

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Konsep Dasar *Continuity Of Care*

1.1.1 Pengertian

Continuity of Care merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien (Astuti, dkk, 2017).

Menurut *Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health* (RMNCH). “*Contunity of Care*” meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari prakehamilan hingga persalinan, periode post-natal dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya (Astuti, dkk, 2017).

1.1.2 Tujuan

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

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

1.1.3 Manfaat

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

1.2 Konsep Dasar Kehamilan

1.2.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional (2008), kehamilan sssadalah *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 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).

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

1.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

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

1. Perkembangan Konseptus

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

2. Embrio dan Janin

Dalam beberapa jam setelah *ovulasi* akan terjadi *fertilisasi* di *ampulla tuba*. Oleh karena itu, sperma harus sudah ada disana sebelumnya. Berkat kekuasaan Allah, terjadilah *fertilisasi ovum* oleh *sperma*. Namun, konseptus tersebut mungkin sempurna, mungkin tidak sempurna. *Embrio* akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan *Ultrasonografi* (USG) akan tampak sebagai kantong *gestasi* berdiameter 1 cm, tetapi *embrio* ssbelum tampak.

Menurut prawiroharjo (2014) hal-hal yang utama dalam perkembangan organ dan fisiologi janin.

1. 6 minggu.

Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari jari telah terbentuk, namun masih tergegangam dan jantung telah terbentuk penuh.

2. 7 minggu.

Mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah.

3. 8 minggu.

Mirip dengan manusia, mulai pembentukan *genetalia eksterna*, sirkulasi melalui tali pusat di mulai, tulang mulai terbentuk.

4. 9 minggu.

Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.

5. 13-16 minggu.

Janin berukuran 15 cm, merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin transparan, telah mulai tumbuh *lanugo* (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk meconium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150/menit.

6. 17-24 minggu

Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh di liputi oleh verniks *kaseosa* (lemak). Janin mempunyai *reflex*.

7. 25-28 minggu.

Saat ini di sebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem syaraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh,

mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.

8. 29-32 minggu.

Bila bayi di lahirkan ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna gerakan napas telah regular, suhu relative stabil.

9. 33-36 minggu

Berat janin 1500-2500 gram, lanugo (rambut janin) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.

10. 38-40 minggu.

Sejak 38 minggu kehamilan di sebut aterm, di mana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

1.2.3 Perubahan Fisik Ibu Hamil

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

1. Perubahan pada System Reproduksi

a. Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan: 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc, berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 pekan). Bentuk dan konsistensi uterus pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan. Rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Pada minggu pertama, *isthmus* rahim mengadakan *hipertrofi* dan bertambah panjang sehingga jika di raba terasa lebih lunak disebut *Tanda Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. Posisi rahim dalam kehamilan :

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

4) Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

b. Serviks

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

c. Indung Telur (*ovarium*)

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

d. Vagina dan Vulva

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

e. Dinding Perut (*Abdominal Wall*)

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

2. Perubahan Pada Organ Dan System Lainnya

a. System Sirkulasi Darah

1) Volume Darah, volume darah total dan volume darah plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti penambahan curah jantung (*cardiac output*), yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$. Akibat *hemodilusi* yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan *Dekompensasi Cordis*.

- 2) Jantung, pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Elektrokardiogram kadang kala memperlihatkan deviasi aksis ke kiri.
- 3) Nadi dan Tekanan Darah, tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada prahamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik, nilai rata-rata 84 per menit.
- 4) Protein Darah, jumlah protein (albumin) dan gamaglobulin menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan.

3. System Pernapasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (*Thoracic Breathing*).

4. Saluran Pencernaan (*Traktus Digestivus*)

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

5. Tulang dan Gigi

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

6. Kulit

- a. Pada daerah kulit tertentu, terjadi *hiperpigmentasi*, yaitu pada:

- 1) Muka: disebut masker kehamilan *Cloasma Gravidarum*
- 2) Payudara: puting susu dan areola payudara.
- 3) Perut: linea nigra striae.
- 4) Vulva.

b. Kelenjar Endokrin

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

7. Metabolisme

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

- a. Tingkat metabolik basal (*Basal Metabolic Rate, (BMR)*) pada wanita hamil meningkat hingga 15-25% terutama pada trimester akhir.
- b. Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
- c. Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan kuat, sering kencing, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang meningkatkan kita pada diabetes militus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa seperti somatomotropin, plasma insulin, dan hormon-hormon 17 ketosteroid untuk rekomendasi, harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil GTT oral dan GTT intervena.
- d. Metabolisme lemak juga terjadi kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat di badan, perut, paha, dan lengan.
- e. Metabolisme mineral:
 - 1) Kalsium: dibutuhkan rata-rata 1,5-gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
 - 2) Fosfor: dibutuhkan rata-rata 2 gram per hari.
 - 3) Zat besi: dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg atau 30-50 mg per hari.

- 4) Air: wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
 - f. Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5 sampai 16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil (pre-eklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:
 - 1) Janin, uri, air ketuban, uterus.
 - 2) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air.
 - g. Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang. Khususnya kehamilan lima bulan keatas. Namun bila dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan kalori tambahan.
 - h. Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein. Di Indonesia masih banyak dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vitamin B, oleh karena itu wanita hamil harus diberikan Fe dan kalsium yang berisi mineral dan vitamin.
8. Payudara *Mammae*
- Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang, dan berat. Dapat teraba *nodule-noduli*, akibat *hipertrofi* kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan *areola* payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolong *kolostrum* yang berwarna kuning.

1.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

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

1. Pada kehamilan Trimester I

Adaptasi yang harus dilakukan oleh ibu yaitu menerima kenyataan bahwa dirinya sedang hamil. Tingkat penerimaan dari ibu hamil akan tercermin dalam respon emosionalnya dan kesiapan atau penyambutan kehamilannya. Berbagai respon emosional pada trimester 1 yang dapat muncul berupa perasaan ambivalen, kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan.

Pada trimester 1 ini, akan muncul sejumlah ketidaknyamanan, misalnya mual, kelelahan, perubahan nafsu makan, emosional, dan cepat marah. Kemungkinan hal ini, mencerminkan konflik atau depresi yang dialami selain

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

2. Perubahan pada Trimester II

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

3. Perubahan pada Trimester III

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

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

1.2.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

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

1. Nutrisi yang adekuat
 - a. Kalori, Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori.
 - b. Protein, Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari.
 - c. Kalsium, Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari.

- d. 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.

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.

Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk 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.

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 *carries* dan *gingivitis*.

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.

1.2.6 Keluhan Ringan Dan Penanganan Dalam Kehamilan

Gangguan minor pada kehamilan adalah serangkaian gejala yang di alami secara umum yang dikaitkan dengan efek hormonal kehamilan dan akibat pembesaran uterus saat janin tumbuh selama kehamilan. Kondisi umum ini tidak menimbulkan risiko serius pada ibu, tetapi gangguan ini terasa tidak menyenangkan dan dapat mempengaruhi kesenangan ibu terhadap kehamilan secara menyeluruh.

Menurut Medforth, dkk (2011), keluhan ringan dan penanganan dalam kehamilan adalah:

1. Mual

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

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

Saran kepada wanita terdiri atas :

- a. Makan sesuatu sebelum bangun tidur
- b. Sediakan selalu makanan ringan di tempat tidur
- c. Bangun dari tempat tidur secara perlahan
- d. Makan dan minum sedikit tapi sering pada siang hari
- e. Beristirahat di pertengahan siang hari
- f. Makan biskuit tanpa rasa, sepotong kecil buah, roti panggang kering atau yoghurt.
- g. Hindari alkohol, kafein dan makanan pedas atau berlemak

- h. Jahe dalam bentuk teh atau tablet untuk mengurangi mual
- i. Makan sedikit tapi sering sebelum tidur malam.

Seorang dokter harus di konsultasikan jika :

- a. Wanita muntah > dari 4 x sehari
 - b. Saran diatas tidak bermanfaat
 - c. Wanita mengalami penurunan berat badan
 - d. Wanita tidak mempertahankan konsumsi cairan
 - e. Kemungkinan perlu di resepkan antiemetic
 - f. Wanita mengalami dehidrasi. Masuk ke RS di anjurkan untuk pemberian makan melalui intravena, koreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan rehidrasi.
2. Konstipasi

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

Konstipasi disebabkan karena kerja progesterone, yang mengurangimortalitas system pencernaan (juga di kaitkan dengan mual di awal kehamilan). Konstipasi juga di sebabkan oleh pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau akibat efek samping dari terapi fe peroral.

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

- a. Makan makanan yang mengandung serat tinggi, seperti roti gandum utuh, sereal, dan buah prem.
- b. Minum ekstra cairan, jus buah, atau the herbal. Cairan ini harus berjumlah 2 liter/hari, dan jumlahnya lebih besar jika suhu sedang panas.
- c. Makan makanan secara teratur.
- d. Makan lima porsi buah dan sayur/hari.
- e. Lakukan olahraga ringan, 20-30 menit, 3x/minggu.
- f. Laksafatif ringan, seperti laktulosa 15 ml 2 x 1 dapat di resepkan jika saran di atas tidak meredakan gejala.

3. Indigesti dan nyeri ulu hati

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

Saran mencakup:

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

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

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

Tanda gejala :

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

- e. Ketidaknyamanan dan rasa gatal di sekitar anus

Saran :

- a. Hindari konstipasi dan mengejan di toilet
- b. Hindari berdiri untuk periode waktu yang lama
- c. Hindari pakaian yang ketat
- d. Jangan duduk dengan menyilangkan kaki
- e. Lakukan olahraga ringan, seperti jalan untuk membantu sirkulasi. Gunakan kompres es didaerah vulva untuk mengurangi pembengkakan
- f. Suplemen zat besi dapat menyebabkan konstipasi pada beberapa wanita.
- g. Krim hemoroid dengan merk tertentu dapat di gunakan secara aman dalam kehamilan

5. Nyeri punggung

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

- a. Selama kehamilan, ligament menjadi lebih lunak dalam pengaruh relaksin dan meregang untuk mempersiapkan tubuh untuk persalinan
- b. Hal tersebut terutama di fokuskan pada sendi panggul dan ligament yang menjadi lebih fleksibel untuk mengakomodasi bayi saat kelahiran
- c. Efek dapat menempatkan ketegangan pada sendi panggul dan punggung bawah, yang dapat menyebabkan nyeri punggung
- d. Saat bayi tumbuh, lengkung di spina lumbalis dapat meningkat karena abdomen di dorong ke depan dan ini juga dapat menyebabkan nyeri punggung
- e. Saran berikut dapat diberikan kepada wanita untuk meredakan nyeri punggung:
- f. Hindari mengangkat benda berat dan gunakan teknik mengangkat barang yang baik, yaitu menekuk lutut dan mempertahankan punggung tetap lurus.
- g. Saat mengangkat, atau mengambil sesuatu dari lantai. Wanita harus hati-hati saat mengangkat anak yang berat.
- h. Berat benda yang berat harus di pegang di dekat tubuh.

- i. Setiap permukaan kerja yang di gunakan harus cukup tinggi untuk mencegah tubuh tidak bungkuk.
 - j. Saat membawa beban berat seperti barang belanjaan, berat badan harus diseimbangkan dengan sama di kedua sisi tubuh.
 - k. Ajari cara duduk dan berdiri dengan tulang belakang berada dalam posisi netral sehingga postur tubuh dapat di pertahankan.
 - l. Kasur yang keras dapat memberikan topangan yang lebih baik selama tidur, penggunaan papan dapat membuat kasur yang empuk menjadi lebih menopang.
 - m. Istirahat sebanyak mungkin saat kehamilan mengalami kemajuan. Jika nyeri punggung sangat nyeri dan melelahkan, wanita dapat di rujuk ke fisioterapi obstetric untuk meminta saran tentang topangan lumbal dan latihan fisik yang bermanfaat.
6. Sering berkemih

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

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

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

Semua wanita hamil perlu di ajarkan cara melakukan latihan dasar panggul secara benar, karena tonus dasar panggul yang membaik sebelum

pelahiran dapat memengaruhi kembalinya fungsi dasar panggul yang baik setelah kelahiran.

- a. Jelaskan bagaimana cara mencari lokasi otot pubo-koksigis dengan meminta wanita berupaya menghentikan aliran urine saat dia sedang berkemih.
- b. Setelah otot pubo-koksigis diidentifikasi, latihan harus dilakukan dengan kandung kemih kosong.
- c. Latihan awal melibatkan meremas otot pubo-koksigis dan menahannya selama 3-5 detik, relaksasi, dan kemudian ulangi tindakan sampai otot lelah.
- d. Setelah rutinitas terbentuk hal ini di pertahankan dengan berupaya melakukan 3 set remasan, dalam 4 x seminggu.
- e. Wanita harus berupaya melakukan 3 set remasan berjumlah 5 kali sebanyak satu atau dua kali seminggu. Kemudian tingkatkan sampai 3x set yang terdiri dari 8, 10, 15 dan kemudian 20 remasan.
- f. Latihan dapat di variasikan dengan memasukkan remasan yang lambat atau cepat dan dengan melatih di waktu berbeda dalam siang hari.

1.2.7 Tanda Bahaya Kehamilan

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

1. Perdarahan Vagina

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh 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 (cairan kurang dari 500 ml/jam)
 - f. Tekanan darah sistolik 20-30 mmHg dan diastolik 10-20 mmHg di atas normal.
 - g. Proteinuria (di atas positif 3).
 - h. Edema menyeluruh.
- ## 3. Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka diagnosis nya 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.

1.2.8 Standart Pelayanan Kehamilan (10T)

Menurut Depkes RI (2009), dalam melaksanakan pelayanan *antenal care*, ada sepuluh standar pelayanan yang harus di lakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang di kenal dengan 10 T. Pelayanan atau standar minimal 10 T adalah sebagai berikut :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Pemeriksaan tekanan darah.
3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas).
4. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri).
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila di perlukan.
7. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Test laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

1.2.9 Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi(P4K)

P4K Merupakan kegiatan yang difasilitasi oleh bidan untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin, nifas, termasuk perencanaan menggunakan metode Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan dengan menggunakan stiker P4K sebagai media pencatatan sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2009).

1. Taksiran persalinan sangat penting karena merupakan penentu usia kehamilan, dengan mengetahui usia janin yang akurat dapat membantu asuhan prenatal, kelahiran dan posnatal.
2. Penolong persalinan, ibu, suami, keluarga sejak awal kehamilan sudah menentukan untuk persalinan ditolong oleh petugas kesehatan. Ibu atau keluarga dapat memilih tenaga kesehatan terlatih sesuai dengan kepercayaan ibu tersebut.
3. Tempat persalinan, ibu, suami, keluarga sejak awal kehamilan sudah merencanakan tempat persalinan untuk ibu difasilitas kesehatan. Ibu dapat memilih tempat persalinannya di Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik bersalin, Bidan Praktek Swasta atau di rumahnya sendiri asalkan tepatnya dapat memenuhi syarat.
4. Pendamping persalinan, keluarga atau kerabat dekat ibu dapat ikut mendampingi ibu saat bersalin. Hal ini bertujuan agar keluarga dapat memberi dukungan moril pada ibu saat bersalin.
5. Calon pendonor, upaya tenaga kesehatan, keluarga dan masyarakat untuk membantu ibu hamil dalam mengantisipasi terjadinya komplikasi (perdarahan) pada saat persalinan. Sehingga ibu hamil sudah mempunyai calon pendonor darah sesuai dengan golongan darah ibu, untuk mencegah terjadinya komplikasi pada kehamilan maupun persalinan.
6. Transportasi/ambulan desa, mengupayakan dan mempersiapkan transportasi jika sewaktu-waktu diperlukan. Serta pada saat adanya rujukan pada ibu harus mendapatkan pelayanan tepat, cepat bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas.
7. Biaya untuk persalinan (Tabulin), Suami diharapkan dapat menyiapkan dana untuk persalinan ibu kelak. Biaya persalinan ini dapat pula berupa tabulin (tabungan ibu bersalin) atau dasolin (dana sosial ibu bersalin) yang dapat dipergunakan untuk membantu pembiayaan (Depkes RI, 2009).

8. Siker 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: Kemenkes RI, 2015.

1.2.10 ANC Terpadu

Pelayanan kesehatan ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Pelayanan Antenatal Terpadu merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang meliputi pelayanan KIA, gizi, penyakit menular, PTM, yang bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat (Kemenkes RI, 2014).

1. Sasaran Pelayanan

Semua ibu hamil dan suami/keluarga diharapkan ikut serta minimal 1 kali pertemuan. Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut:

- a. 1 kali pada trimester I, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu.
- b. 1 kali pada trimester II, yaitu selama umur kehamilan 14-28 minggu.
- c. 2 kali 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. 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 (Kemenkes RI, 2014).

Setiap kehamilan dalam perkembangannya mempunyai resiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas seperti:

- a. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat.
 - b. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan.
 - c. Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman.
 - d. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi.
 - e. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan (Kemenkes RI, 2014).
2. Deteksi Dini Kehamilan
- a. Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)
Cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko menggunakan skor Poedji Rochjati. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi, tentang usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil.
 - b. Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan
 - c. Pengukuran dilakukan 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 cephalo pelvic disproportion.

1.3 Konsep Dasar Persalinan

1.3.1 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 (Affandi, 2017).

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 penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat di kategorikan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks. (APN 2017).

1.3.2 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 (2010), 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.

1.3.3 Deteksi Dini Masa Persalinan.

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.

- a. Indikasi untuk melakukan tindakan dan/atau rujukan segera pada kala I persalinan.

- 1) Riwayat bedah sesar.

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar.
- b) Dampingi ibu ketempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.

- 2) Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show).

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Jangan lakukan pemeriksaan dalam
- b) Baringkan ibu ke sisi kiri
- c) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat/garam fisiologis (NS).

- d) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar
 - e) Dampingi ibu ketempat rujukan.
- 3) Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)
- Rencana untuk asuhan atau perawatan :
- a) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar.
 - b) Dampingi ibu ketempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat
- 4) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.
- Rencana untuk asuhan atau perawatan :
- a) Baringkan ibu miring kiri
 - b) Dengarkan Denyut Jantung Janin (DJJ).
 - c) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar.
 - d) Dampingi ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter, penghisap lendir delee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untukantisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan.
- 5) Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda tanda gawat janin.
- Rencana untuk asuhan atau perawatan :
- a) Dengarkan DJJ, jika ada tanda tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai.
- 6) ketuban pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi < 37 minggu.
- Rencana asuhan untuk asuhan atau perawatan :
- a) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri.
 - b) Dampingi ibu ketempat rujukan, berikan dukungan dan semangat.
- 7) Tanda tanda gejala infesi (temperatur > 38 C, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
- Rencana untuk asuhan atau perawatan :
- a) Baringkan ibu miring kiri.

- b) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam.
 - c) Segera rujuk ke RS rujukan.
 - d) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
- 8) Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin (pre-eklamsia berat).

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan ibu miring kiri.
 - b) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS).
 - c) Berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ atau 40% IV (5-8 menit).
 - d) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
 - e) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat
- 9) Tinggi fundus 40 cm atau lebih (*makrosomia, polihidramniosis*, kehamilan ganda).

Rencana untuk asuhan atau perawatan.

- a) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria.
 - b) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat (alasan polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, attonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir).
- 10) DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen dan anjurkan untuk bernafas secara teratur.
- b) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/ jam.
- c) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
- d) Dampingi ke tempat rujukan.

- 11) Primipara dalam kala satu fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5.

Rencana unuk asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan ibu miring kiri.
- b) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria.
- c) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

- 12) Presentasi bukan belakang kepala (sungsang letak lintang dll).

Rencana unuk asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan ibu miring kiri.
- b) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
- c) Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.

- 13) Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin, misalnya: lengan atau tangan, bersamaan dengan presenasi belakang kepala).

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri.
- b) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
- c) Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.

- 14) Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi, masukan jari telunjuk dan tengah ke vagina, dorong kepala menjauhi tali pusat yang menumbung atau ibu di posisikan sujud/menungging dan dada menempel di kasur (minta keluarga membantu).
- b) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
- c) Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.

- 15) Tanda tanda gejala syok (nadi cepat, lemah > 100 x/menit, tekanan darah menurun sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat atau kulit lembap, dingin, nafas cepat lebih dari 30 kali per menit, dilirium atau tidak sadar, produksi urin sedikit kurang dari 30 cc ml per jam).

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan ibu miring ke kiri.

- b) Naikan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala.
- c) Pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL/NS. Infuskan 1 lt dalam waktu 15-20 menit : di lanjutkan dengan 2 lt dalam 45-60 menit berikutnya dan lanjutkan dengan 125 ml/jam.
- d) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
- e) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

16) Fase laten memanjang (dilatasi < 4 cm pada > 8 jam, kontraksi > 2 dalam 10 menit).

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
- b) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.

17) Belum inpartu (kontraksi < 2 kali dalam 10 menit dan lamanya <20 detik, tidak ada kemajuan dilatasi serviks dalam waktu 1 hingga 2 jam).

Rencana untuk asuhan atau perawatan.

- a) Anjurkan ibu untuk minum dan makan.
- b) Anjurkan ibu untuk bergerak bebas.
- c) Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang dan/ atau dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar: cukup makan dan minum, kembali jika frekuensi dan lama kontraksi meningkat.

18) Partus lama (grafik dilatasi menyimpang ke kanan dan garis waspada, dilatasi < 1 cm per jam, kontraksi < 2 kali dalam 10 menit dan lamanya < 40 detik).

Rencana untuk asuhan atau perawatan :

- a) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria.
- b) Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.

b. Indikasi untuk tindakan dan rujukan segera selama persalinan kala II.

1) Tanda gejala syok (nadi cepat, isi kurang 110 x/menit atau lebih, tekanan darah rendah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat pasi, berkeringat atau dingin kulit lembap, napas cepat lebih dari 30x/menit, cemas bingung atau tidak sadar, produksi urine sedikit kurang dari 30 cc/jam).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan miring ke kiri.

- b) Naikkan kedua kaki untuk meningkatkan aliran darah ke jantung.
 - c) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS. Infuskan 1 L dalam 15 sampai 20 menit; jika mungkin infuskan 2 L dalam 1 jam pertama, kemudian 125 cc/jam.
 - d) Segera rujuk ke RS PONEK.
 - e) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 2) Tanda atau gejala dehidrasi (nadi cepat 100 x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urine sedikit kurang dari 30 cc/jam).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Anjurkan untuk minum
 - b) Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di patograf). Jika kondisinya tidak baik dalam satu jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125 cc /jam.
 - c) Segera rujuk ke RS PONEK.
 - d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 3) Tanda atau gejala infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, suhu lebih dari 30° C, menggigil, air ketuban atau cairan vagina yang berbau).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan miring ke kiri.
 - b) Pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam
 - c) Berikan ampisilin 2 gr atau amoksisilin 2 gr per oral.
 - d) Segera rujuk ke RS PONEK.
 - e) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 4) Tanda atau gejala pre-eklamsia ringan (tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria hingga 2+).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat di antara kontraksi atau meneran).
- b) Miring ke kiri dan cukup istirahat. Nifedipin slow release 2 x 30 mg.

c) Bila gejala bertambah berat maka tatalaksana sebagai pre-eklamsia berat.

- 5) Tanda gejala pre-eklamsia berat atau eklamsia (tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang eklamsia).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan miring ke kiri.
 - b) Pasang infus dengan menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam.
 - c) Berikan dosis awal 4 G MgSO₄ 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit.
 - d) Berikan dosis pemeliharaan MgSO₄ 1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK.
 - e) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 6) Tanda tanda inersia uteri (kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan jalan.
 - b) Anjurkan untuk minum.
 - c) Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan > 6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT).
 - d) Stimulasi puting susu.
 - e) Kosongkan kandung kemihnya.
 - f) Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.
 - g) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 7) Tanda gawat janin (DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit, mulai waspada tanda awal gawat janin , DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan miring ke kiri, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang perlahan lahan dan berhenti meneran.

- b) Nilai ulang DJJ setelah 5 menit.
- (1) Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.
 - (2) Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.
 - (3) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 8) Kepala bayi tidak turun.
Rencana asuhan atau perawatan :
- a) Minta ibu meneran jongkok/berdiri.
 - b) Jika penurunan kepala di patograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi, memadai maka rujuk pasien ke fasilitas rujukan..
 - c) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 9) Tanda tanda distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina kepala”kura-kura”, bahu bayi tidak dapat lahir).
Rencana asuhan atau perawatan :
Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan).
- a) Perasat Mc Robert.
 - b) Prone Mc Robert (menungging).
 - c) Anterior dysimpact.
 - d) Perasat Corkscrew dari Wood
 - e) Perasat Schwartz-Dixon.
- 10) Tanda tanda cairan ketuban bercampur *mekonium* (cairan ketuban berwarna hijau , mengandung *mekonium*).
Rencana asuhan atau perawatan :
- a) Nilai DJJ:

- (1) Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.
 - (2) Jika DJJ tidak normal, tangani sebagai gawat janin (lihat di atas).
- b) Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernapas maka hisap lendir di mulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lendir Delee (DTT/steril) atau bola karet pengisap (baru dan bersih). Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penilaian.
- 11) Tanda tanda tali pusat menumbung (tali pusat teraba atau terlihat saat pemeriksaan dalam).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Nilai DJJ, jika ada:
 - (1) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.
 - (2) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
 - (3) Posisikan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur/brancart atau isi kandung kemih dengan larutan NS 0,9% /air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan tinggalkan bokong sambil ibu miring ke kiri agar kepala bayi tidak menekan tali pusat dan tangan lain di abdomen untuk menahan bayi pada posisinya (keluarganya dapat membantu melakukannya).
- 12) Tanda tanda lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Jika tali pusat melilit longgar di leher bayi, lepaskan lewat kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit erat di leher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem di dua tempat kemudian potong di antaranya, kemudian lahirkan dengan segera.
- 13) Kehamilan kembar tak terdeteksi.

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Nilai DJJ.
- b) Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama.

- c) Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring ke kiri.
- d) Segera rujuk ibu ke RS PONEK.
- e) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

c. Indikasi-indikasi untuk Tindakan dan/atau Rujukan Segera Selama kala III dan IV.

- 1) Tanda atau gejala retensio plasenta (plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Jika tampak plasenta, lakukan penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorso-kranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta dapat di lahirkan.
- b) Setelah plasenta lahir lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta (di jelaskan di awal bab ini).

ATAU :

- a) Lakukan periksa dalam, jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso-kranial pada uterus.
- b) Jika plasenta masih di dalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan NS.
 - (1) Segera rujuk ke RS PONEK.
 - (2) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- c) Jika retensio plasenta di ikuti dengan perdarahan hebat, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), RL/NS dan 20 I.U. oksitosin 30 tetes per menit.
 - (1) Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan
 - (2) Bila syarat untuk plasenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK.
 - (3) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
 - (4) Tawarkan bantuan walaupun ibu di tangani RS rujukan.
- 2) Tanda/gejala avulsi (putus), (tali pusat putus plasenta tidak lahir).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Nilai kontraksi melalui palpasi uterus.
- b) Minta ibu meneran jika ada kontraksi.

- c) Lahirkan plasenta dengan PTT dan tekanan dorso-kranial.
 - d) Lakukan masase setelah plasenta lahir.
 - e) Jika setelah 30 menit sejak bayi lahir dan MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta.
- 3) Tanda atau bagian plasenta yang tertahan, (tepi lateral plasenta tidak diraba/dikenali, selaput ketuban tak lengkap, perdarahan pasca-persalinan, uterus berkontraksi).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Lakukan periksa dalam, keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal.
 - b) Lakukan masase uterus.
 - c) Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa adanya laserasi persial/robekan jalan lahir.
- 4) Tanda atau gejala atonia uteri, (perdarahan pasca-persalinan, uterus lembek dan tidak berkontraksi).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri.
- 5) Tanda atau gejala robekan vagina perineum atau serviks, (perdarahan pasca-persalinan, plasenta lengkap, uterus berkontraksi).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Lakukan pemeriksaan jalan lahir.
 - b) Jika terjadi laserasi derajat satu atau dua maka lakukan penjahitan.
 - c) Jika terjadi laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks.
 - (1) Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL/NS.
 - (2) Segera rujuk ibu ke RS PONEK.
 - (3) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 6) Tanda atau gejala syok, (nadi cepat, lemah > 100 kali/menit, sistolik < 90 mmHg, pucat, keringat dingin, kulit lembap, nafas cepat > 30 kali/menit, gelisah, delirium/tidak sadar, produksi urin < 20 cc/ jam).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan miring ke kiri.

- b) Naikan kedua tungkai (posisi syok).
 - c) Pasang infus dengan menggunakan jarum 16 atau 18, berikan RL/NS. Infuskan 1 L dalam 15 sampai 20 menit; lanjutkan hingga 2 L dalam 1 jam pertama, kemudian 500 cc/jam.
 - d) Segera rujuk ke RS PONEK.
 - e) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 7) Tanda atau gejala dehidrasi (nadi > 100 kali/menit, temperaur 38° C, urin pekat, produksi urin sedikit kurang dari 20 cc/jam).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Anjurkan ibu untuk minum.
 - b) Nilai kondisi ibu setiap 15 menit (jam pertama), dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca-persalinan.
 - c) Jika dalam jam pertama, kondisinya tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL/NS 500 cc/jam.
 - d) Jika temperatur suhu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi.
 - e) Segera rujuk ke RS PONEK.
 - f) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 8) Tanda atau gejala infeksi, (nadi > 100 kali/menit, temperatur tubuh > 38° C, keringat dingin lokhia berbau).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan miring ke kiri.
 - b) Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 berikan RL/NS 500 cc/jam.
 - c) Berikan ampisilin/amoksilin 2 G per oral.
 - d) Segera rujuk ke RS PONEK.
 - e) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 9) Tanda tanda pre-eklamsia ringan (tekanan darah diastolik 90-100 mmHg, proteinuria).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Nilai tekanan darah tiap 15 menit.
- b) Jika diastolik > 110 mmHg pasang infus berikan RL/NS 100 cc/jam.
- c) Baringkan miring ke kiri.

d) MgSO₄ 4 G dilanjutkan 1 G/jam dan nifedipin 10 mg, rujuk ke RS PONEK.

10) Tanda dan gejala pre-eklamsia berat atau eklamsia (sistolik > 160 mmHg, diastolik > 110 mmHg, kejang).

Rencana asuhan atau perawatan :

- a) Baringkan miring ke kiri.
- b) Pasang infus dan berikan RL/NS 100 cc/jam.
- c) 20 cc MgSO₄ 20% IV 8-10 menit dan lanjutkan dengan MgSO₄ 1 G/jam melalui infus.
- d) Segera rujuk ibu ke RS PONEK.

11) Tanda tanda gejala kandung kemih penuh (teraba bantalan air suprasimfisis, tinggi fundus di atas pusat, uterus terdorong ke arah kanan).

Rencana asuhan atau perawatan :

- 1) Kosongkan kandung kemih kemudian masase uterus hingga berkontraksi baik.
- 2) Jika tidak dapat berkemih, kateterisasi dengan teknik aseptik, kemudian masase uterus hingga berkontraksi baik.
- 3) Jika ibu mengalami perdarahan periksa penyebabnya.

2. Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Rokam 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 : negatife / 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 2.2 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 2.3 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 untuk :

- 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.`

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

- 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.

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.s
- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya.

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 ke-selamatan jiwa mereka.

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: _____ Grup: (G: _____ P: _____ A: _____)

No. Puskesmas Tanggal: _____ Jam: _____

Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Desyul Jantung Janin (Amnion)

200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80

↑ Kwalitas Janin

Air Keluban penyulutan

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

↑ Kuantitas Persalinan

Kontraksi dnp 10 menit

< 20
20 - 40
> 40 (detik)

↓

Okultasi M/L Tetes / menit

Dhat dan Calcan IV

180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

↑ Nadi

↓ Tekanan darah

Suhu °C

Urine: Protein, Asam, Vitam, Makanan, Minuman

↓ Kwalitas Ibu

Gambar 2.4 Halaman Depan Partograf.

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

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 :

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
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Gambar 2.5 Halaman Belakang Partograf

Sumber :Affandi, Asuhan Persalinan Normal, 20017.

1.3.4 Proses Persalinan.

Menurut Affandi (2017), ada 4 kala dalam persalinan, adalah sebagai berikut:

1. 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.

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 hampir atau hingga 8 jam.

b. Fase Aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- 2) Dari pembukaan 4cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2 cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. 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 lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala II ditentukan melalui periksa dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap, atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

3. Kala III

Persalinan kala tiga 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
- 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.

4. 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.

1.3.5 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%

Kenapa lebih banyak letak kepala, dikemukakan 2 teori :

1. Teori akomodasi : bentuk rahim memungkinkan bokong dan ekstremitas yang volumenya besar berada diatas, dan kepala dibawah di rungan yang lebih sempit.
2. 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.

Selanjutnya, turunya kepala janin adalah seperti skema dibawah ini

Tabel 2.1 Mekanisme Turunya Kepala Janin

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

Sumber: Mochtar, 2015

1.3.6 Perubahan Fisik dan Psikologi Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2016), perubahan fisik persalinan adalah:

1. Uterus

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 lebih pasif di banding dengan segmen atas, dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis.

Dengan palpasi abdomen kedua segmen dapat di bedakan 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 di regangkan, normalnya jauh lebih pasif.

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid di sertai pengurangan diameter horizontal. Dengan perubahan bentuk ini, ada efek-efek penting pada proses persalinan.

- a. Pengurangan diameter horizontal menimbulkan pelurusan kolumna vertebralis janin, dengan menekankan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri, sementara kutub bawah di dorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke punggul. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang di timbulkannya di perkirakan telah mencapai antara 5 sampai 10 cm, tekanan yang di berikan dengan cara ini di kenal sebagai takanan sumbu janin.
- b. Dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal di tarik tegang dan karena segmen bawah dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini di tarik ke atas pada kutub bawah janin. Efek ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks.

2. 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 di paksa langsung mendesak serviks dan segmen bawah uterus.

Sebagai akibat kegiatan kegiatan daya dorong ini, terjadi dua perubahan mendasar yaitu pendataran dan dilatasi pada serviks. Untuk lewatnya rata-rata kepala janin aterm melalui serviks harus di lebarkan sampai berdiameter sekitar 10 cm, pada saat ini serviks di katakan telah membuka lengkap.

Pendataran serviks atau obliterasi adalah pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Proses ini di sebut sebagai pendataran (*effacement*) dan terjadi dari atas ke bawah. Serabut-serabut otot setinggi os serviks internum di tarik ke atas, atau di pendekkan, menuju segmen bawah uterus, sementara kondisi os eksternum untuk sementara tetap tidak berubah.

Dilatasi serviks, jika di bandingkan dengan korpus uteri, segmen bawah rahim dan serviks merupakan daerah yang resistensinya lebih kecil. Oleh karena itu, selama terjadi kontraksi, struktur-struktur ini mengalami peregangan, yang dalam prosesnya serviks mengalami tarikan sentrifugal. Ketika kontraksi uterus menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks.

3. Vagina dan dasar panggul

Jalan lahir di sokong dan secara fungsional di tutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah M.Levator ani dan fascia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat di anggap sebagai dasar panggul. Ketebalan M.Levator ani bervariasi 3 mm sampai 5 mm meskipun rektum dan vagina agak tebal.

Pada kala I persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun, setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya di hasilkan oleh tekanan yang di berikan oleh bagian terbawah janin. Ketika perinium teregang maksimal, anus menjadi jelas membuka dan terlihat sebagai lubang berdiameter 2 sampai 3 cm dan di sini dinding anterior rektum menonjol.

Menurut Manuaba (2010), perubahan psikologis dapat terjadi pada ibu dalam persalinan terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan yaitu:

1. Perasaan tidak enak
2. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi
3. Menganggap persalinan sebagai cobaan
4. Apakah penolong bisa bersikap sabar dan bijaksana dalam menolongnya
5. Apakah bayinya normal apa tidak
6. Apakah bayi sanggup merawatnya
7. Ibu merasa cemas.

1.3.7 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Menurut Affandi (2015), kebutuhan ibu masa persalinan adalah:

1. 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.

2. 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.

3. *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, 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.

1.3.8 Tanda Bahaya Persalinan

Menurut Data Kemenkes, (2015) tanda bahaya persalinan yaitu :

1. Perdarahan lewat jalan lahir
2. Tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir
3. Ibu tidak kuat mengejan
4. Ibu mengalami kejang
5. Air ketuban keruh dan berbau
6. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.

1.3.9 Standar Asuhan Persalinan

Menurut data Depkes RI (2012), meliputi 24 standar, terdapat 4 standar dalam standar pertolongan persalinan yang harus ditaati seorang bidan, yaitu:

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 III
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.

1.4 Konsep Dasar Nifas

1.4.1 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, 2009).

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).

Masa nifas disebut juga postpartum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi di lahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim sampai 6 minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya organ organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan saat melahirkan. (Suherni, dkk, 2009).

1.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

1. Uterus

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

Tabel 2.2 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 bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2015.

2. Bekas implantasi uri: plasenta bed mengecil karena kontraksi dan menonjol kekavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

3. Luka-luka pada jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.
4. Rasa sakit, yang disebut after pains, (meriang 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 antipain dan antispasmodic.
5. Lochia adalah cairan secret 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 caseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari pasca persalinan.
 - b. Lochia sanguinolenta: berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
 - c. Lochia serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari 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.
6. Serviks: setelah persalinan, bentuk serviks agak menyangga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang pucat perlukaan-perlukaan kecil setelah bayi lahir, tangan bisa masuk rongga rahim: setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui satu jari.
7. Ligament-ligamen: ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, setelah berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Setelah melahirkan, kebiasaan wanita Indonesia melakukan “berkhusuk” atau
8. “berurut”, dimana sewaktu dikhusuk tekanan intra abdomen bertambah tinggi. Karena setelah melahirkan ligamenta, fasia, dan jaringan penunjang menjadi kendur, jika dilakukan khusuk atau urut, banyak wanita akan mengeluh

“kandungannya turun” atau “terbalik”. Untuk memulihkan kembali sebaiknya dengan latihan-latihan dan gimnastik pasca persalinan (Mochtar, 2015).

1.4.3 Perubahan psikologi Ibu Nifas

Menurut Anik Maryunani (2015), fase-fase yang dialami ibu nifas adalah sebagai berikut :

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 menanggukkan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya.
 - h. Nutrisi tambahan mungkin diperlukan karena sekera makan ibu biasanya meningkat.
 - i. Selera makan yang buruk merupakan tanda bahwa proses pemulihan tidak berjalan normal.
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 tanggungjawab 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.
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.

1.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Saifudin, (2009) Tindakan yang baik untuk asuhan masa nifas normal :

1. Kebersihan Diri
 - a. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh.
 - b. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

2. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan dibawah matahari atau disetrika.
 - a. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelinanya.
 - b. Jika ibu mempunyai luka episioomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari untuk menyentuh daerah luka.
3. Istirahat.
 - a. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan
 - b. Sarankan ia untuk kembali ke kegiatan rumah tangga biasa perlahan lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat saat bayi tidur.
 - c. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
 - 1) Mengurangi jumlah asi yang diproduksi
 - 2) Memperlambat proses infolusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - d. Menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
4. Latihan
 - a. Diskusi pentingnya mengembalikan otot otot perut dan panggul kembali normal.ibu akan merasa lebih kuat dan ini menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
 - b. jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti:
 - 1) Dengan tidur terlentang dengan lengan di samping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas ke dalam dan.
 - 2) Angkat dagu kedepan : tahan satu hitungan sampai 5. Rileks dan ulangi 10 kali.
 - 3) Untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan kegel).
 - c. Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot otot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 hitungan. Kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
 - d. Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali naikan umlah latihan 5 kali lebih

banyak. Pada minggu ke 6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan 30 kali.

5. Gizi.

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Menggunakan BH yang menyokong payudara
- c. Apabila puting susu lecet oleskan kolesrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan di mulai dari puting susu yang tidak lecet.
- d. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- e. Untuk menghilangkan nyeri dapat minum parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam
- f. Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI lakukan:
 - 1) Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
 - 2) Urut payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah "Z" menuju puting
 - 3) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak
 - 4) Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat menghisap seluruh ASI dikeluarkan dengan tangan.
 - 5) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.
 - 6) Payudara dikeringkan

6. Hubungan perkawinan /rumah tangga

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap
- b. Banyak budaya, yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7. Keluarga berencana
 - a. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkan kepada mereka tentang cara menjejah kehamilan yang tidak diinginkan.
 - b. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. Resiko cara ini ialah 2% kehamilan. Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi.
 - c. Sebelum menggunakan metode KB, hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu :
 - 1) Bagaimana metode ini dapat mencegah kehamilan dan efektivitasnya,
 - 2) Kelebihan / keuntungannya,
 - 3) Kekurangannya,
 - 4) Efek samping,
 - 5) Bagaimana menggunakan metode itu,
 - 6) Kapan metode itu dapat mulai digunakan untuk wanita pasca salin yang menyusui.
 - d. Jika seseorang ibu/pasangan telah memilih metode KB tertentu, ada baiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam 2 minggu untuk mengetahui apakah ada yang ingin ditanyakan oleh ibu/pasangan itu dan untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik.

1.4.5 Tanda bahaya 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 plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptura uteri dan inversi uteri.

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.

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.

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.

3. eklamsia (kejang)

Eklamsia adalah penyebab penting ketiga ibu di seluruh dunia. Ibu dengan persalinan yang di ikuti oleh eklamsia atau pre-eklamsia berat, harus di rawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesium sulfat ($MgSO_4$).

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

4. Defisiensi vitamin dan mineral

Defisiensi vitamin dan mineral adalah kelainan yang terjadi sebagai akibat kekurangan iodine, kekurangan vitamin A serta anemia defisiensi Fe. Defisiensi terjadi terutama disebabkan 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.

1.4.6 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

Menurut Data Depkes RI (2012), terdapat 3 standar pelayanan nifas, yaitu:

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.

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.

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

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

Tujuannya adalah memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan memberikan penyuluhan ASI eksklusif.

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.

Menurut Syaifudin (2009), frekuensi kunjungan masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. 6-8 jam setelah persalinan.
 - 1) Mencegah perdarahan masa nifas, karena atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 4) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - 5) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi (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.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan

- 4) Istrahat.
 - 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 6) 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 infolusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling 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 ia atau bayi alami.
 - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

1.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1.5.1 Tanda-Tanda BBL Normal

Menurut Kemenkes RI (2010) bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.

Menurut Runjati (2017), bayi baru lahir normal mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Dilahirkan pada usia kehamilan 37-42 minggu
2. Berat badan 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 terbentuk dan diliputi *vernix caseosa*
9. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
10. Kuku agak panjang (melewati jari) dan lemas
11. Genitalia: *Labia mayora* sudah menutupi *labia minora* (perempuan), kedua testis sudah turun ke dalam *skrotum* (laki-laki)
12. Reflek bayi sudah terbentuk dengan baik
13. Bayi berkemih dalam 24 jam pertama
14. Pengeluaran mekonium 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.

Tabel 2.3 APGAR Skor

SKOR	0	1	2
<i>Appearance Colour</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Diatas 100
<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/bersin
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif Menangis kuat
<i>Respiration</i> (usaha nafas)		Lemah tidak teratur	

Sumber : Mochtar, 2015.

1.5.2 Masa Transisi BBL

Menurut Varney (2008), periode transisi adalah waktu ketika bayi menjadi stabil dan menyesuaikan diri dengan kemandirian ekstrainteri. Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Periode reaktifitas pertama
 - a. Dimulai pada saat bayi baru lahir dan berlangsung selama 30 menit.
 - b. Tanda-tanda vital: frekuensi nadi yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernafasan mencapai 80 kali / menit, irama tidak teratur, ekspirasi mendengkur serta adanya retraksi.
 - c. Fluktuasi warna kulit merah muda pucat ke sianosis. Bising usus belum ada atau pergerakan usus, bayi belum berkemih.
 - d. Bayi masih dengan sedikit mukus, menangis kuat, reflek menghisap yang kuat.
 - e. Mata bayi terbuka lebih lama dari pada hari selanjutnya.
 - f. Saat ini adalah waktu yang paling baik untuk memulai proses periode interaksi antara ibu dan bayi.

Asuhan Masa Transisi :

- 1) Kaji dan pantau frekuensi jantung dan pernafasan, setiap 30 menit pada 4 jam pertama setelah kelahiran.
- 2) Jaga bayi agar tetap hangat (suhu aksila $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C) dengan penggunaan selimut hangat diatas kepala.
- 3) Tempatkan ibu dan bayi bersama-sama kulit ke kulit, untuk memfasilitasi interaksi ibu dan bayi.

2. Periode Tidur

Berlangsung sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2-4 jam.

Karakteristik bayi sebagai berikut :

- a. Bayi dalam keadaan tidur, frekuensi jantung dan pernafasan menurun.
- b. Kestabilan warna kulit terdapat beberapa akrosianosis.
- c. Bising usus bisa didengar.
- d. Asuhan Periode Tidur :

Fase tidur ini bayi tidak berespon terhadap stimulus eksternal, orang tua dapat memeluk dan mengendongnya.

3. Periode Kedua Reaktifitas

Periode kedua reaktivitas dari usia sekitar 2 jam sampai 6 jam.

Karakteristik :

- a. Mempunyai tingkat sensitivitas tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan. Kisaran frekuensi nadi apikal dari 120 sampai 160 kali/ menit dan dapat bervariasi mulai (<120 kali/menit) hingga takikardia (> 160 kali/menit). Frekuensi pernafasannya berkisar dari 30 sampai 60 kali/menit, dengan periode pernafasan yang lebih cepat, tetapi pernafasan tetap stabil (tidak ada pernafasan cuping hidung ataupun retraksi).
- b. Fluktuasi warna kulit dari warna merah jambu atau kebiruan ke sianotik ringan disertai dengan bercak-bercak.
- c. Bayi kerap kali berkemih dan mengeluarkan mekonium selama periode ini.
- d. Peningkatan sekresi mukus dan bayi tersedak saat sekresi.
- e. Reflek menghisap sangat kuat dan bayi sangat aktif.

Asuhan Periode Kedua Reaktifitas

- 1) Observasi bayi terhadap kemungkinan tersedak saat pengeluaran mukus.
- 2) Observasi kemungkinan apnoe dan stimulasi segera jika diperlukan misalnya, masase punggung bayi, miringkan bayi.
- 3) Kaji kebutuhan bayi untuk memberikan ASI.

1.5.3 Kebutuhan Dasar BBL

Menurut Affandi (2017), kebutuhan dasar BBL meliputi:

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.

- 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.

2. Penilaian awal BBL

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

- a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?
- c. Jika bayi tidak bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

3. Mencegah kehilangan panas

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

4. Merawat tali pusat

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

5. Pemberian ASI

Prinsip pemberian ASI adalah sedini mungkin dan eksklusif. Bayi baru lahir harus mendapatkan ASI satu jam setelah lahir. Anjurkan ibu memeluk bayinya dan mencoba segera menyusukan bayi segera setelah tali pusat diklem atau dipotong.

6. Pencegahan infeksi pada mata

Pencegahan infeksi tersebut menggunakan salep mata tetrasiklin 1%. Salep antibiotika tersebut harus diberikan dalam waktu satu jam setelah kelahiran.

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.

8. Pemberian imunisasi Hepatitis B. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu bayi.

1.5.4 Tanda Bahaya BBL

Menurut Saifuddin (2009), semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda berikut:

1. Sasak nafas
2. Frekuensi pernafasan 60 kali/menit
3. Gerak retraksi di dada
4. Malas minum
5. Panas atau suhu badan bayi rendah
6. Kurang aktif
7. Berat lahir rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum.

Tanda–tanda bayi sakit berat, apabila terdapat salah satu atau lebih tanda-tanda berikut:

1. Sulit minum
2. Sianosis sentral (lidah biru)
3. Perut kembung
4. Periode apneu
5. Kejang/periode kejang-kejang kecil
6. Merintih

7. Perdarahan
8. Sangat kuning
9. Berat badan lahir < 1500 gram.

1.5.5 Standar Asuhan BBL

1. Standar Pelayanan Minimal

Menurut Depkes RI (2012), 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. Pelaksanaa 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 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. 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.
- j. 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 menyusu dengan baik atau tidak.
 - 5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
 - 6) Dokumentasikan.
- k. 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 menyusu dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan jadwal kunjungan neonatal.
- l. 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 menyusu dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan.
- m. 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 agar dapat mengetahui tanda bahaya atau komplikasi yang terjadi.
 - 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) Format pencatatan (Buku KIA, Formulir BBL, Formulir register kohort bayi).

1.6 Konsep Dasar Neonatus

1.6.1 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). 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).

1.6.2 Kebutuhan neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut Anik (2014), yaitu :

1. Kebutuhan Asih pada Neonatus:
 - a. Asih merupakan kebutuhan emosional.
 - b. Asih adalah kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ciptaan yang erat dan kepercayaan dasar untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik maupun mental.
 - c. Asih bisa disebut sebagai ikatan kasih sayang.
2. *'Bonding attachment'* pada neonatus dapat dipenuhi dengan cara-cara yang diuraikan dengan cara berikut ini:
 - a. Pemberian ASI eksklusif
Dengan dilakukannya pemberian ASI secara eksklusif segera setelah lahir, secara langsung bayi akan mengalami kontak kulit dengan ibunya.
 - b. Rawat gabung

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

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

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

d. Suara (*Voice*)

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

e. Aroma/Odor (Bau Badan)

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

f. Gaya bahasa (*Entrainment*)

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

3. Kebutuhan Asuhan pada Neonatus

Hal-hal yang dibahas dalam kebutuhan asuhan pada neonatus antara lain:

a. Air Susu Ibu (ASI)

Merupakan makanan terbaik untuk bayi sebagai anugrah Tuhan yang Maha Esa. ASI merupakan nutrisi yang paling lengkap untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. ASI mengandung zat gizi yang sangat lengkap, antara lain karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, factor per-tumbuhan, hormon, enzim dan kekebalan. Semua zat ini terdapat secara proposional dan seimbang satu dengan lainnya pada ASI.

b. Mandi

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

c. **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.

d. **Imunisasi pada neonates**

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 memasukan vaksin atau serum kedalam tubuh manusia, melalui oral atau suntikan.

1.6.3 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/letargis.
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.

1.6.4 Imunisasi Dasar Lengkap

Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi Bayi dan Balita (bawah usia 2 tahun)

Umur (Bulan)	Jenis Imunisasi
<24 jam	Hepatitis B
1 bulan	BCG, OPV1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, OPV2
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, OPV3
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, OPV4, IPV
9 bulan	Campak
18 bulan	DPT-HB-Hib 1, Campak (Lanjutan)

Afandi, 2015

1.6.5 Standar Asuhan Neonatus

Menurut Data Depkes RI (2012), standar pelayanan minimal untuk neonatus adalah:

1. Standar Pelayanan Minimal
 - 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.

1.7 Konsep Keluarga Berencana

1.7.1 Pengertian KB

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

Penggunaan kontrasepsi pasca perlinan 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 (Kemenkes RI, 2015).

1.7.2 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 atau punyang 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, mata, saraf dan penyakit 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 Pascakeguguran
 - d) Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke-14 atau
 - e) Tidak melakukan hubungan seksual sampai ibu telah menghabiskan paket pil tersebut
 - f) Setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui
 - g) 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.
 - h) Kelebihan
 - i) Sangat efektif bila digunakan secara teratur
 - j) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - k) Tidak mempengaruhi ASI
 - l) Kesuburan cepat kembali
 - m) Nyaman dan mudah digunakan
 - n) Sedikit efek samping
 - o) Dapat dientikan setiap saat
 - p) Tidak mengganggu estrogen
- 6) 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
- 7) 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 non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain
- i) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung 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 sintetis 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 lender servik menghambat transportasi gamet oleh tuba/mengganggu motilitas tuba.

4) Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak/belum
- c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi
- d) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan

- e) Setelah melahirkan anak dan tidak menyusui
 - f) Anemia
 - g) Nyeri haid hebat
 - h) Haid teratur
 - i) Riwayat kehamilan ektopik
 - j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- 5) 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 pascapersalinan 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) Pascakeguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan ataudalam 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 komsbinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal
 - k) kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.

l) 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 pervaginam 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 Intra Muskuler.
- b) Depo Nonsterat Enontat (Depo Nonsterat) yang mengandung 200 mg 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 lender rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamat 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 amenorhea
 - d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - e) Diabetes mellitus disertai komplikasi
- 6) Kelebihan
- a) Sangat efektif
 - b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
 - c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami- istri
 - d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
 - e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
 - f) Sedikit efek samping
 - g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
 - h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
 - i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik dan menurunkan kejadian penyakit radang panggul
 - j) Menurunkan krisis anemia bulan sabit
- 7) Keterbatasan

- a) Sering ditemukan gangguan haid
 - b) Klien sangat bergantung pada tempat saran pelayanan kesehatan
 - c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
 - d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
 - e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
 - f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian suntikan
 - g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)
 - h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
 - i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang
 - j) Pada penggunaan jangka panjang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.
- 8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin
- a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
 - b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
 - c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tersebut tidak hamil.
 - d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan
 - e) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya
 - f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi 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 pervaginam 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 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) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
- 3) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metodekontrasepsilain untuk 7 hari saja
- 4) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja
- 5) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat
- 6) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja
- 7) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil.
- 8) Pasca keguguran implant dapat segera diinsersikan
- 9) 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.

- 10) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implant dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut.
- 11) 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

AKDR CuT-380A Kecil, kerangka dari plastic yang fleksibel, berbentuk huruf T diselimuti 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, servisit) 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) Preforasi dinding uterus
 - d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
 - e) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
 - f) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
 - g) Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan serta sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan AKDR

h. Waktu penggunaan kontrasepsi AKDR

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid
- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan atau setelah menderita abortus
- 4) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

i. Tanda Bahaya dan Komplikasi

- 1) Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
- 2) 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.

1.7.3 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 2.5 Daftar Titik Penapisan Klien Metode Non-operatif

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 penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk) Ya

Tidak

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, mak dapat diteruskan dengan konseling metode khusus. Bila respon banyak yang “ya” (positif), berarti klien perlu dievaluasi sebelum keputusan akhir dibuat.

1.7.4 Konseling Pra dan Pasca Pemasangan Alat Kontrasepsi

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

Sa: **S**apa dan **S**alam 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).

1.7.5 Efek Samping dan Penanganan

1. Pil progestin (minipil)

Tabel 2.6 Penanganan efek samping yang sering ditemukan di pil progestin

Efek samping	Penanganan
Amenorea	Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Cukup konseling saja. Bila amenore berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik. Bila hamil jelaskan kepada klien bahwa minipil sangat kecil menimbulkan kelainan pada janin. Bila diduga kehamilan ektopik, klien perlu dirujuk, jangan memberikan obat-obat hormonal.
Perdarahantidak teratur/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

Menurut Affandy (2015) Penanganan efek samping yang sering ditemukan pada suntikan:

- a. Amenore (tidak terjadi perdarahan/spotting).
 - 1) Bila tidak hamil,
 - 2) pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik.
 - 3) Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan.
 - 4) Bila terjadi kehamilan ektopik rujuk klien segera.

5) Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan, juga rujuk ke klinik.

b. Perdarahan /perdarahan bercak (spotting).

- 1) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan
- 2) ingin melanjutkan suntikan, maka dapat di sarankan 2 pilihan pengobatan.
- 3) 1 pil siklus kontrasepsi kombinasi (30-35 mg etinilestradiol).
- 4) Ibuprofen (sampai 80 mg, 3x/hari untuk 5 hari. Atau obat sejenis lain.
- 5) Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal atau 1.25 mg esterogen equin untuk 14-21 hari.

c. Meningkatnya/menurunnya berat badan.

- 1) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih hentikan suntikan dan znjurkan kontrasepsi lain.

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

Menurut Afanddi (2015) Penanganan efek samping yang sering ditemukan:

a. Amenore

- 1) Pastikan hamil atau tidak.

- 2) Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu di cabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20-50%).
- 3) Ika saja klien menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah maka rujuk klien.
- 4) Jika terjadi kehamilann kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat , cabut AKDR.
- 5) Nasehatkan kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau , atau demam.
- 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu.
- 7) Jika klien hamil dan tidak ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya. Jelaskan kepadanya bahwa meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus di awasi ketat.

b. Kram

- 1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai.
- 2) Jika kramnya parah dan tidak di temukan penyebabnya, cukup di beri analgetik saja.
- 3) Jika penyebabnya tidak dapat di temukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.

c. Perdarahan yang tidak beratur dan banyak.

- 1) Sering ditemukan terutama pada 3-6 bulan pertama.
- 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila di anggap perlu.
- 3) Bila tidak di temukan kehamilan 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 1-21 hari.
- 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR.

- d. Benang hilang.
 - 1) Periksa apakah klien hamil.
 - 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu di lakukan.
 - 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada di dalam rahim dan klien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG.
 - 4) Bila tidak di temukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid.
 - 5) Jika di temukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan amenore.
- e. Cairan vagina/dugaan radang panggul.
 - 1) Bila penyebabnya kuman genokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai.
 - 2) Penyakit radang panggul yang lain cukup di obati dan AKDR tidak perlu di cabut.
 - 3) Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai AKDR berikan antibiotika selama 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan dibantu untuk memilih metode kontrasepsi lain.

1.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1.8.1 Manajemen Varney

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

1. Standar I: Metode Asuhan

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

Definisi operasional:

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

2. Standar II: Pengkajian

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

Definisi Operasional:

- a. Ada format pengumpulan data
 - b. Pengumpulan data dilakukan secara sistematis, terfokus, yang meliputi data:
 - 1) Demografi identitas klien.
 - 2) Riwayat penyakit terdahulu.
 - 3) Riwayat kesehatan reproduksi.
 - a) Riwayat haid
 - b) Riwayat bedah organ reproduksi.
 - c) Riwayat kehamilan dan persalinan
 - d) Pengaturan kesuburan.
 - e) Faktor kongenital atau keturunan yang terkait.
 - 4) Keadaan kesehatan saat ini termasuk kesehatan reproduksi.
 - 5) Analisis data.
- ## 3. Standar III : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

Definisi operasional:

- a. Diagnosa kebidanan dibuat sesuai dengan hasil analisa data.
 - b. Diagnosa kebidanan dirumuskan secara sistematis.
- ## 4. Standar IV: Rencana Asuhan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan dari diagnosa kebidanan.

Definisi operasional:

- a. Ada format rencana asuhan kebidanan.
 - b. Format rencana asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa, berisi rencana tindakan, evaluasi dan tindakan.
- ## 5. Standar V: Tindakan

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

Definisi operasional:

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

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

Definisi operasional:

- a. Klien atau keluarga mendapatkan informasi tentang :
 - 1) Status kesehatan saat ini.
 - 2) Rencana tindakan yang akan dilaksanakan.
 - 3) Peranan klien atau keluarga dalam tindakan kebidanan.
 - 4) Peranan petugas kesehatan dalam tindakan kebidanan.
 - 5) Sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan.
 - b. Klien dan keluarga dilibatkan dalam menentukan pilihan untuk mengambil keputusan dalam asuhan.
 - c. Pasien dan keluarga diberdayakan dalam terlaksananya rencana asuhan klien.
7. Standar VII: Pengawasan

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

Definisi operasional:

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

8. Standar VIII: Evaluasi

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

Definisi operasional:

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

9. Standar IX: Dokumentasi

Asuhan kebidanan di dokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan.

Definisi operasional:

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

1.8.2 Kompetensi Bidan

Menurut Kemenkes (2007), standar kompetensi bidan ada 9 yaitu:

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.