

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Continuity Of Care

2.1.1 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). “*Continuity of care*” meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari prakehamilan hingga persalinan, periode postnatal dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya (Astuti, dkk, 2017).

Tujuan *Continuity of care* menurut Saifuddin (2014), tujuan umum dilakukan asuhan kehamilan yang berkesinambungan adalah sebagai berikut :

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

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Prawirohardjo (2016), kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu 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).

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya. kehamilan matur adalah 280 hari atau 10 bulan atau 40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT) (Mochtar, 2015).

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

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari HPHT (Syaifuddin, 2016).

2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

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

Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan Ultrasonografi (USG) akan tampak

sebagai kantong gestasi berdiameter 1 cm, tetapi embrio belum tampak. Pada minggu ke-6 dari HPHT sampai usia konsepsi 4 minggu, embrio berukuran 2-3 cm. Pada saat itu akan tampak denyut jantung dengan USG. Pada akhir minggu ke-8 usia gestasi sampai 6 minggu usia embrio, embrio berukuran 22–24 mm, dimana akan tampak kepala yang relatif besar dan tonjolan jari.

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

Tabel 2.1 Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi	Organ
6 Minggu	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih tergegang dan jantung telah terbentuk penuh.
7 Minggu	Mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah.
8 Minggu	Mirip dengan manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna, sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk.
9 Minggu	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13 - 16 Minggu	Janin berukuran 15 cm, merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Normalnya denyut jantung janin 120 – 150 permenit.
17 - 24 Minggu	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin sudah mempunyai reflek.
25 - 28 Minggu	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. System saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29 - 32 Minggu	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relative stabil.

33 - 36 Minggu	Berat janin 1500 - 2500 gram, lanugo (rambut janin) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38 - 40 Minggu	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: Prawirohardjo, 2016

Menurut Marmi (2014), tahap awal perkembangan manusia diawali dengan peristiwa pertemuan atau peleburan sel sperma dengan sel ovum yang dikenal dengan peristiwa fertilisasi. Fertilisasi akan menghasilkan sel individu baru yang disebut dengan zygote dan akan melakukan pembelahan diri atau pembelahan sel (*cleavage*) menuju pertumbuhan dan perkembangan menjadi embrio.

Tahapan pertumbuhan dan perkembangan embrio dibedakan menjadi 2 tahapan, yaitu :

a. Fase Embrionik

Fase embrionik adalah fase pertumbuhan dan perkembangan makhluk hidup selama masa embrio yang diawali dengan peristiwa fertilisasi sampai dengan terbentuknya janin di dalam tubuh individu betina.

Tabel 2.2 Perkembangan pada masa embrio

Bulan ke-	Keterangan
1	Sudah terbentuk organ-organ tubuh yang penting seperti jantung yang berbentuk pipa, sistem saraf pusat (otak yang berupa gumpalan darah) serta kulit. Embrio berukuran 0,6 cm.
2	Tangan dan kaki sudah terbentuk, alat kelamin bagian dalam, tulang rawan (cartilago). Embrio berukuran 4 cm.
3	Seluruh organ tubuh sudah lengkap terbentuk, termasuk organ kelamin luar. Panjang embrio mencapai 7 cm dengan berat 20 gram.
4	Sudah disebut dengan janin dan sudah mulai bergerak aktif. Janin mencapai berat 100 gram dengan panjang 14 cm.
5	Janin akan lebih aktif bergerak, dapat memberikan respon terhadap suara keras dan menendang. Alat kelamin janin sudah lebih nyata dan akan terlihat bila dilakukan USG (Ultra Sonographi).

-
- | | |
|---|---|
| 6 | Janin sudah dapat bergerak lebih bebas dengan memutar badan atau berubah posisi. |
| 7 | Janin bergerak dengan posisi kepala ke arah liang vagina. |
| 8 | Janin semakin aktif bergerak dan menendang. Berat dan panjang janin semakin bertambah, seperti panjang 35-40 cm dan berat 2500 – 3000 gram. |
| 9 | Posisi kepala janin sudah menghadap liang vagina. Bayi siap untuk dilahirkan. |
-

Sumber: Marmi, 2014

b. Fase Pasca Embrionik

Yaitu fase pertumbuhan dan perkembangan makhluk hidup setelah masa embrio, terutama penyempurnaan alat-alat reproduksi setelah dilahirkan.

Pada fase ini pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi biasanya hanya peningkatan ukuran bagian-bagian tubuh dari makhluk hidup. Kecepatan pertumbuhan dari masing-masing makhluk hidup berbeda-beda satu dengan yang lain. Setelah lahir disebut dengan nama bayi dan memasuki masa neonatal.

2.2.3 Tanda-tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan maka dapat ditetapkan dengan melakukan penelitian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil sehingga bidan dapat mendiagnosa kehamilan. Menurut Astuti (2017), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Tanda tidak pasti (Presumtif)

a. Amenorrhea

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

b. Mengidam

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

c. Pingsan

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

d. Perdarahan sedikit

Terjadi perdarahan yang biasanya muncul pada hari ke-11 sampai dengan hari ke-14 setelah haid, berwarna merah muda, sedikit (bercak), dengan lama 1-3 hari. Darah ini kemungkinan berasal dari tempat tertanamnya sel telur yang sudah dibuahi di dalam rahim. Hal ini bisa terjadi akibat kelelahan dari aktivitas yang dilakukannya.

e. Suhu tubuh naik

Metabolisme (pembakaran kalori) di dalam tubuh wanita hamil menjadi lebih cepat. Hal tersebut dilakukan untuk memenuhi zat gizi bagi ibu dan janin. Oleh sebab itu, suhu tubuh akan meningkat 2-3⁰c dari biasanya sehingga ibu merasa sedikit demam.

f. Penciuman lebih sensitif

Peningkatan hormon estrogen yang drastis juga menyebabkan terjadi pelebaran pembuluh darah, termasuk yang ada di daerah hidung dan sekitarnya sehingga kerja saraf penciuman menjadi lebih sensitif.

Kemampuan untuk mencium bau-bau menjadi lebih tajam, misalnya kopi, bumbu, aroma masakan, parfum dan asap rokok.

g. Mual dan muntah

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

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

h. Lelah

Hormon progesteron menyebabkan terjadi penurunan fungsi beberapa organ tumbuh sehingga tubuh bekerja keras untuk menstabilkan dan membantu kerja organ tersebut. Salah satu organ yang dipengaruhi adalah lambung. Lambatnya proses pencernaan makanan menyebabkan kebutuhan oksigen di lambung meningkat sehingga oksigen untuk organ lain, misalnya mata, otak dan organ lainnya menjadi berkurang. Oleh sebab itu, timbul perasaan mengantuk, lelah dan lemas.

i. Payudara membesar

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

j. Sering berkemih

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

k. Sembelit

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

l. Pigmentasi kulit

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

m. Epulsi

Gusi dan mukosa (selaput lendir) menjadi mudah berdarah akibat pembuluh darah yang melebar selama kehamilan.

n. Varises

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

2. Tanda Mungkin Hamil

a. Perut membesar

Perut yang besar sangat identik dengan adanya kehamilan. Pada wanita yang memang benar hamil, perut akan ikut membesar karena rahim yang membesar. Namun, tidak semua perut yang membesar merupakan akibat

kehamilan, mungkin saja akibat faktor kegemukan atau terdapat penyakit pada abdomen, misalnya tumor atau adanya cairan di rongga perut (*asites*).

b. Uterus membesar

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

c. Tanda hegar

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

d. Tanda chadwick

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

e. Tanda piscacek

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

f. Braxton-hicks

Ibu yang hamil dapat merasakan kontraksi yang timbul sesekali, tepatnya berada di perut bagian bawah, misalnya perasaan nyeri dan tegang. Nyeri tersebut juga dapat timbul secara tiba-tiba pada saat perut ibu dilakukan palpasi (periksa raba) dan saat periksa dalam.

g. Teraba ballotement

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

3. Tanda pasti hamil

Ada beberapa tanda yang memastikan adanya kehamilan, meliputi:

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

2.2.4 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 yaitu 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 minggu).

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 akan bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak disebut Tanda Goodell. Kelenjar Endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Karena pertambahan 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 dibawah 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 yang 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, di ikuti pertambahan curah jantung (cardiac output), yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$. Akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan Dekompensasi Cordis.

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

b. 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*).

c. Saluran Pencernaan (Traktus Digestivus)

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

d. Tulang dan Gigi

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

e. Kulit

Pada daerah kulit tertentu terjadi hiperpigmentasi, yaitu pada:

- 1) Muka : Cloasma Gravidarum
- 2) Payudara : puting susu dan areola payudara.
- 3) Perut : linea nigra, striae livide, striae albicans
- 4) Vulva

f. Kelenjar Endokrin

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

g. Metabolisme

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

- 1) Tingkat metabolik basal atau Basal Metabolic Rate (BMR) pada wanita hamil meningkat hingga 15-25% terutama pada trimester akhir.
- 2) Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
- 3) 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.

4) Metabolisme mineral

- a) Kalsium : dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
- b) Fosfor : dibutuhkan rata-rata 2 gram per hari.
- c) Zat besi : dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg atau 30-50 mg per hari.
- d) Air : wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
- 5) 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:

- a) Janin, uri, air ketuban, uterus
 - b) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air.
- 6) 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.
- 7) 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 makanan yang berisi mineral dan vitamin.

h. Payudara atau Mammary

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

2.2.5 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Ada beberapa perubahan psikologis dalam masa kehamilan adalah :

1. Trimester I

Pada trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, dimana wanita harus melakukan penyesuaian bahwa ia sedang mengandung dan menyesuaikan diri terhadap adanya perubahan yang ada pada dirinya. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Penurunan hasrat seksual juga terjadi pada trimester pertama ini (Marmi, 2014).

2. Trimester II

Pada tahap ini ibu sudah bisa menerima kehamilannya, mengalami peningkatan libido dan menuntut perhatian yang lebih dari suami. Pada masa ini ibu sudah bisa merasakan gerakan janinnya (Prawirohardjo, 2016).

Trimester kedua ini dibagi menjadi dua fase, yakni fase *praqueckning* dan pasca *queckning*. *Queckning* menunjukkan kenyataan adanya kehidupan yang terpisah, yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester ini yakni mengembangkan identitas sebagai ibu bagi dirinya sendiri, yang berbeda dari ibunya (Marmi, 2014).

Pada trimester kedua ini, wanita hampir terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik dan ukuran perut wanita belum menjadi masalah besar, *lubrikasi vagina* menjadi semakin banyak pada masa ini, kecemasan, kekhawatiran dan masalah-masalah yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada wanita tersebut mereda dan ia telah mengalami perubahan dari seseorang menuntut kasih sayang dari ibunya menjadi seorang pencari kasih sayang dari pasangannya dan semua faktor ini turut mempengaruhi peningkatan libido dan kepuasan seksual (Marmi, 2014).

3. Trimester III

Perubahan psikologis yang terjadi pada trimester III yaitu ibu merasa ketidaknyamanan merasa dirinya jelek, aneh, dan mengalami perasaan yang mudah terluka (*sensitif*). Dalam tahap ini libido menurun dan ibu merasa khawatir, takut, cemas jika bayi yang dilahirkan dalam keadaan tidak normal (Prawirohardjo, 2016).

Trimester ketiga ini sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ia mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia tidak sabar menantikan kelahiran sang bayi (Marmi, 2014).

Sejumlah ketakutan mulai muncul dalam trimester ini, yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti apakah bayinya nanti akan lahir abnormal, terkait dengan persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan menyadari bahwa ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi (Marmi, 2014).

2.2.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Marmi (2014), kebutuhan dasar ibu hamil adalah:

1. Oksigen

Paru-paru bekerja lebih berat untuk keperluan ibu dan janin. Pada kehamilan trimester akhir sebelum kepala masuk PAP, paru-paru ibu terdesak ke atas sehingga menyebabkan sesak nafas.

Untuk mencegah hal tersebut, maka ibu hamil perlu:

- a. Latihan nafas dengan senam hamil
- b. Tidur dengan bantal yang tinggi
- c. Makan tidak terlalu banyak (tapi sering)
- d. Hentikan merokok
- e. Konsultasikan ke dokter bila ada gangguan nafas seperti asma
- f. Posisi miring kiri sangat dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasma dengan mengurangi tekanan vena asenden (hipotensi supine).

2. Nutrisi

Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15 % dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan ibu dan janin. Makanan yang dikonsumsi ibu hamil 40 % digunakan untuk pertumbuhan janin dan sisanya (60 %) digunakan untuk pertumbuhan ibunya. Secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11 - 13 kg.

Pada trimester pertama, umumnya ibu hamil mengalami penurunan BB karena nafsu makan turun dan sering timbul muntah. Pada kondisi ini, ibu harus tetap berusaha untuk makan agar janin tumbuh baik. Makan makanan dengan porsi sedikit tapi sering seperti sup, susu, telur, biskuit, buah-buahan segar dan jus.

Pada trimester kedua, nafsu makan mulai meningkat, kebutuhan makan harus lebih banyak dari biasanya meliputi zat sumber tenaga pembangun, pelindung dan pengatur.

Pada trimester ketiga, nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, makanan yang terlalu manis, terlalu asin, tingkatan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi.

Hal penting yang harus diperhatikan ibu hamil adalah makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu yang seimbang yaitu menu yang mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung.

a. Sumber tenaga

Ibu hamil membutuhkan tambahan energi sebesar 300 kalori perhari sekitar 15 % lebih banyak dari normalnya yaitu 2500 - 3000 kalori dalam sehari. Sumber tenaga ini dapat diperoleh dari karbohidrat dan lemak.

b. Sumber pembangun

Sumber zat pembangun dapat diperoleh dari protein. Kebutuhan protein yang dianjurkan sekitar 800 gram perhari. Dari jumlah tersebut sekitar 70 % dipakai untuk kebutuhan janin dan kandungan.

c. Sumber pengatur dan pelindung

Sumber zat pengatur dan pelindung dapat diperoleh dari air, vitamin dan mineral. Sumber ini dibutuhkan tubuh untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan mengatur kelancaran proses metabolisme tubuh.

Tabel 2.3 Kebutuhan Makanan Sehari-hari untuk Ibu Hamil

Jenis	Tidak Hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	2500	2500	3000
Protein (gr)	60	85	100
Calcium (gr)	0,8	1,5	2
Ferrum (mg)	12	15	15
Vit A (IU)	5000	6000	8000
Vit B (mg)	1,5	1,8	2,3
Vit C (mg)	2,2	2,5	3
Vit D (IU)	+	400-800	400-800

Sumber: Marmi (2014)

3. Personal hygiene

Personal hygiene adalah kebersihan yang dilakukan untuk diri sendiri. Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor banyak mengandung kuman-kuman.

a. Cara merawat gigi

Perawatan gigi perlu dalam kehamilan karena hanya gigi yang baik menjamin pencernaan yang sempurna. Caranya antara lain:

- 1) Tambal gigi yang berlubang
- 2) Mengobati gigi yang terinfeksi
- 3) Untuk mencegah caries
- 4) Menyikat gigi dengan teratur
- 5) Membilas mulut dengan air setelah makan atau minum apa saja
- 6) Gunakan pencuci mulut yang bersifat alkali atau basa.

b. Manfaat mandi

- 1) Merangsang sirkulasi
- 2) Menyegarkan
- 3) Menghilangkan kotoran yang harus diperhatikan
- 4) Mandi dengan hati-hati dan jangan sampai jatuh
- 5) Air harus bersih
- 6) Tidak terlalu dingin atau tidak terlalu panas
- 7) Gunakan sabun yang mengandung antiseptik

c. Perawatan rambut

Rambut harus bersih, keramas satu minggu 2-3 kali.

d. Payudara

Pemeliharaan payudara juga sangat penting, puting susu harus dibersihkan jika basah karena colostrum yang keluar. Puting susu yang tenggelam diusahakan untuk melakukan pemijatan setiap kali mandi.

e. Perawatan vagina atau vulva

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

- 1) Celana dalam keadaan kering
- 2) Jangan terlalu sering menggunakan antiseptik
- 3) Sesudah BAB atau BAK harus dilap terlebih dahulu sebelum menggunakan celana dalam.

f. Perawatan kuku

Kuku harus bersih dan pendek.

g. Pakaian

Pakaian yang digunakan ibu hamil harus nyaman, ringan, mudah menyerap keringat, mudah dicuci, tanpa sabuk atau pita yang menekan bagian perut atau pergelangan tangan, tidak terlalu ketat di bagian leher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita juga tidak dianjurkan karena akan menghambat sirkulasi darah. Sepatu yang digunakan juga harus nyaman dan aman dan kaos kaki yang ketat juga tidak boleh digunakan ibu hamil.

h. BH

Desain BH harus disesuaikan agar dapat menyangga payudara dan nyeri punggung yang tambah menjadi besar pada kehamilan dan memudahkan ibu ketika akan menyusui. BH harus tali besar sehingga tidak terasa sakit dibahu. Ada dua pilihan BH yang bisa tersedia yaitu BH katun biasa dan BH nylon yang halus.

4. Eliminasi

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar, untuk memperlancar dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu minum dan menjaga kebersihan sekitar kelamin perubahan hormonal mempengaruhi aktivitas usus halus dan besar, sehingga buang air besar mengalami obstipasi (sembelit).

Sembelit dapat terjadi secara mekanis yang disebabkan karena menurunnya gerakan ibu hamil, untuk mengatasi sembelit dianjurkan untuk meningkatkan gerak, banyak makan makanan berserat. Sembelit dapat menambah gangguan wasir menjadi lebih besar dan berdarah.

5. Seksual

Masalah hubungan seksual merupakan kebutuhan biologis yang tidak dapat ditawar, tetapi perlu diperhitungkan bagi yang hamil muda sedapat mungkin dihindari. Bila terdapat keguguran berulang atau mengancam kehamilan dengan tanda infeksi, pendarahan, mengeluarkan air.

6. Mobilisasi, Body mekanik

Body mekanik (sikap tubuh yang baik) diinstruksikan kepada wanita hamil karena diperlukan untuk membentuk aktifitas sehari-hari yang aman dan nyaman selama kehamilan.

Karena sikap tubuh seorang wanita yang kurang baik dapat mengakibatkan sakit pinggang. Alternatif sikap untuk mencegah dan mengurangi sakit pinggang, adalah:

- a. Gerakan atau goyangkan panggul dengan tangan diatas lutut dan sambil duduk di kursi dengan punggung yang lurus atau goyangkan panggul dengan posisi berdiri pada sebuah dinding.
- b. Untuk berdiri yang lama misalnya menyetrika, bekerja di luar rumah yaitu letakkan satu kaki diatas alas yang rendah secara bergantian atau menggunakan sebuah kotak.
- c. Untuk duduk yang lama caranya yaitu duduk yang rendah menampakkan kaki pada lantai lebih disukai dengan lutut lebih tinggi dari pada paha.
- d. Menggunakan body mekanik dimana disini otot-otot kaki yang berperan.
 - 1) Untuk menjangkau objek pada lantai atau dekat lantai yaitu dengan cara membengkokkan kedua lutut punggung harus lurus, kaki terpisah 12-18 inchi untuk menjaga keseimbangan.
 - 2) Untuk mengangkat objek yang berat seperti anak kecil caranya yaitu mengangkat dengan kaki, satu kaki diletakkan agak kedepan dari pada yang lain dan juga telapak lebih rendah pada satu lutut kemudian berdiri atau duduk satu kaki diletakkan agak kebelakang dari yang lain sambil ibu menaikkan atau merendahnya.
- e. Menyarankan agar ibu menggunakan sepatu atau sandal yang aman, nyaman dan tumit yang rendah tidak lebih dari 1 inchi.
- f. Exercise atau Senam hamil

Secara umum, tujuan utama persiapan fisik dari senam hamil sebagai berikut:

- 1) Mencegah terjadinya deformitas (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, edema dan lain-lain.
- 2) Melatih dan menguasai teknik pernafasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan. Dengan demikian proses relaksasi dapat berlangsung lebih cepat dan kebutuhan oksigen terpenuhi.

- 3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding, perut, otot-otot dasar panggul dan lain-lain.
- 4) Membentuk sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan.
- 5) Memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi.
- 6) Mendukung ketenangan fisik.

Beberapa persyaratan yang harus diperhatikan untuk melakukan senam hamil sebagai berikut:

- 1) Kehamilan normal yang dimulai pada umur kehamilan 5 bulan (22 minggu)
- 2) Diutamakan kehamilan pertama atau pada kehamilan berikutnya yang menjalani kesakitan persalinan atau melahirkan anak prematur pada persalinan sebelumnya
- 3) Latihan harus secara teratur dalam suasana yang tenang
- 4) Berpakaian cukup longgar
- 5) Menggunakan kasur atau matras
- 6) Istirahat atau Tidur

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam $\pm$ 8 jam dan tidur siang $\pm$ 1 jam.

7. Imunisasi

Imunisasi harus diberikan pada wanita hamil hanya imunisasi TT untuk mencegah kemungkinan tetanus neonatorum. Imunisasi TT harus diberikan sebanyak 2 kali, dengan jarak waktu TT 1 dan TT 2 minimal 1 bulan, dan ibu hamil harus sudah diimunisasi lengkap pada umur kehamilan 8 bulan.

8. Persiapan laktasi

Persiapan menyusui pada masa kehamilan merupakan hal yang penting karena persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya.

Untuk itu ibu hamil sebaiknya masuk dalam kelas Bimbingan Persiapan Menyusui (BPM). Pelayanan pada BPM terdiri atas:

a. Penyuluhan

- 1) Keunggulan ASI
- 2) Manfaat rawat gabung
- 3) Perawatan payudara
- 4) Perawatan bayi
- 5) Gizi ibu hamil dan menyusui
- 6) Keluarga berencana

b. Dukungan psikologis pada ibu untuk menghadapi persalinan dan keyakinan dalam keberhasilan dalam menyusui persiapan psikologis ibu untuk menyusui pada saat kehamilan sangat berarti, karena keputusan atau sikap yang positif harus sudah terjadi pada saat kehamilan atau bahkan jauh sebelumnya. Oleh karena itu, bidan harus dapat membuat ibu tertarik dan simpati.

c. Pelayanan pemeriksaan dan perawatan payudara.

Tujuan pemeriksaan payudara adalah untuk mengetahui lebih dini adanya kelainan, sehingga diharapkan pemeriksaan ini dilakukan pada kunjungan pertama.

Untuk menunjang keberhasilan menyusui, maka pada saat kehamilan trimester akhir (mulai usia kehamilan 36-37 minggu) diharapkan rutin melakukan perawatan payudara.

9. Persiapan kelahiran bayi

Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarganya dan bidan. Dengan adanya rencana persalinan ini akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai serta tepat waktu.

Ada 5 komponen penting dalam rencana persalinan:

Langkah I : Membuat rencana persalinan

Berikut adalah hal-hal penting yang harus diketahui dan diputuskan dalam membuat rencana persalinan.

- a. Tempat persalinan
- b. Memilih tenaga kesehatan terlatih
- c. Bagaimana menghubungi tenaga kesehatan tersebut
- d. Bagaimana transportasi ke tempat persalinan
- e. Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut
- f. Siapa yang akan menjaga keluarganya jika ibu tidak ada.

Langkah II : Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan

Penting bagi bidan dan keluarga untuk mendiskusikan:

- a. Siapa pembuat keputusan utama dalam keluarga
- b. Siapa yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan.

Langkah III : Mempersiapkan alat transportasi jika terjadi kegawatdaruratan

Berikut adalah rencana yang perlu dipersiapkan lebih dini dalam kehamilan dan harus terdiri dari elemen-elemen di bawah ini:

- a. Dimana ibu akan bersalin (desa, fasilitas kesehatan, rumah sakit)
- b. Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan
- c. Bagaimana cara mencari donor darah yang potensial.

Langkah IV : Membuat rencana atau pola menabung untuk persalinan

Keluarga seharusnya dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk selama kehamilan dan jika terjadi kegawatdaruratan.

Langkah V : Mempersiapkan langkah yang diperlukan untuk persalinan

Seporang ibu dapat memepersiapkan segala sesuatunya untuk persalinan. Ia dan keluarganya dapat mengumpulkan barang-barang seperti pembalut wanita atau kain, sabun dan lain-lain dan menyimpannya untuk persiapan persalinan.

2.2.7 Keluhan Ringan Dan Penanganan Dalam Kehamilan

Menurut Varney (2008), tidak semua wanita mengalami semua ketidaknyamanan yang umum muncul selama kehamilan, tetapi banyak wanita mengalaminya dalam tingkat ringan hingga berat. Bebasnya seorang

wanita dari ketidaknyamanan tersebut dapat membuat perbedaan signifikan terhadap cara wanita memandang pengalaman kehamilannya. Aspek fisiologis, anatomis, dan psikologis yang mendasari setiap ketidaknyamanan (jika diketahui) dijelaskan untuk merangsang pikiran mencari upaya lebih lanjut untuk mengatasinya. Cara mengatasi ketidaknyamanan ini didasarkan pada penyebab dan penatalaksanaan didasarkan pada gejala yang muncul. Tidak semua cara tersebut cocok untuk semua wanita. Semakin banyak metode yang diketahui untuk setiap ketidaknyamanan, atau yang dapat anda bayangkan dengan modal pengetahuan yang anda miliki serta pemahaman anda tentang penyebab ketidaknyamanan tersebut, semakin besar peluang untuk ketidaknyamanan tersebut, semakin besar peluang untuk setidaknya satu di antara berbagai metode tersebut akan membantu meredakan rasa tidak nyaman mereka.

Menurut Varney (2008), keluhan ringan dalam kehamilan dan penanganannya adalah sebagai berikut :

1. Nausea

Nausea, dengan atau tanpa disertai muntah-muntah, ditafsirkan keliru sebagai morning Sickness, tetapi paling sering terjadi pada siang atau sore hari atau bahkan sepanjang hari. Nausea lebih kerap terjadi pada saat perut kosong sehingga biasanya lebih parah di pagi hari. Penyebab morning sickness masih belum diketahui dengan pasti, kendati sejumlah ide telah dikembangkan. Ide ini mencakup perubahan hormon selama kehamilan, kadar gula darah yang rendah (mungkin disebabkan oleh tidak makan sehingga mengakibatkan siklus yang tidak berujung pangkal), lambung yang terlalu penuh, peristaltik yang lambat, dan faktor-faktor emosi lain. Sekitar separuh jumlah wanita dengan morning sickness bebas dari gejala tersebut saat menginjak usia kehamilan 14 minggu dan 90 persen diantaranya pada usia kehamilan 22 minggu. Nausea merupakan masalah umum yang dialami oleh lebih dari sebagian hingga tiga perempat wanita hamil. Begitu umum hingga pada kenyataannya nausea dan muntah menjadi salah satu tanda praduga kehamilan.

Ada banyak tindakan untuk meredakan morning sickness. Satu atau semua, atau kombinasi berbagai tindakan, atau malah tak satu pun diantaranya, dapat merupakan cara yang efektif bagi individu tertentu. Metode ini memberi sebagian besar wanita rasa nyaman dan lega karena telah mencoba sesuatu untuk meringankan masalahnya. Saran berikut dapat diberikan :

- a. Makan porsi kecil, sering, bahkan setiap dua jam karena hal ini lebih mudah dipertahankan dibanding makan porsi besar tiga kali sehari.
 - b. Makan biskuit kering atau roti bakar sebelum beranjak dari tempat tidur di pagi hari.
 - c. Jangan menyikat gigi segera setelah makan untuk menghindari stimulasi refleks gag.
 - d. Minumlah minuman yang mengandung karbonat, khususnya gingerale.
 - e. Hindari makanan beraroma kuat atau menyengat.
 - f. Batasi lemak dalam diet
 - g. Coba kenakan pembalut lengan yang berfungsi sebagai akupresur.
 - h. Selalu ingat bahwa nausea kemungkinan besar berakhir pada trimester ke dua.
 - i. Istirahat.
2. Ptialisme (Salivasi Berlebihan)

Ptialisme merupakan kondisi yang tidak lazim, yang dapat disebabkan oleh peningkatan keasaman di dalam mulut atau peningkatan asupan zat pati, yang menstimulasi kelenjar saliva pada wanita yang rentan mengalami sekresi berlebihan. Para wanita yang mengalami ptialisme biasanya juga mengalami mual. Kondisi mereka berlangsung terus menerus dan menjadi suatu siklus karena bukan saja saliva yang berlebihan ini membuat rasa mual semakin kuat, tetapi keinginan untuk menghindari nausea juga mengakibatkan pasien menelan lebih sedikit makanan sehingga jumlah saliva di dalam mulut meningkat.

3. Keletihan

Keletihan dialami pada trimester pertama, namun alasannya belum diketahui. Salah satu dugaan adalah bahwa keletihan diakibatkan oleh

penurunan drastis laju metabolisme dasar pada awal kehamilan, tetapi alasan hal ini terjadi masih belum jelas. Dugaan lain adalah bahwa peningkatan progesteron memiliki efek menyebabkan tidur. Untungnya, kelelahan merupakan ketidaknyamanan yang terbatas dan biasanya hilang pada akhir trimester pertama. Kelelahan dapat meningkatkan intensitas respons psikologis yang dialami wanita pada saat ini.

Metode untuk meredakannya adalah meyakinkan kembali wanita tersebut bahwa kelelahan adalah hal yang normal dan bahwa kelelahan akan hilang secara spontan pada trimester ke dua. Pengetahuan ini akan membantu wanita untuk sering beristirahat selama siang hari jika memungkinkan hingga kelelahannya menghilang. Latihan ringan dan nutrisi yang baik juga dapat membantu mengatasi kelelahan.

4. Nyeri Punggung Bagian Atas

Nyeri punggung bagian atas terjadi selama trimester pertama akibat peningkatan ukuran payudara, yang membuat payudara menjadi berat. Hal ini merupakan salah satu tanda praduga kehamilan. Pembesaran ini dapat mengakibatkan tarikan otot jika payudara tidak disokong adekuat.

Metode untuk mengurangi nyeri ini ialah dengan menggunakan bra yang berukuran sesuai ukuran payudara. Karakteristik bra yang baik akan dijelaskan pada bagian akhir bab ini, pada pembahasan mengenai instruksi dan panduan antisipasi. Dengan mengurangi mobilitas payudara, bra penyokong yang berukuran tepat juga mengurangi ketidaknyamanan akibat nyeri tekan pada payudara yang timbul karena pembesaran payudara.

5. Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam akibat perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil Déderlein. Meski basil ini berfungsi melindungi ibu dan janin dari kemungkinan infeksi yang mengancam, tetapi basil ini merupakan medium yang dapat mempercepat pertumbuhan organisme yang bertanggung jawab terhadap terjadinya vaginitis. Produktivitas kelenjar serviks dalam menyekresi sejumlah besar lendir pada

saat ini guna membentuk sumbat lendir serviks ternyata juga dapat mengakibatkan leukorea. Upaya untuk mengatasi leukorea adalah dengan memperhatikan kebersihan tubuh pada area tersebut dan mengganti panty berbahan katun dengan sering. Wanita sebaiknya tidak melakukan douch atau menggunakan semprot untuk menjaga kebersihan area genitalia.

6. Peningkatan Frekuensi Berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan nonpatologis pada kehamilan sering terjadi pada dua kesempatan yang berbeda selama periode antepartum. Frekuensi berkemih selama trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus. Peningkatan berat pada fundus uterus ini membuat istmus menjadi lunak (tanda Hegar), menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar. Hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan ini akan berkurang seiring uterus terus membesar dan keluar dari panggul sehingga menjadi salah satu organ abdomen, sementara kandung kemih tetap merupakan organ panggul. Frekuensi berkemih pada trimester ke tiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan ini menyebabkan wanita merasa perlu berkemih. Uterus yang membesar atau bagian presentasi uterus juga mengambil ruang di dalam rongga panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil sebelum wanita tersebut merasa perlu berkemih. Hal yang perlu diingat juga adalah pola berkemih yang tadinya diurnal berubah menjadi pola nokturia karena edema dependen yang terakumulasi sepanjang hari diekskresi.

Satu-satunya metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih ini adalah menjelaskan mengapa hal tersebut terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur.

7. Nyeri Ulu Hati

Nyeri ulu hati, ketidaknyaman yang mulai timbul menjelang akhir trimester ke dua dan bertahan hingga trimester ke tiga adalah kata lain untuk

regurgitasi atau refluks isi lambung yang asam menuju esofagus bagian bawah akibat peristaltis balikan. Isi lambung bersifat asam karena sifat asam hidroklorida yang terdapat di dalam lambung. Keasaman ini menyebabkan materi tersebut membakar tenggorok dan terasa tidak enak.

Ada beberapa cara untuk mengurangi nyeri ulu hati. Menemukan kombinasi yang dapat membantu masing-masing wanita pada dasarnya adalah persoalan mencoba dan belajar dari kesalahan. Saran yang dapat diberikan antara lain:

- a. Makan dalam porsi kecil, tetapi sering, untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh.
 - b. Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya; postur tubuh membungkuk hanya menambah masalah karena posisi ini menambah tekanan pada lambung.
 - c. Hindari makanan berlemak; lemak mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk pencernaan.
 - d. Hindari minum bersamaan dengan makan karena cairan cenderung menghambat asam lambung, diet makanan kering tanpa roti-rotian dapat membantu sebagian wanita.
 - e. Hindari makanan dingin.
 - f. Hindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan gangguan pencernaan.
 - g. Upayakan minum susu murni daripada susu manis.
 - h. Minum susu skim dan atau konsumsi es krim rendah lemak.
 - i. Hindari makanan berat atau makanan lengkap sesaat sebelum tidur.
8. Flatulen

Peningkatan flatulen diduga akibat penurunan motilitas gastrointestinal. Hal ini kemungkinan merupakan akibat efek peningkatan progesteron yang merelaksasi otot halus dan akibat pergeseran serta tekanan pada usus halus karena pembesaran uterus.

Satu-satunya cara untuk mengurangi flatulen adalah pola memiliki defekasi, harian teratur dan menghindari makanan yang menghasilkan gas.

Posisi lutut - dada akan membantu ketidaknyamanan akibat gas yang terperangkap di dalam.

9. Konstipasi

Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah ini pada trimester ke dua atau ke tiga. Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi. Salah satu efek samping yang umum muncul pada penggunaan zat besi adalah konstipasi. Hal ini memperberat masalah bagi sebagian besar wanita hamil.

Berikut merupakan cara penanganan konstipasi yang paling efektif jika semua cara digunakan secara padu. Obat-obatan hanya boleh digunakan jika cara yang alami tidak adekuat

- a. Asupan cairan yang adekuat, yakni minum air minimal 8 gelas/hari (ukuran gelas minum)
- b. Konsumsi buah prem atau jus prem karena prem merupakan laksatif ringan alami
- c. Istirahat cukup. Hal ini memerlukan periode istirahat pada siang hari
- d. Minum air hangat (misal: air putih, teh) saat bangkit dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltis
- e. Makan makanan berserat, dan mengandung serat alami (misal: selada, daun seledri, kulit padi)
- f. Miliki pola defekasi yang baik dan teratur. Hal ini mencakup penyediaan waktu yang teratur untuk melakukan defekasi dan kesadaran untuk tidak mengacuhkan "dorongan" atau menunda defekasi.
- g. Lakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur yang baik, mekanisme tubuh yang baik, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur. Semua kegiatan ini memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar

- h. Konsumsi laksatif ringan, pelunak feses, dan/atau supositoria gliserin jika ada indikasi.

10. Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul

Ada sejumlah cara untuk mengatasi hemoroid. Beberapa cara yang dilakukan hanya memberi rasa nyaman, sedangkan cara lain menyebabkan baal sekaligus mengurangi hemoroid. Cara yang terakhir akan dijelaskan pada daftar cara penanganan hemoroid berikut ini:

- a. Hindari konstipasi; pencegahan merupakan cara penanganan yang paling efektif.
- b. Hindari mengejan saat defekasi
- c. Mandi berendam hangatnya air tidak hanya memberi kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi
- d. Kompres witch hazel (untuk mengurangi hemoroid)
- e. Kompres es (untuk mengurangi hemoroid)
- f. Kompres garam Epsom (untuk mengurangi hemoroid)
- g. Masukkan kembali hemoroid ke dalam rektum (menggunakan lubrikasi) dilakukan sambil latihan mengencangkan perineum (Kegel)
- h. Tirah baring dengan cara mengelevasi panggul dan ekstremitas bagian bawah

11. Kram Tungkal

Dasar fisiologis untuk kram kaki belum diketahui dengan pasti. Selama beberapa tahun, kram kaki diperkirakan disebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh, namun penyebab-penyebab ini tidak lagi disertakan dalam literatur terkini. Salah satu dugaan lainnya adalah bahwa uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah

panggul, sehingga mengganggu sirkulasi, atau pada saraf sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah. Cara sebagai berikut:

- a. Minta wanita meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya.
- b. Dorong wanita untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah.
- c. Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari.
- d. Anjurkan diet mengandung kalsium dan pospor.

12. Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi telentang. Pakaian ketat yang menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bagian bawah juga memperburuk masalah. Edema akibat kaki yang menggantung secara umum terlihat pada area pergelangan kaki dan kaki dan harus dibedakan secara cermat dengan edema yang berhubungan dengan preeklampsia/eklampsia. Cara penanganannya sebagai berikut:

- a. Hindari menggunakan pakaian ketat
- b. Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
- c. Posisi menghadap ke samping saat berbaring
- d. Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul

13. Varises

Sejumlah faktor turut memengaruhi perkembangan varises selama kehamilan. Varises vena lebih mudah muncul pada wanita yang memiliki kecenderungan tersebut dalam keluarga atau memiliki factor predisposisi kongenital. Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat

wanita tersebut duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat berbaring. Pakaian yang ketat menghambat aliran vena balik dari ekstremitas bagian bawah, atau posisi berdiri yang lama memperberat masalah tersebut. Relaksasi dinding vena dan katup dan otot polos sekeliling karena induksi juga turut menyebabkan timbulnya varises.

Varises terjadi selama kehamilan paling menonjol pada area kaki dan/atau vulva. Penanganan spesifik untuk mengatasi varises vulva dirangkum pada daftar saran berikut bagi wanita:

- a. Kenakan kaos kaki penyokong
 - b. Hindari mengenakan pakaian ketat
 - c. Hindari berdiri lama
 - d. Sediakan waktu istirahat, dengan kaki dielevasi secara periodic sepanjang hari.
 - e. Berbaring dengan mengambil posisi sudut kanan beberapa kali sehari.
 - f. Pertahankan tungkai tidak menyilang saat duduk
 - g. Pertahankan postur tubuh dan mekanisme tubuh yang baik
 - h. Lakukan latihan senam kegel untuk mengurangi varises vulva atau hemoroid untuk meningkatkan sirkulasi
14. Dispareunia
- Nyeri saat berhubungan seksual dapat berasal dari sejumlah penyebab selama kehamilan. Perbuahan fisiologis dapat menjadi penyebab, seperti kongesti vagina/panggul akibat gangguan sirkulasi yang dikarenakan tekanan uterus yang membesar atau tekanan bagian presentasi. Cara penanganan tergantung pada penyebab:
- a. Perubahan posisi dapat mengurangi masalah yang disebabkan oleh pembesaran abdomen atau nyeri akibat penetrasi yang terlalu dalam.
 - b. Kompres es dapat mengurangi kongesti yang dapat ditangani, juga menimbulkan ketidaknyamanan tersendiri.
 - c. Mendiskusikan pemikiran yang salah dan ketakutan yang dirasakan dan memberi fakta dapat menenangkan wanita.
15. Insomnia

Insomnia, baik pada wanita yang mengandung maupun tidak, dapat disebabkan oleh sejumlah penyebab, seperti kekhawatiran, kecemasan, terlalu gembira menyambut suatu acara untuk keesokan hari. Wanita hamil, bagaimana pun memiliki tambahan alasan fisik sebagai penyebab insomnia. Hal ini meliputi ketidaknyamanan uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif. Penanganan insomnia melalui pengaturan waktu bias efektif bias tidak. Bagi kebanyakan wanita setidaknya terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan.

- a. Mandi air hangat
 - b. Minum air hangat (susu, teh tanpa kafein dicampur susu) sebelum tidur
 - c. Lakukan aktivitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur
 - d. Ambil posisi relaksasi
 - e. Gunakan Teknik relaksasi progresif
16. Nyeri pada Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bawah dan di depan tempat masuknya tuba fallopi kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum, melintasi kanalis inguinalis dan masuk pada bagian anterior (bagian atas) labia mayora pada sisi-sisi peritoneum. Kedua ligamentum terdiri atas sejumlah besar otot polos yang merupakan lanjutan dari otot polos uterus. Jaringan otot ini memudahkan ligamentum latum untuk hipertrofi selama kehamilan berlangsung dan yang terpenting meregang seiring pembesaran uterus. Ligamentum teres uteri secara anatomis memiliki kemampuan memanjang saat uterus meninggi dan masuk ke dalam abdomen. Nyeri pada ligamentum teres uteri diduga terjadi akibat peregangan dan kemungkinan akibat penekanan berat uterus yang meningkat pesat pada ligament. Nyeri ini merupakan ketidaknyamanan umum yang harus dibedakan dari penyakit saluran gastrointestinal maupun penyakit organ abdomen (contoh apendisitis, radang kandung kemih dan ulser peptik).

Cara penanganan sedikit dan tidak selalu efektif nyeri pada ligamentum teres uteri merupakan salah satu ketidaknyamanan yang harus ditoleransi

oleh wanita hamil. Penjelasan tentang mengapa wanita mengalami nyeri setidaknya dapat mengurangi kecemasan atau ketakutan dan dapat membantunya mengatasi nyeri tersebut.

17. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh ke belakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung yang menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

Cara mengatasi nyeri punggung:

- a. Postur tubuh yang baik
- b. Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban
- c. Hindari membungkuk berlebihan
- d. Ayunkan panggul atau mirinngkan panggul
- e. Gunakan sepatu tumit rendah
- f. Kompres air hangat atau dingin pada punggung

18. Hiperventilasi dan sesak napas

Peningkatan jumlah progesterone selama kehamilan diduga memengaruhi pusat pernapasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Peningkatan kadar oksigen menguntungkan janin. Peningkatan aktivitas metabolic yang terjadi selama kehamilan mengakibatkan peningkatan kadar karbon dioksida. Hiperventilasi akan menurunkan kadar karbon dioksida. Wanita dapat mengalami efek progesterone ini pada awal trimester kedua.

Penanganan sesak napas dilakukan dengan menyediakan ruangan lebih untuk isi abdomen sehingga mengurangi tekanan pada diafragma dan memfasilitasi fungsi paru. Berikut adalah cara penanganan tersebut:

- a. Anjurkan wanita berdiri dan meregangkan lengannya di atas kepalanya secara berkala dan mengambil napas dalam.
- b. Anjurkan mempertahankan postur yang baik, jangan menjatuhkan bahu.
- c. Ajarkan wanita melakukan pernapasan interkosta.
- d. Instruksikan wanita tersebut melakukan peregangan yang sama di tempat tidur seperti saat sedang berdiri.
- e. Jelaskan alasan terjadinya sesak napas, meredakan kecemasan atau ketakutan akan mengurangi respons hiperventilasi.

19. Kesemutan dan Baal pada Jari

Perubahan pada pusat gravitasi akibat uterus yang membesar dan bertambah berat dapat menyebabkan wanita mengambil postur dengan bahu terlalu jauh ke belakang dan kepalanya antefleksi sebagai upaya menyeimbangkan berat bagian depannya dan lengkung punggungnya. Postur ini diduga menyebabkan penekanan pada saraf median dan ulnar lengan, yang akan mengakibatkan kesemutan dan baal pada jari-jari. Hiperventilasi juga dapat menyebabkan kesemutan dan baal namun sebagian besar wanita tidak melakukan hiperventilasi cukup sebagai akibat kehamilan untuk mengalami pengaruh ini. Cara penanganan mencakup penjelasan penyebab yang mungkin dan mendorong agar wanita tersebut mempertahankan postur tubuh yang baik. Beberapa wanita dapat mengurangi ketidaknyamanan ini dengan cara berbaring.

20. Sindrom Hipotensi Terlentang

Sindrom hipotensi terlentang menyebabkan wanita merasa seperti ingin pingsan dan ia menjadi tidak sadarkan diri jika masalah tidak segera ditangani. Sindrom hipotensi terlentang terjadi saat wanita berbaring pada posisi terlentang (seperti saat sedang tidur atau berada di atas meja pemeriksaan) karena berat total uterus yang membesar berakibat isinya menekan vena kava inferior dan pembuluh darah lainnya pada sistem vena. Aliran vena balik dari bagian bawah tubuh dihambat, yang akhirnya mengakibatkan jumlah darah yang mengisi jantung berkurang dan kemudian akan menurunkan curah jantung. Sindrom hipotensi terlentang sebenarnya merupakan hipotensi arteri. Sebagai tambahan, berat uterus yang

membesar juga turut menekan aorta sehingga terjadi perubahan yang mengganggu tekanan arteri.

Sindrom hipotensi terlentang dapat segera teratasi dengan meminta wanita tersebut berbaring kesamping atau duduk. Penjelasan dan upaya menenangkannya penting dilakukan karena wanita cenderung ketakutan.

2.2.8 Tanda Bahaya Kehamilan

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

1. Perdarahan Vagina

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa. Perdarahan pada kehamilan muda dengan uji kehamilan yang tidak jelas, pembesaran uterus yang tidak sesuai (lebih kecil) dari usia kehamilan, dan adanya massa biasanya disebabkan oleh kehamilan ektopik.

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

2. Pre-Eklamsia

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

Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:

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

3. Nyeri Hebat di Daerah Abdomino pelvikum

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

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

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

- a. Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- b. Disuria.
- c. Menggigil atau demam.

- d. Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- e. Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

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

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

2.2.9 Standart Pelayanan Kehamilan (14T)

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

1. Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1). Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9 - 13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.
2. Ukur Tekanan Darah (T2). Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklampsi.
3. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3) Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

Tabel 2.4 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
----------------	---------------------------

12 minggu	3 jari diatas simfisis
16 minggu	Pertengahan pusat – simfisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat – prosesus xiphoideus (Px)
36 minggu	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (Px)
40 minggu	Pertengahan pusat – prosesus xipoideus (Px)

Sumber: DepKes RI, 2010

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

Tabel 2.5 Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun atau seumur hidup

Sumber: Saifuddin, 2009.

6. Pemeriksaan Hb (T6). Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke-28. Bila kadar Hb < 11 gr% ibu hamil dinyatakan anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg Asam Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.
7. Pemeriksaan VDRL (Veneral Disease Research Lab) (T7). Pemeriksaan dilakukan pada saat bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

8. Pemeriksaan Protein urine (T8) dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklampsia.
9. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9) untuk Bumil dengan riwayat DM, bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DM.
10. Perawatan Payudara (T10). Perawatan payudara atau perawatan payudara untuk bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 36 Minggu.
11. Senam Hamil (T11)
12. Pemberian Obat Malaria (T12) diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.
13. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13) diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia.
14. Temu wicara / Konseling (T14)

2.2.10 P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

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. Stiker P4K



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

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Gambar 2.1 Stiker P4K

Sumber: Kemenkes RI, dalam buku KIA, 2015

2.2.11 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, penyakit tak 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 (Permenkes RI, 2014).

1. Jenis Pelayanan

Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakuakn melalui:

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

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

2. Sasaran Pelayanan

Semua ibu hamil dan suami atau 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.

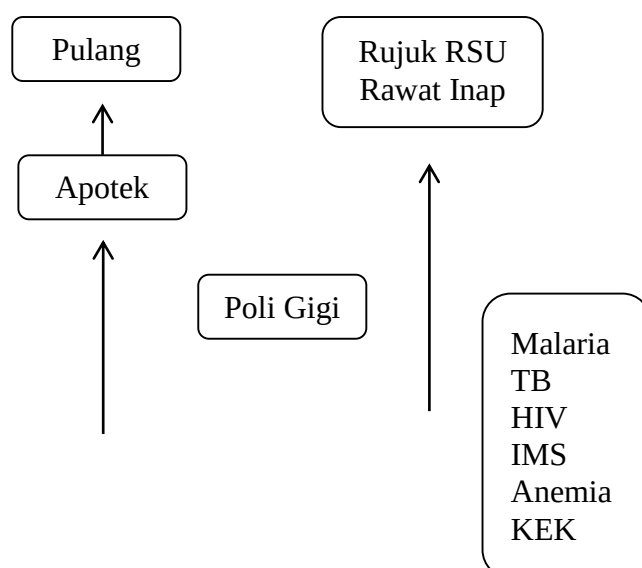
Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi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

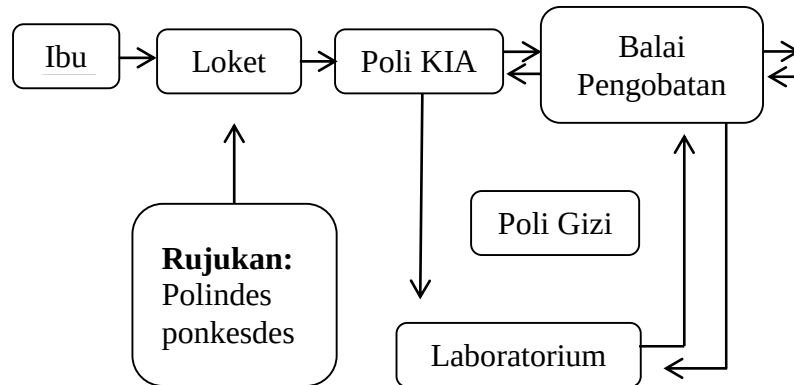
Menurut Data Kemenkes (2010), dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu:

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

3. Deteksi Dini Kehamilan

- a. Pelayanan antenatal terpadu di Puskesmas





Gambar 2.2 Alur pelayanan antenatal terpadu di Puskesmas

Sumber : Kemenkes RI, 2014.

2.2.12 Deteksi Dini Resiko Tinggi

1. Kartu Skor Poedji Rochati (KSPR)

Cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang bersiko menggunakan Skor Poedji Rochjati. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu kehamilan resiko rendah, kehamilan resiko tinggi dan kehamilan resiko sangat tinggi. Dalam kartu tersebut juga terdapat identitas ibu, riwayat kehamilan, riwayat persalinan lalu, riwayat penyakit yang dialaminya dan perencanaan persalinan.

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

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

KEL. F.R.	I	II	III	IV	SKOR	Tribulan			
						I	II	III	IV
			Masalah / Faktor Risiko						
			Skor Awal Ibu Hamil		2				
I	1		Terlalu muda, hamil I < 16 th		4				
	2		a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th		4				
	3		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th		4				
	4		Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)		4				
	5		Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)		4				
	6		Terlalu banyak anak, 4 / lebih		4				
	7		Terlalu pendek < 145 Cm		4				
	8		Pernah gagal kehamilan		4				
	9		Pernah melahirkan dengan :						
	10		a. Tarikan tang / vakum		4				
II	11		b. Uri dirogo		4				
	12		c. Diberi infus/Transfusi		4				
	13		d. Pernah Operasi Sesar		8				
	14		Penyakit pada ibu hamil :						
	15		a. Kurang darah b. Malaria		4				
	16		c. TBC Paru d. Payah jantung		4				
	17		e. Kencing Manis (Diabetes)		4				
	18		f. Penyakit Menular Seksual		4				
	19		Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi		4				
	20		Hamil kembar 2 atau lebih		4				
III	21		Hamil kembar air (Hydramnion)		4				
	22		Bayi mati dalam kandungan		4				
	23		Kehamilan lebih bulan		4				
	24		Letak Sungsang		8				
	25		Letak Lintang		8				
	26		Pendarahan dalam kehamilan ini		8				
	27		Preeklampsia Berat / Kejang-2		8				
	28		JUMLAH SKOR						
	29								
	30								

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	PERSALINAN DENGAN RISIKO			RUJUKAN		
				TEMPAT	PENG LONG	RUJUKAN	RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN				
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER				
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER				

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

RUJUKAN DARI :

1. Sendiri
2. Dukun
3. Bidan
4. Puskesmas

RUJUKAN KE :

1. Bidan
2. Puskesmas
3. Rumah Sakit

RUJUKAN :

1. Rujukan Dini Berencana (RDB)
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
3. Rujukan Terlambat (RTit)

Gawat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko I & II

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Gawat Darurat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko III

1. Perdarahan antepartum
2. Eklampsia
3. Perdarahan postpartum
4. Uri Tertinggal
5. Persalinan Lama
6. Panas Tinggi

TEMPAT :

1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

PENOLONG :

1. Dukun
2. Bidan
3. Dokter
4. Lain-2

MACAM PERSALINAN :

1. Normal
2. Tindakan pervaginam
3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :

1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
- a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
- c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2

BAYI :

1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor :
3. Lahir mati, penyebab
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

TEMPAT KEMATIAN IBU :

1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

1. Sehat
2. Sakit
3. Mati, penyebab

Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana :

1. Ya, / Sterilisasi
2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Gambar 2.3 KSPR
Sumber : Kemenkes RI, 2014

2. Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

Pengukuran ini dilakukan pada ibu hamil aterm (≥ 38 minggu), janin tunggal, presentasi kepala tanpa kelainan yang berpengaruh terhadap pengukuran misalnya hidrosefalu (kepala busung), plasenta previa, dll. Pengukuran dengan teori Prof. Soedarto ini dilakukan untuk mendeteksi adanya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

Fundus Uteri (cm)

46	
45	
44	
43	

Pengukuran Fundus dan Telapak kaki kanan

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

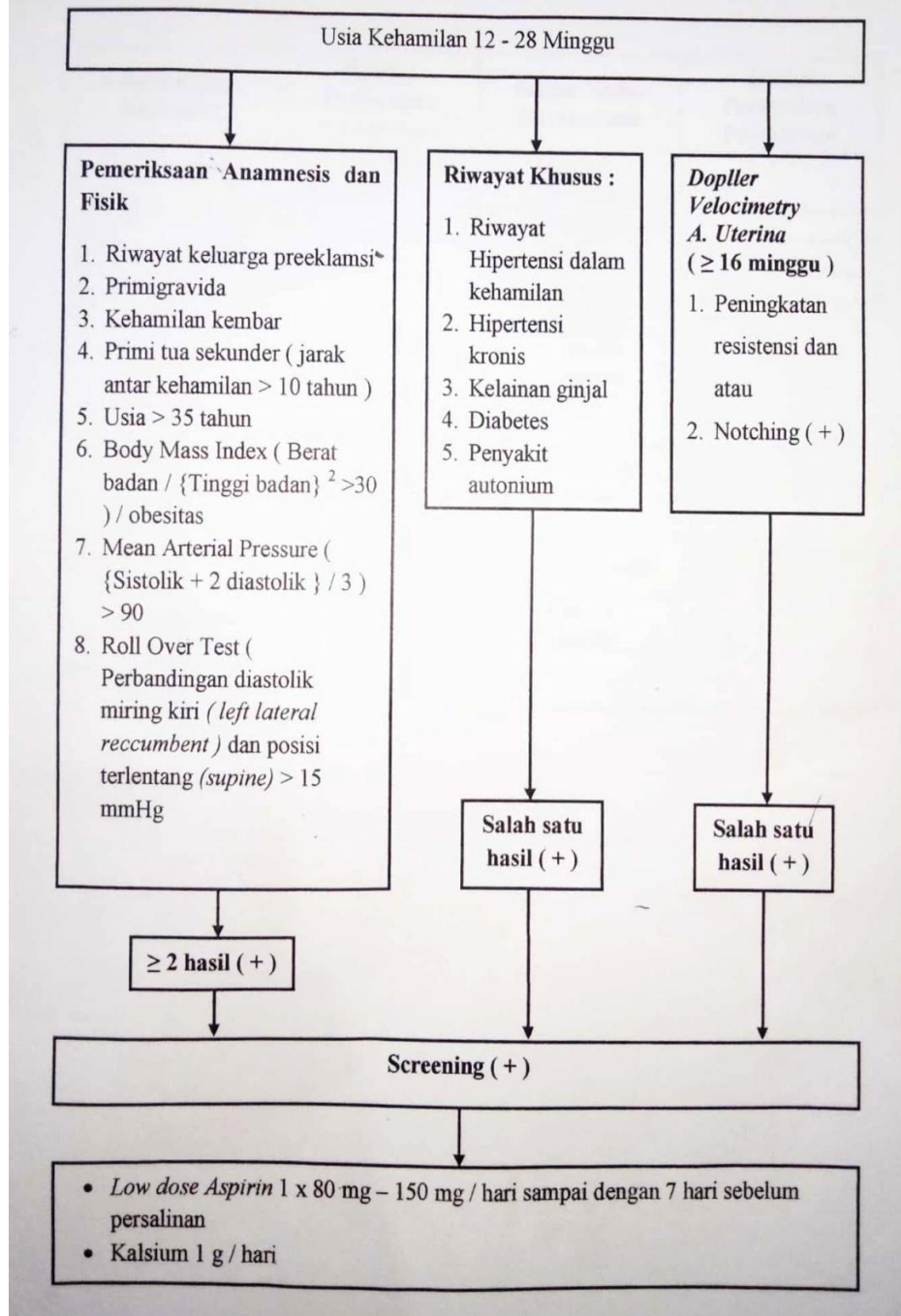
Pengukuran tinggi fundus

Gambar 2.4 Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan
Sumber : Buku KIA, 2015.

3. Skrining Pre Eklampsia (PEDANG)

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

TATA CARA SKRINING PREEKLAMPSIA



SKRINING RESIKO ANTEPARTUM DAN INTRAPARTUM TERJADINYA PERDARAHAN PASCA PERSALINAN

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


TEST SECARA DINI
UNTUK MENDIAGNOSA PRE EKLAMPSIA
DENGAN CARA : ROT , MAP , IMT
PADA USIA KEHAMILAN MULAI 12 - 28 mg

1. ROT : ROL OVER TEST

Caranya :

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



2. MAP : MEAN ARTERIAL PREASURE

Caranya :

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



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

Cara / Rumusnya :

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

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

 Ukur TB

Pencegahan

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

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

Gambar 2.5 Skrining Pre Eklamsia
 Sumber: Puskesmas Balongpanggang, 2018

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2016).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2017).

Persalinan adalah 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 dikatakan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks (Affandi, 2017).

2.3.2 Tanda Gejala Persalinan

Menurut JNPK-KR (2017), tanda dan gejala persalinan 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 (*blood show*) melalui vagina.

Menurut Affandi (2017), tanda dan gejala persalinan antara lain :

1. Penipisan dan pembukaan serviks
2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
3. Cairan lendir bercampur darah (*blood show*) melalui vagina

2.3.3 Deteksi Dini Masa Persalinan

Persalinan tidak selalu berjalan dengan normal. Oleh karena itu pada saat memberikan asuhan kepada ibu yang sedang bersalin, penolong harus waspada terhadap masalah yang mungkin terjadi. Salah satu alat yang dapat digunakan untuk membantu memantau kemajuan persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik adalah lembar penapisan, lembar observasi dan partograf. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan. Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan penatalaksanaan persalinan (JNPK-KR, 2017).

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

1. Penapisan

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

Tabel 2.6 Deteksi Masa Kehamilan

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Bedah Sesar	1. Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Perdarahan pervaginam Selain lendir bercampur Darah (<i>blood show</i>)	Jangan melakukan pemeriksaan dalam. Baringkan ibu kesisi kiri, pasang infus dengan ukuran (16/18) ringer laktat/garam fisiologis (NS), segera rujuk ibu kefasilitas yang bisa melakukan bedah sesar, dampingi ibu ke tempat rujukan.

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	1. Baringkan ibu miring kiri 2. Dengarkan DJJ 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir Delee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untukantisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan.
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.	1. Dengarkan Djj, Jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai 2. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 3. Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat.
Ketubah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)	
Tanda-tanda atau gejala infeksi	
1. Temperatur lebih dari 38°C 2. Menggigil 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan ketuban berbau	1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18). 3. Berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam. 4. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memilik penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 5. Dampingi ke tempat rujukan. 6. Berikan dukungan serta semangat

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin (pre eklamsia berat)	1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ 50% IV selama 20 menit 4. Suntikkan 10 gr MgSO₄ 50% (5 gr IM pada bokong kiri dan kanan). 5. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri 6. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomia, polihidramnion dan kehamilan ganda)	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
<i>Alasan jika diagnosisnya adalah polihidramnion, mungkin ada masalah-masalah lain dengan janinnya. Makrosomia dapat menyebabkan distosia bahu dan resiko tinggi untuk perdarahan pascapersalinan.</i>	
DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (Gawat janin)	1. Baringkan ibu miring kiri, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur. 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam. 3. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri 4. Dampingi ke tempat rujukan. 5. Berikan support dan dukungan pada ibu
Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat 3. Dampingi ibu ketempat rujukan 4. Berikan support dan dukungan pada ibu.

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Pesentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll)	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan : Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam	1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Kontraksi > 2 dalam 10 menit	
Tanda dan gejala syok :	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala. 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) 4. Berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) . infuskan 1 liter dalam waktu 15-20 menit : dilanjutkan dengan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian turunkan tetesan menjadi 125 ml/jam. 5. Segera rujuk ibu ke RS rujukan. 6. Dampingi ke tempat rujukan. 7. Berikan dukungan serta semangat
1. Nadi cepat, lemah (> 100 x per menit) 2. Tekanan darah menurun (tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg) 3. Pucat 4. Berkeringat atau kulit lembab, dan dingin 5. Nafas cepat (lebih dari 30 kali per menit) 6. Delirium atau tidak sadar 7. Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml)	

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Tanda dan gejala belum inpartu 1. Frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik 2. Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam	1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan 2. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas 3. Jika kontraksi berhenti dan atau tidak ada perubahan serviks. Evaluasi Djj, jika tidak ada tanda-tanda kegawatan pada ibu dan janin. Persilahkan ibu pulang dan nasehat untuk : a. Menjaga cukup makan dan minum b. Datang untuk mendapatkan asuhan jika terjadi peningkatan frekuensi dan lama kontraksi.
Tanda dan gejala inpartu lama : 1. Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf) 2. Pembukaan serviks <1 cm per jam. 3. Frekuensi, kontraksi < 2 kali dalam 10 menit. Dan lamanya <40 detik.	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

Sumber: JNPK-KR, dalam Asuhan Persalinan Normal, 2017

Tabel 2.7 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala II

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Tanda dan gejala syok: 1. Nadi cepat, isi kurang (100x/menit atau lebih) 2. Tekanan darah rendah (sistolik <90) 3. Pucat, berkeringat, dingin, lembab 4. Nafas cepat >30 5. Cemas, bingung atau tidak sadar 6. Urin (<30 cc/jam)	1. Baringkan miring ke kiri 2. Naikkan kedua kaki untuk meningkat aliran darah kejantung 3. Pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS infuskan satu L dalam 15-20 menit: jika mungkin infuskan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian 125/jam 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan

Temuan Anamnesis			Rencana Asuhan
Tanda atau gejala dehidrasi:			1. Anjurkan untuk minum 2. Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di partograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu 1 jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam
1. Nadi (100x/menit lebih)	cepat atau		
2. Urin pekat			
3. Produksi urin (>30cc/jam)	urin		3. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 4. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala infeksi:			1. Baringkan miring kekiri 2. Psang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampicilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
1. Nadi (110x/menit lebih)	cepat atau		
2. Suhu lebih >38°C			
3. Menggigil			
4. Air ketuban cairan vagina yang berbau	atau		
Tanda atau gejala preeklamsi:			1. Baringkan miring kekiri 2. Psang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampicilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
1. Tekanan diastolic mmHg	darah 90-110		
2. Protein hingga 2+	urinaria		
Tanda atau gejala preeklamsi berat atau eklamsi:			1. Baringkan miring kekiri. 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 3. Berikan dosis awal 4 G MgSO₄ 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit. 4. Berikan dosis pemeliharaan MgSO₄ 40%, 1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK. 5. Dampingi ibu ketempat rujukan.
1. Tekanan diastolic 110 mmHg atau lebih	darah		
2. Tekanan diastolic 90 mmHg atau lebih dengan kejang	darah		
3. Nyeri kepala			
4. Gangguan penglihatan			
5. Kejang (eklamasi)			

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Tanda-tanda inersia uteri: 1. Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik	1. Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan. 2. Anjurkan untuk minum. 3. Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan >6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT) 4. Stimulasi putting susu. 5. Kosongkan kandung kemihnya. 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan. 7. Dampingi ibu ketempat rujukan.
Tanda awal gawat janin DJJ kurang dari 100 atau lebih 180 x/menit	Nilai ulang DJJ selama 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 kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obtetri dan bayi baru lahir 3. Dampingi ibu ketempat rujukan
Kepala bayi tidak turun	1. Minta ibu meneran jongkok/berdiri. 2. Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi memadai maka rujuk pasien kefasilitas rujukan. 3. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda-tanda distosia bahu: 1. Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar. 2. Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali kedalam vagina (kepala'kura-kura')	Bahu bayi tidak dapat lahir Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan): 1. Prasad Mc Robert 2. Prolong Mc Robert (menungging) 3. Anterior dysimpact 4. Perasat Corkscrew dari Wood 5. Perasat Schwartz-Dixon

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Tanda-tanda lilitan tali pusat: 1. Tali pusat melilit leher bayi	1. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi. 2. Jika tali pusat melilit erat di leher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem di dua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.
Tanda-tanda cairan ketuban bercampur meconium: 1. Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung meconium)	1. Nilai DJJ: a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. b. Jika DJJ tidak normal, tangani sebagai gawat janin (lihat diatas).
	Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisap lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee DTT/steril) atau bola karet (penghisap (baru dan bersih). Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penelitian.
	2. Nilai DJJ, jika ada: a. Segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan. b. Didampingi ibu ketempat rujukan. c. Posisikan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur/brancrat atau isi kandung kemih dengan larutan NS 0,9/air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan tinggikan bokong sambil ibu miring ke kiri agar kepala bayi agar tidak menekan tali pusat dan tangan lain di abdomen untuk menahan bayi pada posisinya (keluarga dapat membantu melakukannya). 3. Jika DJJ tidak ada: a. Beritahukan ibu dan keluarganya. b. Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman.

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Kehamilan tak terdeteksi	1. Nilai DJJ. 2. Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama. 3. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring ke kiri. 4. Segera rujuk ibu ke RS PONEK. 5. Dampingi ibu ketempat rujukan.

Sumber: Affandi, 2017.

Tabel 2.8 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala III dan IV

Temuan Anamnesa	Rencana Asuhan
Tanda atau gejala retensio plasenta: 1. Plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan	1. Jika tampak plasenta, lakukan penegangan plasenta terkendali dan tekanan dorso kranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta dapat dilahirkan. 2. Setelah plasenta: lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta (dijelaskan di awal bab ini).
Tanda atau gejala avulsi (putus): 1. Tali pusat putus 2. Plasenta tidak lahir.	1. Nilai kontraksi melalui palpasi uterus 2. Minta ibu meneran jika ada kontraksi 3. Lahirkan plasenta dan tekanan dorso kranial 4. Lakukan masase setelah plasenta lahir 5. Jika setelah 30 menit bayi lahir dan MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta.
Tanda atau gejala atonia uteri: 1. Perdarahan pasca persalinan 2. Uterus lembek dan tidak berkontraksi.	1. Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri.
Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan: 1. Tepi lateral plasenta tidak dikenali 2. Selaput ketuban tidak lengkap 3. Perdarahan pasca persalinan 4. Uterus berkontraksi.	1. Lakukan periksa dalam keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan masase uterus. Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa danya separasi parsial atau robekan jalan lahir.

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau servik: 1. Perdarahan pasca persalinan 2. Plasenta lengkap 3. Uterus berkontraksi.	1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir 2. Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2 lakukan penjahitan 3. Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks: a. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS. b. Segera rujuk ibu ke RS PONEK 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda atau gejala syok: 1. Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit) 2. Sistolik kurang dari 90 mmHg 3. Pucat 4. Keringat dingin, kulit lembab 5. Nafas cepat lebih dari 30x/menit 6. Delirium atau tidak sadar 7. Produksi urine kurang dari 20 cc/jam.	1. Baringkan miring kiri 2. Naikkan kedua tungkai (posisi syok) 3. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS infuskan 1 L dan 15 sampai 20 menit lanjutkan hingga 2 L kemudian 500 cc per jam 4. Jika temperatur tubuh tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 5. Segera rujuk ke RS PONEK 6. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda atau gejala dehidrasi: 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur lebih dari 38°C 3. Urine pekat 4. Produksi urine sedikit (20 cc/jam).	1. Anjurkan ibu untuk minum 2. Nilai kondisi setiap 15 menit (jam pertama) dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca persalinan 3. Jika dalam jam pertama kondisi tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL atau NS 500 cc/jam. Jika temperatur ibu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda atau gejala infeksi : 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur lebih dari 38°C 3. Keringat dingin 4. Lochea berbau	1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS 500 cc/jam 3. Berikan ampicilin atau amoxicilin 2 G/ oral 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Tanda gejala preeklamsia ringan: 1. Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg 2. Proteinuria +	1. Nilai TD setiap 15 menit (pada saat beristirahat diantara kontraksi dan meneran). 2. Jika diastolik > 110 mmHg, pasang infus, berikan RL/NS 100 cc/jam 3. Baringkan miring ke kiri 4. MgSO₄ 4 G dilanjutkan 1 G per jam dan nefedipin 10 mg 5. Rujuk ke RS PONEK.
Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia: 1. Sistolik > 160 mmHg 2. Diastolik 110 mmHg 3. Kejang	1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus dan berikan RL/NS 100 cc/jam 3. 20 cc MgSO₄ 20 % IV 8-10 menit dan lanjutkan dengan MgSO₄ 1 g/jam melalui infus 4. Segera rujuk ke RS PONEK.
Tanda dan gejala kandung kemih penuh: 1. Teraba bantalan air suprasymphisis 2. Tinggi fundus diatas pusat 3. Uterus terdorong kekanan.	1. Kosongkan kandung kemih. 2. Masagge uterus hingga berkontraksi baik 3. Jika tidak dapat berkemih, kateterisasi dengan teknik aseptik 4. Kemudian dengan massage uterus hingga berkontraksi baik. 5. Jika ibu mengalami perdarahan, periksa penyebabnya.

Sumber: Affandi, 2017

PENAPISAN IBU BERSALIN

APABILA DIDAPATI SALAH SATU ATAU LEBIH PENYULIT SEPERTI BERIKUT

DI BAWAH INI PASIEN HARUS **DIRUJUK** :

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

Gambar 2.6 Penapisan
Sumber: Affandi, 2017

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 : Hb gr%

- Protein urine : negatife / positif ()

5. Lain-lain :

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

1. Palpasi : TPU Cm

- Letak : Kep/Su/Li

2. Djj : X/menit

3. His dalam "10" : X lama detik

4. VT. Jam : hasil

:

5. Analisa / diagnosa :

6. Therapi :

7. Kamar bersalin : VK 1 / VK 2

8. Pemeriksa :

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

Gambar 2.7 Halaman Depan Lembar Observasi

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

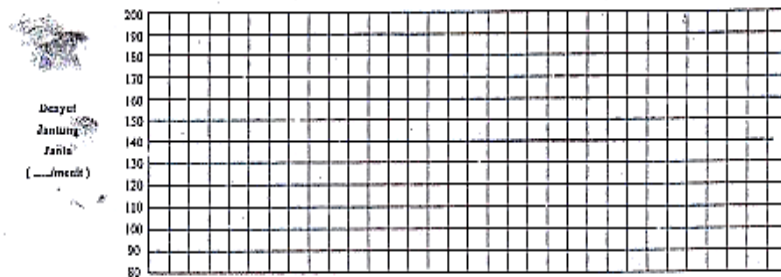
Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

PARTOGRAF

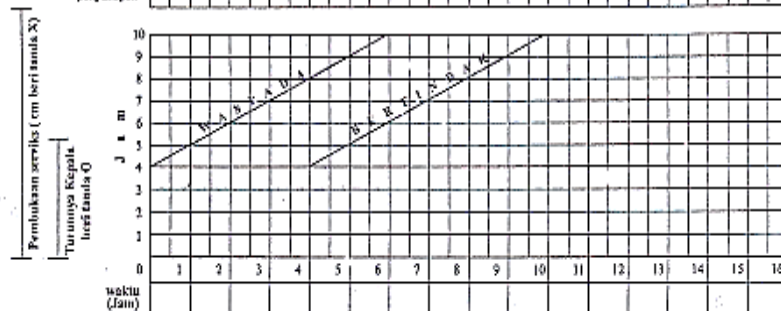
No. Register Nama Ibu: _____ Umur: _____ (G: _____ P: _____ A: _____)

No. Puskesmas Tanggal: _____ Jm: _____

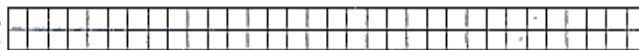
Kehamilan pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____



Alir Kelebaran penyutupan


Kontraksi 10 menit ☐ < 20 ☐ 20 - 40 ☐ > 40 (detik)


Oksitasi U/L Tetes / menit



Dhat dan Calcan IV



Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urine

Nutrisi

Protein

Aseton

Volume

Makanan

Minuman

Kondisi Ibu

Kondisi Janin

Kondisi Persalinan

Gambar 2.9 Halaman Depan Partograf
Sumber : Affandi, Asuhan Persalinan Normal, 2017

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan
☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan

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
☐ Asfiksia 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 2.10 Halaman Belakang Partograf
Sumber : Affandi, Asuhan Persalinan Normal, 2017

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

JNPK-KR dalam buku Asuhan Persalinan Normal (APN, 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 hamper atau hingga 8 jam.
 - 4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya di antara 20-30 detik.
 - b. Fase Aktif
 - 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
 - 2) Dari pembukaan 4cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2cm (multipara).
 - 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
2. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah:
 - a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
 - e. Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.

Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Pada primigravida, kala II berlangsung 2 jam, dan pada multigravida berlangsung 1 jam.
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. Tingkat kesadaran
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), tinggi fundus uteri (TFU), kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Rata-rata perdarahan normal adalah 250 cc dan tidak melebihi 500 cc.
- c. Pengkajian dan penjahitan setiap laserasi atau episiotomi.

2.3.5 Mekanisme Persalinan

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

1. Ubun-ubun kecil kiri depan = 58%
2. Ubun-ubun kecil kanan depan = 23%
3. Ubun-ubun kecil kanan belakang = 11%
4. Ubun-ubun kecil kiri belakang = 8%

Kenapa lebih banyak letak kepala, dikemukakan 2 teori :

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

2.3.6 Perubahan Fisik dan Psikologi Persalinan

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.

- e. 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 punggung. 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.

- f. 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 hidrostatik 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 dibandingkan 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 melebarakan saluran serviks.

Bila selaput ketuban sudah pecah, tekanan pada bagian terbawah janin terhadap serviks dan segmen bawah uterus juga sama efektifnya. Selaput ketuban yang pecah dini tidak mengurangi dilatasi servik selama bagian terbawah janin berada pada posisi meneruskan tekanan terhadap serviks dan segmen bawah rahim.

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 fasia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat di anggap sebagai dasar panggul. Ketebalan M. Levator ani bervariasi 3 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.

2.3.7 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Menurut Affandi (2017), 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.

2.3.8 Tanda Bahaya Persalinan

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

1. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I

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

- a. Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah.
- b. Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan).
- c. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.
- d. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.
- e. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
- f. Infeksi (temperature $>38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
- g. Tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg dan atau terdapat protein dalam urine (pre-eklampsia berat).
- h. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
- i. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).
- j. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.

- k. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).
 - l. Presentasi ganda (majemuk).
 - m. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
 - n. Syok (nadi cepat lemah lebih dari 110x/menit, tekanan darah sistolik menurun, pucat, berkeringat dingin, napas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urin kurang dari 30 ml/jam).
 - o. Fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit).
 - p. Partus lama (pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam, frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik).
2. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala II
- Tanda bahaya dan komplikasi menurut Affandi (2017) adalah :
- a. Syok (Nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat pasi, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
 - b. Dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam).
 - c. Infeksi (Nadi cepat 110x/menit atau lebih, temperatur suhu $> 38^{\circ} \text{C}$, menggigil, cairan ketuban berbau).
 - d. Pre-eklampsia ringan (Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria hingga 2+).
 - e. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (Tekanan darah sistolik 110 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan kejang).
 - f. Inersia uteri (kontraksi kurang dari 3x dalam waktu 10 menit lamanya kurang dari 40 detik).
 - g. Gawat janin (djj kurang dari 120x/menit dan lebih dari 160x/menit).
 - h. Distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putak paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina, bahu bayi tidak lahir).
 - i. Cairan ketuban bercampur mekonium ditandai dengan warna ketuban hijau.

- j. Tali pusat menumbung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam).
 - k. Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).
3. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV
- Tanda bahaya dan komplikasi kala III dan IV menurut Affandi (2017) adalah:
- a. Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir).
 - b. Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir).
 - c. Bagian plasenta tertahan (bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang, bagian selaput ketuban hilang/robek, perdarahan pasca persalinan, uterus berkontraksi).
 - d. Atonia uteri (uterus lembek tidak berkontraksi dalam waktu 5 detik setelah massage uterus, perdarahan pasca persalinan).
 - e. Robekan vagina, perineum atau serviks (perdarahan pasca persalinan, plasenta lengkap, uterus berkontraksi).
 - f. Syok (nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
 - g. Dehidrasi (meningkatnya nadi lebih dari 100x/menit, temperature tubuh diatas 38°C, urine pekat, produksi urine sedikit 30ml/jam).
 - h. Infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperatur suhu > 38°C, kedinginan, cairan vagina yang berbau busuk).
 - i. Pre-eklampsia ringan (tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria).
 - j. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih, tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang).
 - k. Kandung kemih penuh (bagian bawah uterus sulit di palpasi, TFU diatas pusat, uterus terdorong/condong kesatu sisi).

2.3.9 Standar Asuhan Persalinan

Menurut Kemenkes (2016), 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 Tiga

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

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

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

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

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

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

2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

Menurut Mochtar (2015), perubahan fisik yang terjadi pada seorang ibu nifas antara lain:

1. Uterus

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

2. Bekas Implantasi uri

Placenta bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu ke-6 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

3. Luka-luka

Jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

4. Rasa nyeri

Rasa nyeri, yang disebut after pains, (meriang atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obat anti nyeri dan anti mulas.

5. Lokhea

Lokhea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

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

6. Serviks

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

7. Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan. Setelah bayi lahir, secara beangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur.

2.4.3 Perubahan psikologi

Menurut Maryunani (2015), Perubahan Psikologi Ibu Nifas antara lain:

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 akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkan
- e. Menunjukkan kebahagiaan yang sangat dan bercerita tentang pengalamanb 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 tanggung jawab terhadap bayinya.
 - 1) Fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya).
 - 2) Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya
 - 3) Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga pada dirinya.
 - 4) Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya.

- 5) Ibu berusaha untuk terampil dalam perawatan bayi baru lahir (misalnya memeluk, menyusul, memandikan dan mengganti popok).
 - c. Ibu memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih kekuatan dan daya tahan.
 - d. Ibu mungkin peka terhadap perasaan-perasaan tidak mampu dan mungkin cenderung memahami saran-saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup.
 - e. Bidan seharusnya memperhatikan hal ini sewaktu memberikan instruksi dan dukungan emosi.
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.

2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia (2017), kebutuhan dasar pada ibu nifas yaitu sebagai berikut :

1. Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas, ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan kalori sebesar 500 kal/hari, menu makanan gizi seimbang yaitu cukup protein, mineral dan vitamin. Ibu nifas dianjurkan untuk minum air minimal 3 liter/hari, mengkonsumsi suplemen zat besi minimal selama 3 bulan postpartum. Segera setelah melahirkan, ibu mengkonsumsi suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU.

2. Mobilisasi

Ibu nifas normal dianjurkan untuk melakukan gerakan meski di tempat tidur dengan miring kanan atau kiri pada posisi tidur, dan lebih banyak

berjalan. Namun pada ibu nifas dengan komplikasi seperti anemia, penyakit jantung, demam dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat tidak dianjurkan untuk melakukan mobilisasi.

3. Eliminasi

Segera setelah persalinan, ibu nifas dianjurkan untuk buang air kecil karena kandung kemih yang penuh dapat mengganggu kontraksi uterus, dan menimbulkan komplikasi yang lain misalnya infeksi. Bidan harus dapat mengidentifikasi dengan baik penyebab yang terjadi apabila dalam waktu >4 jam, ibu nifas belum buang air kecil.

4. Kebersihan diri

Ibu nifas dianjurkan untuk menjaga kebersihan dirinya dengan membiasakan mencuci tangan dengan sabun pada air yang mengalir sebelum dan sesudah membersihkan bagian genetaliaanya, mengganti pembalut minimal 2 kali/ hari atau saat pembalut mulai tampak kotor dan basah serta menggunakan pakaian dalam yang bersih.

5. Istirahat

Pada umumnya ibu nifas akan mengalami kelelahan setelah proses persalinan. Motivasi keluarga untuk dapat membantu meringankan pekerjaan rutin ibu di rumah agar ibu dapat beristirahat dengan baik. Ibu dianjurkan untuk dapat beristirahat pada siang hari sekitar 2 jam dan di malam hari sekitar 7-8 jam.

6. Seksual

Hubungan seksual sebiknya dilakukan setelah masa nifas berakhir yaitu setelah 6 minggu postpartum. Mengingat bahwa pada masa 6 minggu postpartum masih terjadi proses pemulihan pada organ reproduksi wanita khususnya pemulihan pada daerah serviks yang baru menutup sempurna pada 6 minggu postpartum.

2.4.5 Tanda bahaya Nifas

Menurut Prawirohardjo (2016), tanda bahaya pada masa nifas yaitu sebagai berikut :

1. Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan pasca persalinan adalah komplikasi yang terjadi waktu diantara persalinan dan masa pasca persalinan. 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 didiskusikan secara komprehensif oleh WHO. Bila placenta masih terdapat didalam rahim atau keluar secara tidak lengkap pada jam pertama setelah persalinan, harus segera dilakukan placenta manual untuk melahirkan placenta.

Penyebab perdarahan belum diketahui dengan pasti tetapi faktor yang memungkinkan terjadinya perdarahan post partum yaitu sebagai berikut:

- a. Terjadinya trauma pada saat ibu hamil atau melahirkan seperti ibu hamil dengan bekas SC, episiotomi, persalinan pervaginam dengan forcep dan histerektomi.
- b. Adanya kelainan pada saat plasenta berimplantasi di uterus seperti plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta/inkreta/perkreta, kehamilan ektopik dan molahidatidosa.
- c. Uterus mengalami overdistensi (makrosomia, kehamilan kembar, hidramnion atau bekuan darah) yang menyebabkan hilangnya kontraksi uterus.
- d. Memiliki riwayat persalinan dengan komplikasi (persalinan lama, persalinan terlalu cepat, riwayat atonia sebelumnya dan koriamnionitis).
- e. Adanya gangguan pembekuan darah (koagulasi).

2. Infeksi masa nifas

Infeksi nifas seperti sepsis masih merupakan penyebab utama kematian ibu berkembang. Demam merupakan salah satu gejala paling mudah dikenali, pemberian antibiotika merupakan tindakan utama dan upaya pencegahan dengan persalinan yang bersih dan aman masih merupakan upaya pertama. Faktor predisposisinya infeksi genital pada masa nifas disebabkan oleh persalinan macet, ketuban pecah dini dan pemeriksaan dalam yang terlalu sering.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi pada masa nifas yaitu :

- a. Anemia
- b. Malnutrisi atau kurang gizi
- c. Kelelahan
- d. Personal hygiene yang kurang baik
- e. Persalinan dengan masalah
- f. Kurangnya tindakan aseptik saat penolong melakukan tindakan.

3. Pre-Eklamsia dan Eklamsia (kejang)

Eklamsia adalah penyebab penting ketiga ibu diseluruh dunia. Ibu dengan persalinan yang diikuti oleh eklamsia atau preeklamsia berat harus di rawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesium sulfat (MgSO_4).

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

Diagnosis:

a. Preeklampsia berat

- 1) Tekanan darah $>160/110$ mmHg pada usia kehamilan >20 minggu
- 2) Hasil tes celup urine menunjukkan proteinuria $\geq 2+$ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil >5 g/ 24 jam
- 3) Adanya gejala lain yang menyertai seperti: trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemolisis mikroangiopati, peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran kanan atas, sakit kepala, skotomata penglihatan, pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, edema paru, dan oliguria (<500 ml/24jam)

b. Eklampsia

- 1) Kejang umum dan/atau koma
- 2) Ada tanda dan gejala preeklampsia
- 3) Tidak ada kemungkinan penyebab lain (misalnya epilepsi, perdarahan sub-arakhnoid dan meningitis)

4. Defisiensi vitamin dan mineral

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

2.4.6 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

Menurut Depkes RI (2012), ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar, untuk pengelompokan terdapat 3 standar dalam standar nifas yang harus di taati seorang bidan, yaitu:

a. Standar 14 : Penanganan Pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

b. Standar 15 : Pelayanan bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas

Bidan memberikan pelayanan pada masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ke tiga, minggu ke dua dan minggu ke enam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini, atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

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.

Tabel 2.9 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
Kunjungan	Waktu	Tujuan
2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan Istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal: Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

		c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber : Syaifuddin, 2009

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian

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

2.5.2 Tanda-Tanda BBL Normal

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

1. Dilahirkan pada usia kehamilan 37-42 minggu
2. Berat badan lahir 2500-4000 gram
3. Panjang badan 48-52 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Lingkar dada 30-38 cm
6. Frekuensi jantung 120-160 denyut per menit
7. Pernafasan 40-60 kali per menit
8. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
9. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
10. Kuku agak panjang (melewati jari) dan lemas

11. Genetalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora (perempuan), kedua testis sudah turun kedalam skrotum (laki - laki)
12. Refleks bayi sudah terbentuk dengan baik
13. Bayi berkemih dalam 24 jam pertama
14. Pengeluaran mekoneum dalam 24 jam pertama.

Menurut Mochtar (2015), Klasifikasi klinik nilai APGAR adalah:

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

Tabel 2.10 Apgar Skor

SKOR	0	1	2
Appearance Colour (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah, ekstermitas biru	Seluruh kemerah-merahan
SKOR	0	1	2
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100 x per menit	Diatas 100 x per menit
Grimace (Rangsangan terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan	Menangis, batuk atau bersin
Activity (Tonus otot)	Lumpuh	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Mochtar (2015)

2.5.3 Masa Transisi BBL

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

1. Periode reaktifitas pertama

Periode reaktifitas pertama dimulai pada saat bayi lahir dan berlangsung selama 30 menit. Pada saat tersebut, jantung bayi baru lahir berdenyut cepat

dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir mellihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Pernapasan cepat, berada di tepi teratas rentang normal, dan terdapat rales serta ronki. Rales seharusnya hilang dalam 20 menit. Bayi mungkin memperlihatkan napas cuping hidung disertai napas mendengkur dan retraksi dinding dada. Adanya mukus biasanya akibat keluarnya cairan paru yang tertahan. Mukus ini encer, jernih dan mungkin memiliki gelembung-gelembung kecil.

Selama periode reaktifitas pertama setelah lahir, mata bayi baru lahir terbuka dan bayi memperlihatkan perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu ibu. Selama periode terjaga ini, setiap usaha harus dilakukan untuk memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir. Walaupun tidak direncanakan untuk memberikan ASI, membiarkan ibu menggendong bayi pada waktu ini membantu proses pengenalan. Bayi memfokuskan pandangan pada ibu atau ayah ketika mereka berada pada lapang penglihatan yang tepat. Bayi menunjukkan peningkatan tonus otot dengan ekstremitas atas fleksi dan ekstremitas bawah ekstensi posisi ini memungkinkan bayi untuk menyesuaikan tubuhnya dengan tubuh ibu ketika digendong.

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

2. Periode tidur yang tidak berespons

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

pemeriksaan mayor atau untuk dimandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstra uteri.

3. Periode reaktifitas kedua

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

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

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

2.5.4 Kebutuhan Dasar BBL

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

1. Pencegahan Infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme atau terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Untuk tidak menambah resiko infeksi maka sebelum menangani BBL

pastikan penolong persalinan dan pemberian asuhan BBL telah melakukan upaya pencegahan infeksi.

2. Cuci Tangan

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

3. Persiapan Alat

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

4. 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.

5. 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.

6. 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

7. 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 atau lembab.

8. 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 di klem atau dipotong.

9. Pencegahan infeksi pada mata

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

10. 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.

11. Pemberian imunisasi Hepatitis B

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

2.5.5 Tanda Bahaya BBL

Menurut Affandi (2017), tanda bahaya pada bayi adalah :

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

2.5.6 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. Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir dilaksanakan dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

- 1) Pencegahan infeksi (PI).
- 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi.
- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat.
- 4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- 5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam.
- 6) Kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

b. Pemberian ASI eksklusif, pemeriksaan bayi baru lahir, antibiotika dosis tunggal, pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata, pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan, pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri.

c. Pencegahan infeksi, BBL sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya : Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan, pastikan semua peralatan

(gunting, benang tali pusat) telah di DTT. Jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.

- d. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi. Periksa ulang pernafasan, bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu, membersihkan jalan nafas, hangat, kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.
- e. Pemotongan dan perawatan tali pusat. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.
- f. Waktu pemeriksaan bayi baru lahir: Bayi baru lahir sebelum usia 6 jam, usia 6 - 48 jam, usia 3 - 7 hari, minggu ke 2 pasca lahir.
- g. Pemeriksaan Fisik.
- h. Imunisasi mencegah penyakit TBC, hepatitis, polio, difteri, pertusis, tetanus dan campak. Bayi baru lahir dan neonatus harus diimunisasi lengkap sebelum berusia 1 tahun. Timbang BB bayi baru lahir dan neonatus sebulan sekali sejak usia 1 bulan sampai 5 tahun di posyandu. Cara menjaga kesehatan bayi yaitu amati pertumbuhan bayi baru lahir dan neonatus secara teratur.
- i. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu :
 - 1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
 - 2) Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke 3-7 hari.
 - 3) Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8-28 hari.
- j. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.

k. Asuhan 6 - 48 jam setelah bayi lahir

- 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir.
- 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
- 3) Perhatikan intake dan output bayi.
- 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
- 5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
- 6) Dokumentasikan.

l. Minggu pertama setelah bayi lahir

- 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
- 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
- 3) Perhatikan intake dan output bayi.
- 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
- 5) Dokumentasikan jadwal kunjungan neonatal.

m. Minggu kedua setelah bayi lahir

- 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
- 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
- 3) Perhatikan intake dan output bayi.
- 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
- 5) Dokumentasikan.

n. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya

- 1) Amatilah bahwa urine dan feses normal.
- 2) Periksa alat kelamin dengan kebersihannya.
- 3) Periksa tali pusat.
- 4) Periksa tanda vital bayi.
- 5) Periksa kemungkinan infeksi mata.
- 6) Tatalaksana kunjungan rumah bayi baru lahir oleh bidan diantaranya :
 - a) Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah sampai tali pusat lepas, bila mungkin selama satu minggu pertama sesudah bayi lahir.

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

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.6.1 Pengertian Neonatus

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

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

2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut Anik (2014), yaitu :

1. Kebutuhan Asih pada Neonatus:
 - a. Asih merupakan kebutuhan emosional.
 - b. Asih adalah kasih sayang dari orang tua akan menciptakan 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 (Bau Badan)

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

f. Gaya bahasa (*Entrainment*)

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

3. Kebutuhan Asuh pada Neonatus

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

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

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 pertumbuhan, 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.

4. Kebutuhan Asah pada Neonatus

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.

5. Imunisasi pada neonatus

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

2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

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

1. Tidak mau minum atau menyusu atau memuntahkan semua
2. Riwayat kejang
3. Bergerak hanya jika dirangsang atau 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 dimata

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

2.6.4 Standar Asuhan Neonatus

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

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

2.7 Konsep Dasar KB

2.7.1 Pengertian KB

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen, dan upaya ini dapat dilakukan dengan menggunakan cara, alat atau obat-obatan (Prawirohardjo, 2016).

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

2.7.2 Macam-macam Alat Kontrasepsi Efektif

Menurut Affandi (2015), macam alat kontrasepsi efektif yaitu :

1. Kontrasepsi Suntikan Progestin

a. Profil

- 1) Sangat efektif
- 2) Aman
- 3) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi
- 4) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan
- 5) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI

b. Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

- 1) *Depo medroksi progesteron asetat* (depoprovera) mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik secara IM (di daerah bokong).
- 2) *Depo norestisteron enantat*, yang mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara di suntik secara IM.

c. Cara Kerja

- 1) Mencegah ovulasi
- 2) Mengentalkan lendir serviks sehingga bisa menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- 3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

d. Efektifitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

e. Keuntungan

- 1) Sangat efektif

- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
- 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- 6) Sedikit efek samping
- 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
- 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 11) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

f. Keterbatasan

- 1) Sering ditemukan gangguan haid, seperti :
 - a) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
 - b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
 - c) Perdarahan yang tidak teratur atau ada perdarahan bercak (spotting).
 - d) Tidak haid sama sekali.
- 2) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
- 4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- 5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi virus HIV.
- 6) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 7) Terlambatnya kembalinya kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan atau kelainan pada organ genetalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari tempat suntikan.
- 8) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- 9) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang.

- 10) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.

g. Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tersebut tidak hamil
- 4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan (tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang)
- 5) 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
- 6) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin ganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal tidak hamil, tidak perlu menunggu haid berikutnya datang
- 7) 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
- 8) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur.

2. Pil Progestin (Mini Pil)

a. Profil

- 1) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB
- 2) Sangat efektif pada masa laktasi
- 3) Dosis rendah
- 4) Tidak menurunkan produksi ASI
- 5) Tidak memberikan efek samping estrogen

- 6) Efek samping utama adalah gangguan perdarahan, perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur
- 7) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

b. Jenis mini pil

Kemasan dengan isi 35 pil : 300 mg *levonorgestrel* atau 350 mg *noretindron*. Kemasan dengan isi 28 pil : 75 mg *desogestrel*.

c. Cara kerja mini pil

- 1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)
- 2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
- 3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- 4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

d. Efektifitas

Sangat efektif (98,5%) pada penggunaan mini pil jangan sampai terlupa satu dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Penggunaan obat-obat mukolitik asetilsistein bersamaan dengan mini pil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontrasepsi dari mini pil terganggu.

Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka :

- 1) Jangan sampai ada tablet yang lupa.
- 2) Tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari).
- 3) Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan mini pil.

e. Keuntungan kontrasepsi

- 1) Sangat efektif bila digunakan secara benar
- 2) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 3) Tidak mempengaruhi ASI
- 4) Kesuburan cepat kembali
- 5) Nyaman dan mudah digunakan
- 6) Sedikit efek samping

- 7) Dapat dihentikan setiap saat
- 8) Tidak mengandung estrogen

f. Keuntungan non kontrasepsi

- 1) Mengurangi nyeri haid
- 2) Mengurangi jumlah darah haid
- 3) Menurunkan tingkat anemia
- 4) Mencegah kanker endometrium
- 5) Melindungi dari penyakit radang panggul
- 6) Tidak meningkatkan pembekuan darah
- 7) Dapat diberikan pada penderita endometriosis
- 8) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi
- 9) Dapat mengurangi keluhan pre menstrual syndrome (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis)
- 10) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.

g. Keterbatasan

- 1) Hampir 30-60 % mengalami gangguan haid (spotting, amenorrhea)
- 2) Peningkatan atau penurunan berat badan
- 3) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
- 4) Bila lupa 1 pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
- 5) Payudara menjadi tegang, mual pusing, dermatitis atau jerawat
- 6) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan mini pil
- 7) Efektifitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat TBC atau obat epilepsi
- 8) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV AIDS. Hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebihan di daerah muka), tetapi sangat jarang terjadi

h. Waktu menggunakan kontrasepsi

- 1) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid
- 2) Dapat digunakan setiap saat, asal tidak terjadi kehamilan
- 3) Bila klien tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil.
- 4) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid, mini pil dapat dimulai setiap saat
- 5) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan, dan klien telah mendapat haid mini pil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid
- 6) Mini pil dapat diberikan segera pascakeguguran
- 7) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan mini pil, mini pil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu datangnya haid berikutnya
- 8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan mini pil, mini pil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain
- 9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), mini pil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.

3. Implant

a. Profil

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.

b. Jenis

Jeni kontrasepsi implant dibagi 3, yaitu :

- 1) Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel. Masa kerjanya yaitu selama 5 tahun

- 2) Jadelle (norplant II) terdiri dari 2 kapsul. Memakai levonorgestrel 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. U.S. FDA menyetujui masa kerja norplant adalah 5 tahun tetapi studi komparasi dengan implant-2 ternyata 5 *year pregnancy rate* dan efek samping kedua kontrasepsi ini adalah sama. Population council baru baru ini menyatakan bahwa Jadelle direkomendasikan untuk penggunaan 5 tahun dan norplant untuk 6 tahun
- 3) Implanon kapsul tunggal mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel). Masa kerjanya yaitu 3 - 4 tahun

4. AKDR dengan progestin

Jenis AKDR yang mengandung hormone steroid adalah prigestase yang mengandung progesteron dari mirena yang mengandung levonorgestrel.

a. Cara kerja

- 1) Endometrium mengalami transformasi yang irreguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi
- 2) Mencegah terjadinya pembuahan dengan mengeblok bersatunya ovum dengan sperma
- 3) Mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba fallopi

b. Efektifitas

Sangat efektif, yaitu 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan.

c. Keuntungan kontrasepsi

- 1) Efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tahun).
- 2) Tidak mengganggu hubungan suami istri.
- 3) Tidak berpengaruh terhadap ASI
- 4) Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat.
- 5) Efek sampingnya sangat kecil.
- 6) Memiliki efek sistemik yang sangat kecil.

d. Keuntungan non kontrasepsi

- 1) Mengurangi nyeri haid.
- 2) Dapat diberikan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen, untuk pencegahan hyperplasia endometrium.

- 3) Mengurangi jumlah darah haid.
- 4) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsional dan adenomiosis.
- 5) Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause.
- 6) Tidak mengurangi kerja obat tuberculosi ataupun obat epilepsi, karena AKDR yang mengandung progestin kerjanya terutama lokal pada endometrium.

e. Keterbatasan

- 1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR
- 2) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR
- 3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat tergantung pada tenaga kesehatan
- 4) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea
- 5) Dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1 per 1000 kasus)
- 6) Kejadian kehamilan ektopik relatif tinggi
- 7) Bertambahnya resiko mendapat penyakit radang panggul sehingga dapat menyebabkan infertilitas
- 8) Mahal
- 9) Progestin sedikit meningkatkan resiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan perimenopause. Resiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan pil kombinasi
- 10) Progestin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskuler
- 11) Memperburuk perjalanan penyakit payudara
- 12) Progestin dapat mempengaruhi jenis-jenis tertentu hiperlipidemia
- 13) Progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus

f. Waktu pemasangan

- 1) Setiap waktu selama siklus haid, jika ibu tersebut dapat dipastikan tidak hamil.

- 2) Sesudah melahirkan, dalam waktu 48 jam pertama pasca persalinan, 6 – 8 minggu, ataupun lebih sesudah melahirkan.
- 3) Sesudah induksi haid, pasca keguguran spontan, atau keguguran buatan, dengan syarat tidak terdapat bukti – bukti adanya infeksi.

5. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

a. Profil

- 1) Sangat efektif, reversible dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT-380A)
- 2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
- 3) Pemasangan dan pencabutan memerlukan penelitian
- 4) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- 5) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (IMS)

b. Jenis

1) AKDR CuT-380A

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

- 2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (*schering*).
- 3) Selanjutnya yang akan dibahas adalah khusus CuT-380 A.

c. Cara kerja

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

d. Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi
- 2) Sangat efektif > 0,6 - 0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 - 170 kehamilan)
- 3) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan

- 4) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- 5) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- 6) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 7) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- 8) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- 9) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 10) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 11) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 12) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- 13) Membantu mencegah kehamilan ektopik

e. Kerugian

- 1) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- 2) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- 3) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR
- 4) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan.
- 5) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1 – 2 hari
- 6) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
- 7) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
- 8) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal
- 9) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya kedalam vagina. Sebagian perempuan tidak mau melakukan ini

6. 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.

Menurut BKKBN, 2015 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 atau penekanan terhadap 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

Untuk bayi :

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

Untuk ibu :

- 1) Mengurangi pendarahan pasca persalinan
- 2) Mengurangi resiko anemia
- 3) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

- e. Yang tidak boleh menggunakan MAL
 - 1) sudah mendapatkan haid setelah bersalin
 - 2) tidak menyusui secara eksklusif
 - 3) bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
 - 4) bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam

2.7.3 Penapisan

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

- 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 2.11 Daftar 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).	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyaakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		

Apakah pernah mengalami disminorhea berat yang membutuhkan analgetika dan atau istirahat baring
 Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau setelah sanggama
 Apakah pernah mengalami gejala penyait jantung valvular atau kongenital

Sumber : Affandi, 2015

Jika semua keadaan diatas adalah “tidak” dan tidak dicurigai adanya kehamilan, maka dapat diteruskan dengan konseling metode khusus. Bila respon banyak yang “ya” (positif), berarti klien perlu dievaluasi sebelum keputusan akhir dibuat.

2.7.4 Konseling Pra dan Pasca Pemasangan Alat Kontrasepsi

Konseling KB adalah proses yang berjalandan menyatu dengan semua aspek pelayanan Keluarga Berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan (Prawirohardjo, 2016).

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

SA : SApa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien kita dapat membantunya.

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

TU : BanTUlah klien menentukan pilihannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginan dan mengajukan pertanyaan. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut. Yakinkan bahwa klien telah membuat keputusan yang tepat.

J: Jelaskan secara lengkap bagaimana cara menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih kontrasepsi pilihannya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.

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

2.7.5 Efek Samping dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi Efektif

1. Pil progestin (minipil)

Tabel 2.12 Penanganan efek samping Pil progestin (minipil)

Efek Samping	Penanganan
Amenorrhea	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.
Perdarahan sedikit atau spotting	Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Bila klien tetap saja tidak dapat menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

Sumber: Affandi, 2015.

2. Suntikan progestin

Tabel 2.13 Penanganan efek samping Suntikan progestin

Efek Samping	Penanganan
Amenorrhea	a. Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik. b. Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan. c. Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. d. Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3 – 6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.
Spotting	a. Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka dapat disarankan 2 pilihan pengobatan. b. 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30 – 35 mg etinilestradiol) c. Ibu profen (sampai 80 mg, 3x per hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. d. Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. e. Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kombinasi per hari selama 3 – 7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal atau diberi 50 mg etinol estradiol atau 1,25 mg estrogen untuk 14 – 21 hari.
Meningkat atau menurunnya berat badan	a. Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 -2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan kontrasepsi lain.

Sumber : Affandi, 2015.

3. Implant

Efek samping dari pemasangan implant adalah perubahan siklus menstruasi, menstruasi lebih lama pada beberapa bulan pertama pemakaian, perdarahan atau bercak perdarahan diantara siklus haid, amenorrhea, sakit kepala, perubahan berat badan perubahan suasana hati, depresi.

4. AKDR dengan Progestin

Tabel 2.14 Penanganan efek samping AKDR dengan Progestin

Efek Samping	Penanganan
Amenorrhea	a. Pastikan hamil atau tidak. b. Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenorrhea (20 – 50%). c. Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. d. Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. e. Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. f. Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. g. Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat.
Kram	a. Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. b. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. c. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.

Perdarahan yang tidak teratur dan banyak	a. Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. b. Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. c. Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu atau pil kombinasi satu siklus saja. d. Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. e. Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR.
Benang hilang	a. Periksa apakah klien hamil. b. Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. c. Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. d. Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. e. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan ‘amenorrhea’.
Cairan vagina atau dugaan penyakit radang panggul	a. Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai. b. Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut. c. Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai AKDR lagi, berikan antibiotika selama 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan dibantu klien untuk memilih metode kontrasepsi lain.

Sumber : Affandi, 2015

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.1 Manajemen Varney

Menurut Sofyan (2008), standar praktek kebidanan dalam metode asuhan kebidanan yang menggambarkan tentang *Continuity of Care* adalah:

1. Standart 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. Standart 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. Standart 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. Standart 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. Standart 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. Standart 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. Standart VII : Pengawasan

Monitor atau 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. Standart 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. Standart IX : Dokumentasi

Asuhan kebidanan di dokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan.

Definisi operasional :

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

2.8.2 Standart Kompetensi Bidan

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

1. Kompetensi ke-1

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dalam ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etika yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

2. Kompetensi ke-2

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

3. Kompetensi ke-3

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

4. Kompetensi ke-4

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

5. Kompetensi ke-5

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

6. Kompetensi ke-6

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

7. Kompetensi ke-7

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

8. Kompetensi ke-8

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

9. Kompetensi ke-9

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