbau busuk),
- i. Pre-eklampsia ringan (tekanan darah diastolik 90-110 mmhg, proteinuria),
- j. Pre-eklampsia berat atau eklampsia (tekanan darah diastolik 110 mmhg atau lebih, tekanan diastolik 90 mmhg atau lebih dengan kejang),
- k. Kandung kemih penuh (bagian bawah uterus sulit di palpasi, tfu diatas pusat, uterus terdorong atau condong kesatu sisi).

2.3.9 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. (Prawirohardjo, 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 2.7 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 |
| 6 minggu | Bertambah kecil | 50 gram |
| 8 minggu | Sebesar normal | 30 gram |

Sumber: Mochtar, 2015

2. Bekas implantasi uri

Placental bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 sm dan akhirnya pulih (Mochtar, 2015).

3. Luka-luka

Pada jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari (Mochtar, 2015).

4. Rasa sakit

Rasa sakit yang disebut after pains (merian atau mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu mengganggu dapat diberikan obat-obat antisakit dan antimules.

5. Lochia

Lochia adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

- a. Lochia *rubra (cruenta)*: berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan
- b. Lochia *sanguinolenta*: berwarna merah kuning berisi darah dan lender hari ke 3-7 pasca persalinan
- c. Lochia *serosa*: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan
- d. Lochia *alba*: cairan putih setelah 2 minggu
- e. Lochia *purulenta*: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- f. Lochiostasis: lochia tidak lancar keluarnya (Mochtar, 2015).

6. Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensi lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari (Mochtar, 2015).

7. Ligament-ligamen

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

melahirkan, kebiasaan wanita Indonesia melakukan “berkusuk” atau “berurut”, dimana sewaktu dikusuk tekanan intra abdomen bertambah tinggi. Karena setelah melahirkan ligament, fasia, dan jaringan penunjang menjadi kendur, jika dilakukan kusuk / urut. Untuk memulihkan kembali sebaiknya dengan latihan-latihan dan gimnastik pasca persalinan.

2.4.3 Perubahan Psikologi Ibu Nifas

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 menangguk 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

Menurut Mochtar (2015), Kebutuhan Dasar Ibu Nifas adalah :

1. Mobilisasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur telentang selama 8 jam pascapersalinan. Setelahnya, ibu boleh miring kanan miring kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboli. Pada hari ke-2, ibu diperbolehkan duduk, hari ke-3 berjalan-jalan, dan hari ke-4 atau ke-5 sudah diperbolehkan pulang.

2. Diet

Makanan yang bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya, makan - makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran, dan buah-buahan.

3. Miksi

Miksi (Buang air kecil) hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang, wanita mengalami kesulitan berkemih karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme akibat iritasi sfingter ani selama persalinan, juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Apabila kandung kemih penuh dan wanita sulit berkemih, sebaiknya dilakukan kateterisasi (Mochtar, 2015).

4. Defekasi

Defekasi (Buang air besar) harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Apalagi masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi buang air besar keras, dapat diberikan obat laktasit per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa dilakukan klisma (Mochtar, 2015).

5. Perawatan payudara (mamma)

Perawatan (mamma) telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. Apabila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan mamma sampai tertekan, pemberian obat ekstrogen untuk supresi Luteinizing hormone (LH), seperti tablet lynoral dan parloder. Sangat dianjurkan agar seorang ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayi tersebut (Mochtar, 2015).

6. Laktasi

Menurut Mochtar (2015), untuk menghadapi masa laktasi, sejak kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae, yaitu :

- a. Poliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar, alveoli, dan bertambahnya jaringan lemak.
- b. Pengeluaran cairan susu jolong (kolostrum), yang berwarna kuning-putih susu, dari duktus laktiferi, hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam, vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas
- c. Setelah persalinan, pengaruh supresi ekstrogen dan progesteron hilang sehingga timbul pengaruh hormon laktogenik (LH) atau prolaktin yang akan merangsang air susu. Disamping itu, pengaruh oksitosin menyebabkan mio-epitel kelenjar susu berkontraksi sehingga air susu keluar. Produksi akan banyak sesudah 2-3 hari pasca persalinan.

Apabila bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang mencetuskan pengeluaran oksitosin oleh hipofisis. Produksi Air Susu Ibu (ASI) akan lebih banyak. Sebagai efek positif, involusi uteri akan lebih sempurna. Disamping ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingnya, menyusui bayi sangat baik untuk menjelmakan rasa kasih sayang antara ibu dan bayi. Air susu ibu adalah untuk anak ibu. Ibu dan bayi dapat ditempatkan dalam satu kamar (rooming in) atau pada tempat yang terpisah. Keuntungan rooming in adalah mudah menyusukan bayi, setiap saat selalu ada kontak antara ibu dan bayi, dan sedini mungkin ibu telah belajar mengurus bayinya (Mochtar, 2015).

2.4.5 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (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 di lakukan 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 di lakukan 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 genetal 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 ($MgSO_4$) (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. Perineum ibu harus di perhatikan secara teratur terhadap kemungkinan terjadinya infeksi (Saifuddin, 2016).

4. Defisiensi vitamin dan mineral

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 paa 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 (Saifudin, 2014).

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 konselingpada 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

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ibu atau bayi alami
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian

Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan 37 – 42 minggu dengan berat lahir 2500 – 4000 gram. (Runjati,2018)

2.5.2 Tanda-Tanda BBL Normal

Menurut Runjati (2018) Bayi baru lahir normal mempunyai ciri sebagai berikut :

1. Dilahirkan pada usia kehamilan 37 – 42 minggu
2. Berat badan lahir 2500 – 4000 gram

3. Panjang badan 48 – 52 cm
4. Lingkar kepala 33 – 35 cm
5. Lingkar dada 30 – 38 cm
6. Frekuensi jantung 120 – 160 denyut/menit
7. Pernafasan 40- 60 kali/menit
8. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
9. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
10. Kuku agak panjang (melewati jari) dan lemas
11. Genetalia: Labia mayora sudah menutupi labia minora (perempuan), kedua testis sudah turun ke dalam skrotum (laki – laki) refleks bayi sudah terbentuk dengan baik
12. Bayi berkemih dalam 24 jam pertama
13. Pengeluaran mekoneum dalam 24 jam pertama.

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

Table 2.8 APGAR SKOR

| Tanda | Nilai : 0 | Nilai :1 | Nilai : 2 |
|---|-----------|----------------------------------|----------------------------------|
| <i>Appereance Color</i> (warna kulit) | Pucat | Badan merah, ekstremitas biru | Seluruh tubuh kemerah-merahan |
| <i>Pulse</i> (denyut jantung) | Tidak ada | Kurang dari 100 | Di atas 100 |
| <i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan) | Tidak ada | Sedikit gerakan mimic | Menagis, batuk/bersin |
| <i>Activity</i> (tonus otot) | Lumpuh | Ekstremitas sedikit fleksi | Gerakan aktif |
| <i>Respiration</i> (usaha napas) | Tidak ada | Lemah tidak teratur | Menagis kuat |

Sumber : Mochtar (2015)

2.5.3 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 meliokan 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 ekstremitas 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 mukus yang ada selama pemberian makan segera dapat mengganggu pemberian makan yang adekuat, khususnya jika mukus berlebihan. Adanya mukus 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).

2.5.4 Kebutuhan Dasar BBL

Menurut Affandi (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 (Affandi, 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 darisatu 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(Affandi, 2017).

2. Penilaian awal BBL

Untuk bayi segera setelah lahir, letakkan 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 resusitai bayi baru lahir(Affandi, 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 alcohol dan betadine masih diperbolehkan tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab (Affandi, 2017).
5. Pemberian ASI

Prinsip pemberian ASI adalah sedini mungkin dan eksklusif (Affandi, 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 (Affandi, 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 (Affandi, 2017).
8. Pemberian imunisasi Hepatitis B

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

2.5.5 Tanda Bahaya BBL

Menurut Affandi (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 sentral (Affandi, 2017).

2.5.6 Standar Asuhan BBL

1. Standar Pelayanan Minimal

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

lahir adalah:

a. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

1) Tujuan

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

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. 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.
- i. Kunjungan neonatal (KN) 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.
- j. 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. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.

- k. 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.
- l. 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.
- m. 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.
- n. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya
- 1) Amatilah bahwa urine dan feses normal.
 - 2) Periksa alat kelamin dengan kebersihannya.
 - 3) Periksa tali pusat.
 - 4) Periksa tanda vital bayi.
 - 5) Periksa kemungkinan infeksi mata.
 - 6) Tatalaksana kunjungan rumah bayi baru lahir oleh bidan diantaranya :
 - 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).

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 hubungan 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. Entrainment 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 anugrah 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, factor pertumbuhan, hormon, enzim dan kekebalan. Semua zat ini terdapat secara proposional 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/letergis.
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. Nanah banyak di mata.
10. Pusat kemerahan meluas ke dinding perut.
11. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
12. Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat.
13. Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI.

14. BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram.
15. Kelainan kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

2.6.4 Standar Asuhan Neonatus

Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir. Kunjungan neonatal pertama (KN 1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam - 48 jam) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan.

Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal pertama (KN 1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B₀ bila belum diberikan pada saat lahir. Selain KN 1, indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah KN lengkap yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun (Kemenkes RI, 2014).

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 (Prawirohardjo, 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. 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 :

1. Pil

a. Pil Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi oral yang mengandung hormone progesterone 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 hormone 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 hormone 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 hormone 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

- a) Usia reproduktif
- b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak
- c) Gemuk atau kurus
- d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
- e) Setelah melahirkan dan menyusui
- f) Pasca keguguran

- g) Anemia karena haid berlebihan, siklus haid tidak teratur
 - h) Riwayat kehamilan ektopik kelainan payudara jinak, diabetes tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, saraf dan tuberculosis (TB)
 - i) Penyakit tyroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak.
- 5) Kontraindikasi
- 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 factor 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 efektifitas 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 hormone progesterone.

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) Kontraindikasi

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 epilepsy
 - 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 pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat
 - e) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan, 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 pascakeguguran
- h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal 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 hormone), 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 sintesis progesteron dan estrogen.

2) Jenis

- a) 25 mg Depo Medroksi Progesteron Asetat dan 5 mg Estradio Sipionat, Diberikan secara IM sebulan sekali (setiap 4 minggu)
- b) 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 atau 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) Kontraindikasi
- 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 tromboemboli 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 progesterone 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 gemat 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 yg mengandung estrogen
 - j) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi
- 5) Kontraindikasi
- 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 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 nonhormonal 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 (*polydimethylsiloxane*) 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 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) Inersersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
- 3) Bila klien tidak haid, inersersi 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, inersersi dapat dilakukan setiap saat
- 5) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, inersersi 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 nonhormonal (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

- 1) Amenorhea / tidak haid.
- 2) Perdarahan bercak ringan atau spotting.
- 3) Ekspulsi (lepasnya batang implant dari tempat pemasangan).
- 4) Infeksi pada daerah pemasangan.
- 5) 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

diselembungi 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. Kontraindikasi

- 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*) antarmenstruasi
 - 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) Peforasi 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) Terlambat haid / amenore.

3) Sakit perut.

4) Keputihan yang sangat banyak / sangat berbau.

5) Spotting, perdarahan per vaginam, haid yang banyak, bekuan--bekuan darah.

6) 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 efektivitas

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

- a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
 - b) Sumberasupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
 - c) 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 2.9 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 | | |
| Apakah mengalami perdarahan/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 (epilepsy) | | |
| 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 penyaakit 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 perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah sanggama | | |
| Apakah pernah mengalami gejala penyait 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 : SApa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

T : Tanyakan 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 : Uraikan pada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin. Bantu klien pada kontrasepsi yang paling dia inginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda.

TU : BanTulah 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 : Jelaskan 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).

Informed choice :

1. Informed choice adalah suatu kondisi peserta/calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapat informasi yang lengkap melalui KIP.
2. Memberdayakan para klien untuk melakukan informed choice adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
3. Bagi calon peserta KB baru, informed choice merupakan proses memahami kontrasepsi yang akan dipakainya.
4. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut karena sudah mengerti tentang kontrasepsi yang akan dipilihnya.
5. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.
6. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi akan cepat berobat ketempat pelayanan.
7. 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 2.10 Penanganan efek samping Pil Progestin (minipil)

| Efek Samping | Penanganan |
|--|--|
| Amenorhea | Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Cukup konseling saja. Bila amenorhea 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. |
| Perdarahan tidak teratur atau spotting | 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 progestin

Tabel 2.12 Penanganan efek samping Suntikan Progestin

| Efek samping | Penanganan |
|--|---|
| Amenore (tidak terjadi perdarahan atau 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 atau 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. 2) 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30 – 35 mg etinilestradiol), 3) Ibuprofen (sampai 80 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. |
| Meningkatnya dan menurunnya berat badan | <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi per 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. 2) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 – 2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan 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.

4. AKDR dengan Progestin

Tabel 2.13 Penanganan efek samping AKDR dengan Progestin

| Efek Samping | Penanganan |
|---------------------|---|
| Amenore | <ol style="list-style-type: none"> 1) Pastikan hamil atau tidak. 2) Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%). 3) Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. <p>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.</p> |
| Kram | <ol style="list-style-type: none"> 1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan |

| | |
|---|--|
| | AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. |
| Perdarahan yang tidak teratur dan banyak | <ol style="list-style-type: none"> 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, ujuk klien bila dianggap perlu 3) 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. 4) 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. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR. |
| Benang hilang | <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. |
| Cairan vagina atau dugaan penyakit radang panggul | <ol style="list-style-type: none"> 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai. 2) Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu |
| Efek Samping | Penanganan |
| | <p>dicabut.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) 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. |

Sumber : Affandi, 2015.

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.1 Manajemen Varney

Menurut Widiastuty, (2012) Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara bertahap dan sistematis, melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan. Manajemen Kebidanan menurut Varney merupakan suatu proses pemecahan masalah, digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis, dan berfokus pada klien. Langkah-langkah dari asuhan kebidanan yaitu:

1. Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk memulai keadaan klien secara keseluruhan. Pada langkah pertama terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data objektif menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data fokus.
2. Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah. Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan
3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.
4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien.
5. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

6. Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman. Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.
7. Mengevaluasi keefektifan asuhan yang dilakukan, mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif. Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar akan terpenuhi sesuai dengan kebutuhan, Rencana tersebut dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya.

2.8.2 Standart Kompetensi Bidan

Menurut Echa, (2012) Asuhan kebidanan adalah aktivitas atau intervensi yang dilaksanakan oleh bidan kepada klien, yang mempunyai kebutuhan atau permasalahan, khususnya dalam KIA atau KB. Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan/atau masalah kebidanan meliputi kehamilan, persalinan, nifas, bayi, dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat.

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. 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. Bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan, dan rujukan.
4. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap budaya setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan

aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir.

5. Bidan dapat memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi serta tanggap terhadap budaya setempat.
6. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi baru lahir (BBL) sehat sampai usia 1 bulan.
7. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat.
8. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga dan kelompok.
9. Bidan mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita / ibu dengan gangguan sistem reproduksi.