

BAB II 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)

2.1.2 Tujuan

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

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

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Menurut 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).

Widatiningsih, Dewi (2017), kehamilan merupakan proses fisiologis bagi wanita yang dimulai dengan proses fertilisasi kemudian janin berkembang di dalam uterus dan berakhir dengan kelahiran. Pemahaman tentang konsep dasar kehamilan mulai dari fertilisasi hingga janin aterm, mendiagnosa kehamilan dan menghitung usia kehamilan sangat penting untuk dapat memberikan penjelasan kepada ibu hamil serta dapat memberikan asuhan sesuai dengan perubahan yang terjadi selama periode kehamilan.

Syauddin (2016), 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.

2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

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

1. Perkembangan Konseptus

Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas 16 sel blastomer), kemudian menjadi blastokis (terdapat cairan di tengah) yang mencapai uterus dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi embrio, setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin.

Konseptus ialah semua jaringan konsepsi yang membagi diri menjadi berbagai jaringan embrio, korion, amnion dan plasenta.

2. Embrio dan Janin

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 tergegangam dan jantung telah terbentuk penuh.
7 Minggu	Mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah.
8 Minggu	Mrip 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 Caseosa (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

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

d. Perdarahan sedikit

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

e. Suhu tubuh naik

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

f. Penciuman lebih sensitif

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

g. Mual dan muntah

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

h. Lelah

Hormon progesteron menyebabkan terjadi penurunan fungsi beberapa organ tubuh 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 esterogen 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 keunguan.

e. Tanda Piskacek

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 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 fetoelectro 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 50 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 terasa 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/kiri.

b. Serviks

Serviks uteri akan bertambah *vaskularisasinya* dan menjadi lunak disebut *Tanda Goodell*. Kelenjar Endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak

cairan *mucus*. Karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid dan perubahan itu disebut *Tanda Chadwick*.

c. Indung telur (*Ovarium*)

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

d. Vagina dan Vulva

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

e. Dinding Perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robek-nya serabut elastic dibawah kulit sehingga timbul *Strias Gravidarum*. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada *hiatamnion* 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 Sickness*).

d. Tulang dan Gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak, terjadi sedikit pelebaran pada ruang persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada tulang 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) Cairan, urin, 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 fe dan robansia yang berisi mineral dan vitamin.

h. Payudara atau Mammae

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang, dan berat. Dapat teraba nodule-nodule, akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. 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

Segera setelah konsepsi, kadar hormone progesterone dan esterogen dalam kehamilan akan meningkat. Hal ini akan menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah, dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan. Sering kali pada awal kehamilannya ibu berharap untuk tidak hamil (Nanny, dkk, 2014).

2. Trimester II

Secara umum pada trimester kedua ini ibu merasa lebih baik dan sehat karena terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan, misalnya mual dan letih. Bagaimanapun juga, ketidaknyamanan lain akibat perubahan psikologis akibat berkembangnya kehamilan tetap dapat di rasakan. Hal tersebut dapat menjadi sesuatu yang mengganggu, namun disisi lain terdapat perubahan yang di rasakan sebagai sesuatu yang menyenangkan, misalnya energi yang bertambah (Astuti, dkk, 2017).

Ibu merasa lebih stabil, kesanggupan mengatur diri lebih baik, kondisi atau keadaan ibu lebih menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik tubuhnya, janin belum terlalu besar sehingga belum menimbulkan ketidaknyamanan. Ibu sudah mulai menenama dan mengerti tentang kehamilannya (Nanny, dkk, 2014).

3. Trimester III (periode menunggu dan waspada)

Trimester III seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu dan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Perasaan khawatir atau takut kalau kalau bayi yang akan di lahirkannya tidak normal lebih sering muncul. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang di anggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada waktu melahirkan.

Rasa tidak nyaman akibat kehalilan timbul kembali pada trimester ketiga. (Widatiningsih, Dewi 2017).

Respon terhadap perubahan pada gambaran diri (*body image*) : ibu dapat mengalami gangguan *body image*(gambaran mengenai tubuhnya) yaitu merasa dirinya aneh dan jelek. Gambaran bumil mengenai tubuhnya selama hamil sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti: usia, tahap perkembangan, persepsi terhadap perubahan fisik yang terjadi, dan reaksi-reaksi orang-orang dekatnya maupun masyarakat di lingkungan bumil. (Widatiningsih, Dewi 2017).

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

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, tingkatkan 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 2.2 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 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 ditawarkan, 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 goyangan panggul dengan tangan diatas lutut dan sambil duduk di kursi dengan punggung lurus atau goyangan 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 inci 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 mengalami kesakitan persalinan atau melahirkan anak prematur pada persalinan sebelumnya
- 3) Latihan harus secara teratur dalam suasana yang tenang
- 4) Berpakain 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 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.

Seorang ibu dapat mempersiapkan 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 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 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 berakut 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 Abdominopelvikum

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

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

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 Nany, dkk (2014) tanda bahaya kehamilan sebagai berikut :

Perdarahan Pervaginam. Perdarahan pervaginam dalam kehamilan jarang yang normal/fisiologis. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan sedikit/spotting di sekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan hal tersebut normal terjadi.

Perdarahan pada masa kehamilan yang patologis dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

1. Perdarahan pada awal masa kehamilan.

Yaitu perdarahan yang terjadi pada masa kehamilan kurang dari 22 minggu.

Perdarahan per vaginam dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda berikut.

- a. Keluar darah merah.
- b. Perdarahan yang banyak.
- c. Perdarahan dengan nyeri.

Perdarahan semacam ini perlu dicurigai terjadinya abortus, kehamilan ektopik, atau kehamilan mola.

2. Perdarahan pada masa kehamilan lanjut.

Yaitu perdarahan yang terjadi pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan tidak normal bila terdapat tanda-tanda berikut ini.

- a. Keluar darah merah segar atau kehitaman dengan kebekuan.
- b. Perdarahan banyak kadang-kadang/tidak terus-menerus.
- c. Perdarahan disertai rasa nyeri.

Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptur uteri. Selain itu, perlu dicurigai adanya gangguan pembekuan darah.

3. Sakit kepala yang hebat.

Sakit kepala yang hebat dapat terjadi selama kehamilan dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sebagai berikut.

- a. Sakit kepala hebat.
- b. Sakit kepala yang menetap.
- c. Tidak hilang dengan istirahat.

Terkadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilannya adalah gejala dari preeklamsia.

4. Masalah penglihatan pandangan kabur.

Penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), dan berkunang-kunang.

5. Bengkak pada muka dan tangan.

Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka. Edema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa sehingga tidak seberapa penting untuk penentuan diagnosis preeklamsia.

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius apabila ditandai dengan tanda-tanda berikut ini.

- a. Jika muncul pada muka dan tangan.
- b. Bengkak tidak hilang setelah beristirahat.
- c. Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya, seperti : sakit kepala yang hebat, pandangan mata kabur, dan lain-lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

6. Nyeri perut yang hebat.

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih, dan infeksi lain.

7. Gerakan bayi yang berkurang.

- a. Gerakan janin adalah suatu hal yang biasa terjadi pada kehamilan yaitu pada usia kehamilan 20-24 minggu. Ibu mulai merasakan gerak bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.

- b. Gerakan janin tersebut dipengaruhi oleh berbagai hal yaitu umur kehamilan, transport glukosa, stimulus pada suara, kebiasaan janin, ibu yang merokok, dan penggunaan obat-obatan oleh ibu hamil. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat, serta jika ibu makan dan minum dengan baik.

- c. Hal yang paling penting bahwa ibu hamil perlu waspada terhadap jumlah gerakan janin, ibu hamil perlu melaporkan jika terjadi penurunan/gerakan janin yang terhenti.

8. Menilai gerakan janin yang kurang dapat dilakukan dengan metode perhitungan gerakan janin oleh Cardiffn Count to ten.

- a. Perhitungan sehari dalam sehari.

- b. Buat standart perhitungan pada waktu yang sama, contoh: tiap 8 jam pagi atau tanyakan kepada wanita untuk memilih waktu yang dipunyai dan ketika janin biasanya aktif.
- c. Catat berapa lama yang dibutuhkan untuk mencapai 10 gerakan.
- d. Harus ada sedikitnya 10 gerakan yang teridentifikasi dalam 10 jam.
- e. Jika kurang dari 10 gerakan dalam 10 jam atau jika terjadi peningkatan waktu untuk mencapai 10 gerakan atau tidak ada gerakan selama 10 jam, maka uji NST harus dilakukan secepatnya.

2.2.8 Standart Pelayanan Kehamilan (14T)

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

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

Tabel 2.3 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 xiphoideus (Px)

Sumber: DepKes RI, 2010

4. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

5. Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) (T5) harus segera di berikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Tabel 2.4 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, 2014.

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 (*Venereal Disease Research Laboratory*) (T7). Pemeriksaan dilakukan pada saat bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.
8. Pemeriksaan Protein urine (T8) dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklamsi.
9. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9) untuk Bumil dengan riwayat DM, bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DM.
10. Perawatan Payudara (T10). Perawatan payudara atau perawatan payudara untuk bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 36 Minggu.
11. Senam Hamil (T11)
12. Pemberian Obat Malaria (T12) diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.
13. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13) diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia.
14. Temu wicara / Konseling (T14)

2.2.9 P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

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

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

Menurut Kemenkes (2013) Persiapan persalinan termasuk :

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

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

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Gambar 2.1 Stiker P4K

Sumber: Kemenkes RI, dalam buku KIA, 2015

2.2.10 ANC Terpadu

Pelayanan kesehatan ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Pelayanan Antenatal Terpadu merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang meliputi pelayanan KIA, gizi, penyakit menular, 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. Persiapan 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 kegawatdauratan 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.

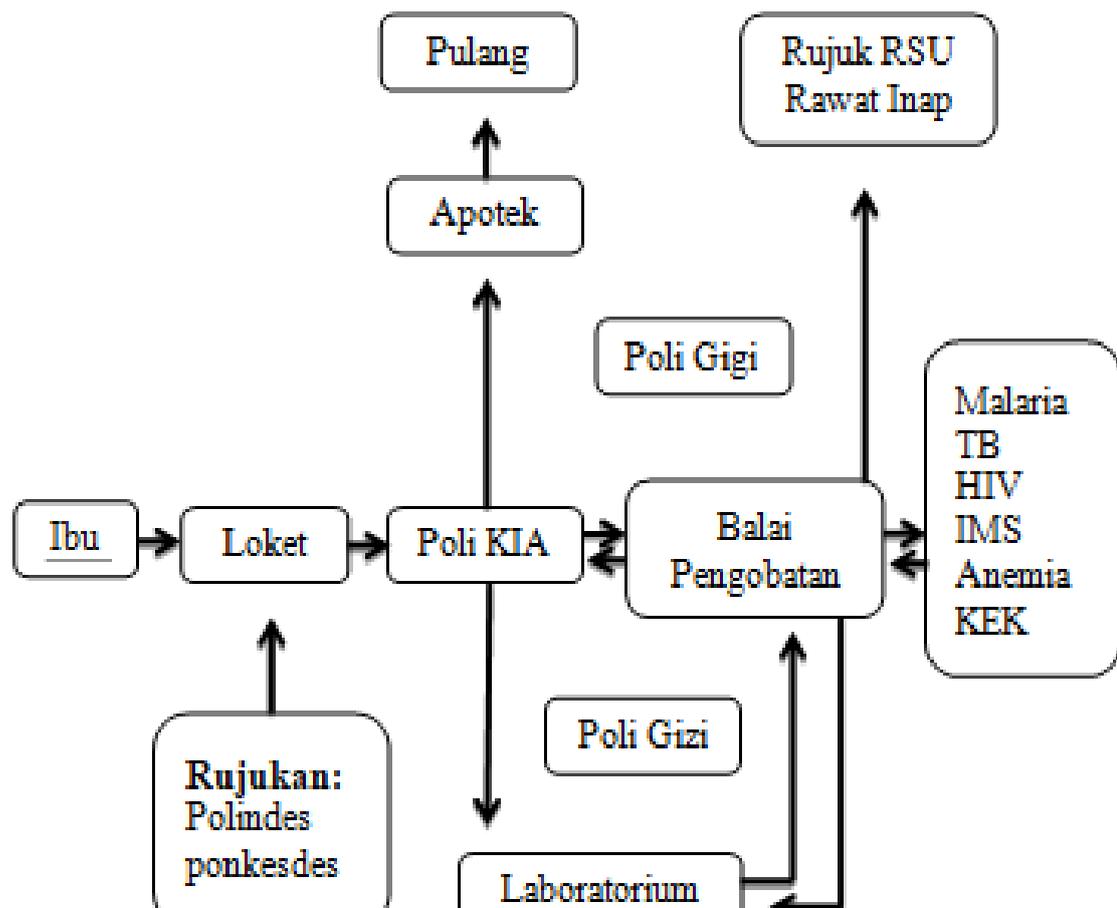
Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi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

- Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG)
- Kontak dengan dokter gigi.
- Kontak dengan dokter umum.
- Kontak dengan dokter paru-paru.
- Kontak dengan ahli gizi.

3. Deteksi Dini Kehamilan

- Alur Pelayanan antenatal terpadu di Puskesmas



Gambar 2.2 Alur pelayanan antenatal terpadu di Puskesmas
Sumber : Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu (Data Kemenkes, 2014)

2.2.11 Deteksi Dini Resiko Tinggi

1. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang berisiko 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 :					
Pendidikan : Ibu		Suami					
Pekerjaan : Ibu		Suami					
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tanjak tang / vakum	4					
	b. Uri drogoh	4					
	c. Diberi infus/Transfusi	4					
	10. Pernah Operasi Sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai	4				

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

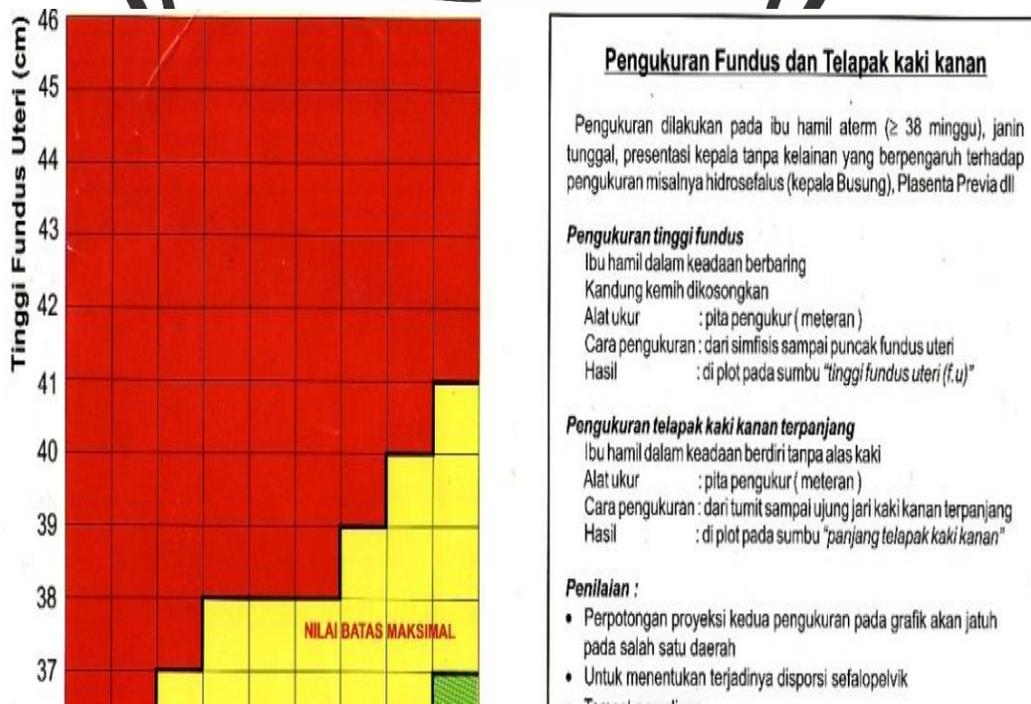


Gambar 2.3 KSPR

Sumber : Boedji Rochjati, dalam Buku KIA, 2015

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*).





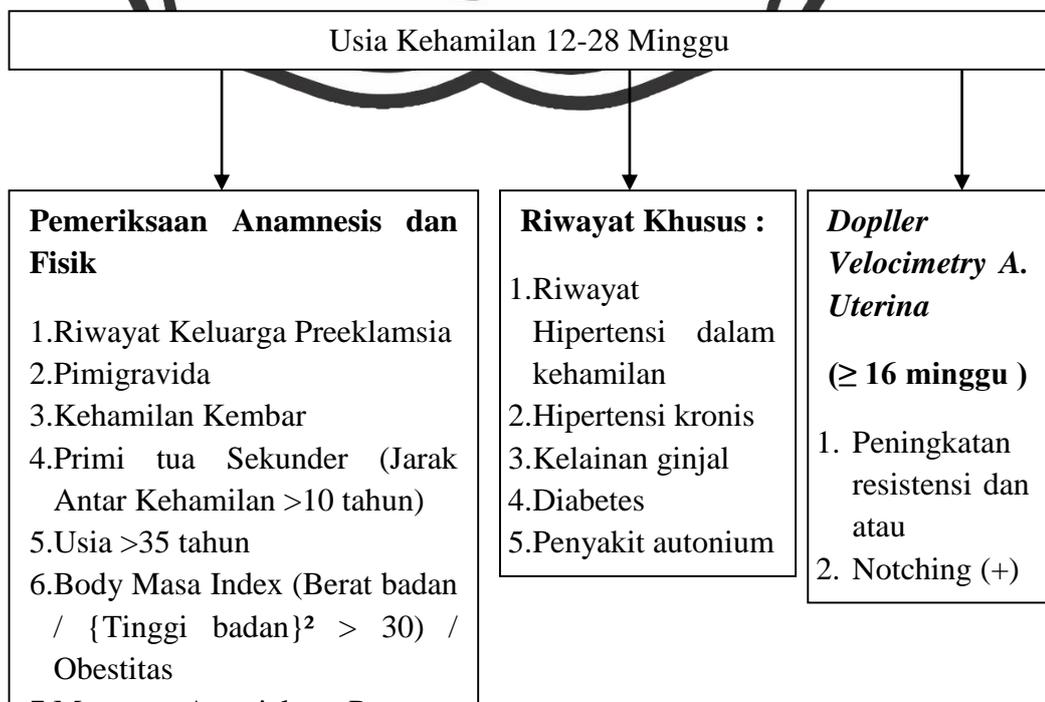
Gambar 2.4 Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

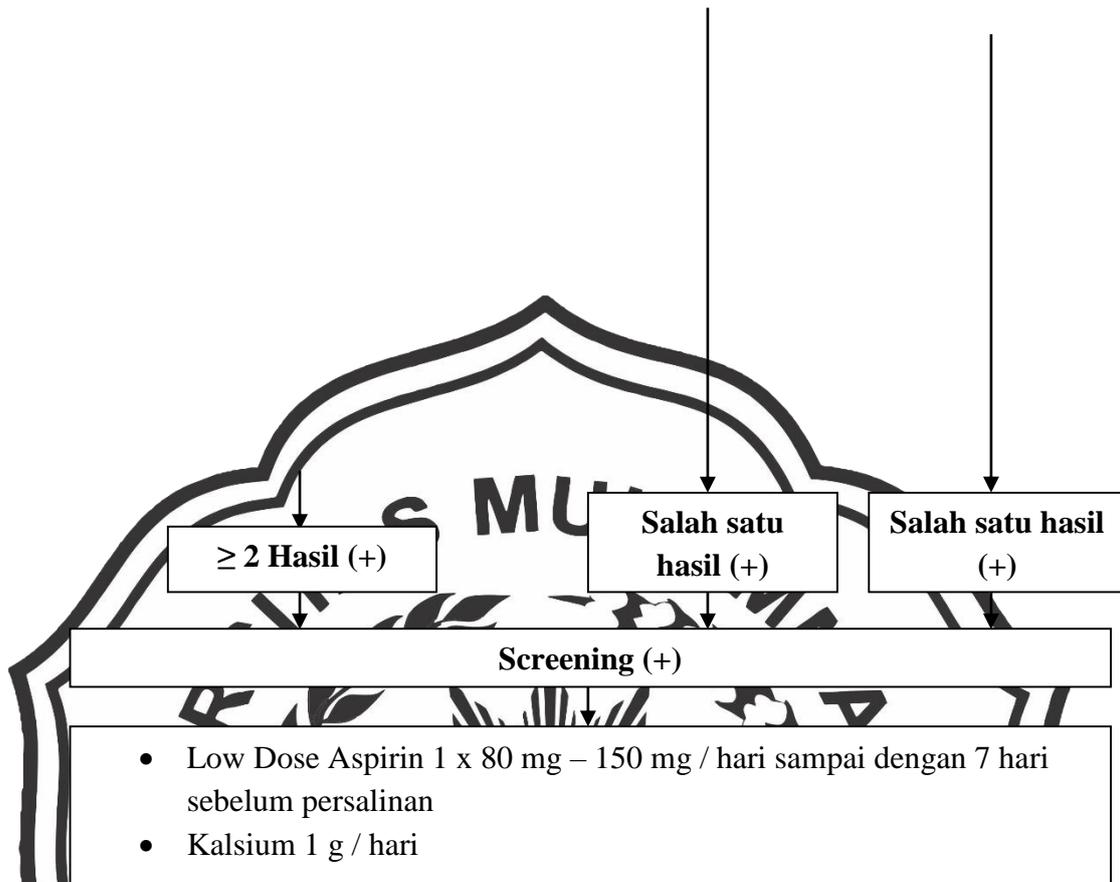
Sumber : Soedarto, dalam Dinkes Jatim 2018

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





**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

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 : PENAKIB, dalam Kesga Dinkes Jatim, 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).

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.

2.3.3 Deteksi Dini Masa Persalinan

1. Penapisan

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

Tabel 2.5 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan Segera selama Persalinan Kala I

Temuan Anamnesis	Rencana untuk Asuhan atau Perawatan
Riwayat bedah sesar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 2. Dampingi ibu ketempat rujukan
Perdarahan Per vagiam selain lender bercampur darah ('show')	<p>Jangan lakukan periksa dalam.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 2. Segera rujuk ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria (bedah sesar) 3. Dampingi ibu ketempat rujukan
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ke fasilitas yang mampu menatalaksanakan gawat-darurat obstetri neonatal 1. Dampingi ibu ketempat rujukan, berikan dukungan dan semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 2. Dengarkan DJJ, Segera rujuk ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria (bedah sesar) 3. Dampingi ibu ketempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lender De Lee, handuk/kain untuk mengerikngkan dan menyelimuti bayi untuk mengantisipasi jika ibu melahirkan di perjalanan.
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur meconium disertai tanda-tanda gawat janin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Degarkan DJJ, jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai (lihat di bawah).
Ketuban pecah lebih dari 24 jam atau ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi < 37 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk kefasilitas kesehatan yang mampu menangani gawa-darurat obstetri 2. Dampingi ibu ketempat rujukan. Serta beri semangat dan dukungan pada ibu.
Tanda-tanda atau gejala infeksi :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke RS rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
<ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatur > 38 °C 2. Menggigil 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan Ketuban berbau 	
Tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urin (pre eklamsia berat)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgSO4 atau 40% IV (5-8 menit) 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomnia, polihidramniosisi, kehamilan ganda)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat Alasan: polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir

Temuan Anamnesis	Rencana untuk Asuhan atau Perawatan
Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (Gawat janin)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur. 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam. 3. Segera rujuk ibu ke RS Rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan.
Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesarea 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala) Tali pusat menumbung (Jika tali pusat masih berdenyut)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat. 4. Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi, masukkan jari telunjuk dan tengah ke vagina, dorong kepala menjauhi tali pusat yang menumbung atau ibu diposisikan sujud menungging dan dada menempel di kasur (minta keluarga membantu). 5. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 6. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda dan gejala syok :	Baringkan ibu miring kiri.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi cepat, lemah (> 100 x/menit) 2. Tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg) 3. Pucat 4. Berkeringat atau kulit lembab, dingin 5. Nafas cepat (lebih dari 30 kali per menit) 6. Delirium atau tidak sadar 7. Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml per jam) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala. 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) : infuskan 1 liter dalam waktu 15-20 menit : dilanjutkan dengan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian turunkan tetesan menjadi 125 ml/jam. 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Fase Laten Memanjang :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam 2. Kontraksi > 2 dalam 10 menit 	
Belum inpartu :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan 2. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 	

Temuan Anamnesis	Rencana untuk Asuhan atau Perawatan
menit dan lamanya kurang dari 20 detik	3. Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang dan dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar:
2. Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1 hingga 2 jam	a. Cukup makan dan minum b. Kembali jika frekuensi dan lam kontraksi meningkat.
Partus Lama :	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat-darurat obstetric dan bayi baru lahir.
1. Grafik dilatasi menyimpang ke kanan dari garis waspada	2. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
2. Dilatasi < 1 cm per jam	
3. Kontraksi < 2 kali dalam 10 menit dan lamanya < 40 detik	

Sumber: JNPK-KR/2017

Tabel 2.6 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan Segera selama Persalinan Kala II

Penilaian	Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
1. Nadi	Tanda dan gejala syok:	1. Baringkan miring ke kiri
2. Tekanan darah	1. Nadi cepat, isi kurang (100x/menit atau lebih)	2. Naikkan kedua kaki untuk meningkatkan aliran darah ke jantung
3. Pernafasan	2. Tekanan darah rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg)	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. Kondisi keseluruhan	3. Pucat	4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK
5. Urin	4. Berkeringat atau dingin, kulit lembab	5. Dampingi ibu ketempat rujukan
	5. Nafas cepat (lebih dari 30x/menit)	
	6. Cemas, bingung atau tidak sadar	
	7. Produksi urin sedikit (kurang dari 30 cc/jam)	
1. Nadi	Tanda atau gejala	1. Anjurkan untuk minum
2. Urin	dehidrasi:	2. Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di partogram). 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 cepat (100x/menit atau lebih)	3. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK
	2. Urin pekat	4. Dampingi ibu ketempat rujukan
	3. Produksi urin (kurang dari 30cc/jam)	
1. Nadi	Tanda atau gejala infeksi:	1. Baringkan miring ke kiri
2. Suhu	1. Nadi cepat (110x/menit atau lebih)	2. Pasang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam
3. Cairan vagina	2. Suhu lebih dari 38°C	3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral
4. Kondisi secara umum	3. Menggigil	4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK
	4. Air ketuban atau cairan vagina yang berbau	5. Dampingi ibu ketempat rujukan
1. Tekanan darah	Tanda atau gejala preeklamsi:	1. Baringkan miring ke kiri

Penilaian	Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
2.Urin 3.Keluhan subyektif 4.Kesadaran 5.Kesenjangan	1. Tekanan darah diastolic 90-110 mmHg 2. Protein urinaria hingga 2+	2. Psang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala preeklamsi berat atau eklampsia:	1. Tekanan darah diastolic 110 mmHg atau lebih 2. Tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih dengan kejang 3. Nyeri kepala 4. Gangguan penglihatan 5. Kejang (eklampisia)	1. Baringkan miring ke kiri. 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 3. Berikan dosis awal 4 G MgSO ₄ 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit. 4. Berikan dosis pemeliharaan MgSO ₄ 40%, 1 G per jam segera rujuk ke RUMAH SAKIT PONEK. 5. Dampingi ibu ketempat rujukan.
Tanda-tanda inersia uteri: 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 amniotom (gunakan setengah kocher DTT) 4. Stimulasi puting susu. 5. Kosongkan kandung kemihnya. 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida) segera rujuk kefasilita kesehatan rujukan. 7. Dampingi ibu ketempat rujukan.
Denyut Jantung Janin	1. Tanda gawat janin: DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit 2. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 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
Penurunan Kepala Bayi	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
Lahirnya Bahu	Tanda-tanda distosia bahu: 1. Kepala bayi tidak melakukan putaran paksi luar.	Bahu bayi tidak dapat lahir Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan): 1. Prasad Mc Robert 2. Prolong Mc Robert (menungging)

Penilaian	Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
	2. Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali kedalam vagina (kepala'kura-kura') 3. Bahu bayi tidak dapat lahir	3. Anterior dyscompact 4. Perasat Corkscrew dari Wood 5. Perasat Schwartz-Dixon
Cairan Ketuban	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). c. Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisab lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee DTT(steril) atau bola karet (penghisap (baru dan bersih). Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penilaian.
Tali Pusat	Tanda-tanda tali pusat menumbung. 1. Tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam	1. Nilai DJJ jika ada : a. Segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan b. Dampingi ibu ketempat rujukan c. Posisikan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur brancart atau isi kantung kemih dengan larutan NS 0,9% air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan unggikan 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). 2. Jika DJJ tidak ada a. Bertanukan ibu dan keluarganya b. Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman.
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 didua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.
Untuk kehamilan	Kehamilan Kembar tak terdeteksi	1. Nilai DJJ.

Penilaian	Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
kembar tak terdeteksi		<ol style="list-style-type: none"> 2. Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama. 3. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring kekiri. 4. Segera rujuk ibu ke RS PONEK. 5. Dampingi ibu ketempat rujukan.

Sumber: JNPK-KR, 2017

Tabel 2.7 Indikasi-indikasi untuk Tindakan dan/atau Rujukan Segera selama pada Kala III dan IV Persalinan

Penilaian	Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Plasenta	<p>Tanda atau gejala retensio plasenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan 	<ol style="list-style-type: none"> a. Jika tampak plasenta, lakukan penegangan plasenta terkendali dan tekanan dorso kranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta dapat dilahirkan. b. Setelah plasenta lahir, lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta (dijelaskan di awal bab ini)
	ATAU	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan periksa dalam jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso kranial pada uterus. 2. Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS <ol style="list-style-type: none"> a. Segera rujuk ke RS PONEK* b. Dampingi ibu ke tempat rujukan 3. Jika retensio plasenta diikuti dengan perdarahan hebat, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), guyur RL atau NS dan 20 unit oksitosin 30 tetes permenit <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan b. Bila syarat untuk plasenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK. c. Dampingi ibu ke tempat rujukan, Tawarkan bantuan 	
Plasenta dan Tali Pusat	<p>Tanda atau gejala avulsi (putus):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tali pusat putus 2. Plasenta tidak lahir. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai kontraksi melalui palpasi uterus 2. Minta ibu meneran jika ibu ada kontraksi 3. Lahirkan plasenta dengan PTT dan tekanan dorso kranial 4. Lakukan masase setelah plasenta lahir 5. Jika setelah 30 menit bayi lahir dan MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta.
1. Plasenta 2. Perdarahan pervagina m	<p>Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali 2. Selaput ketuban tidak lengkap 3. Perdarahan pasca persalinan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan periksa dalam keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan masase uterus. 3. Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa danya separasi parsial atau robekan jalan lahir.

Penilaian	Temuan Anamnesa	Rencana Asuhan
	4. Uterus berkontraksi.	
Perdarahan Pasca Persalinan	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.
1. Perdarahan pasca persalinan 2. Vagina, Perinium, serviks	Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau serviks: a. Perdarahan pasca persalinan b. Plasenta lengkap c. 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 c. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
1. Nadi 2. Tekanan darah 3. Pernafasan 4. Keadaan umum 5. Urin Pucat	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.
1. Nadi 2. Urin 3. Suhu Tubuh	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. 4. Jika temperatur ibu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 5. Segera rujuk ke RS PONEK 6. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
1. Nadi 2. Suhu 3. Lokhia 4. Kesehatan secara umum	Tanda atau gejala infeksi : 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur tubuh lebih dari 38°C 3. Keringat dingin	1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS 500 cc/jam 3. Berikan ampisilin atau amoxicilin 2 G/ oral 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

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

Sumber: NPK-KR, 2017

a. Lembar Penapisan Ibu Bersalin

LEMBAR 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	Preeklamsi/ hipertensi dalam kehamilan		✓
11	Tinggi fundus 40 cm atau lebih		✓
12	Gawat janin		✓
13	Primipara dalam fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5		✓
14	Presentasi bukan belakang kepala		✓
15	Presentasi majemuk		✓
16	Kehamilan gemelli		✓
17	Tali pusat menumbung		✓
18	Syok		✓

Tabel 2.8 Lembar Penapisan
Sumber: Affandi, 2017

2. Partograf

Menurut Affandi (2017), Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. 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.

- a. Pencatatan Selama Fase Laten Kala Satu Persalinan Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dicatat secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun di buku KIA atau Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali observasi harus membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan.

Menurut Affandi (2017), kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara sekama, yaitu:

- 1) Denyut jantung janin : setiap ½ jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap ½ jam
- 3) Nadi : setiap ½ jam
- 4) Pembukaan serviks : setiap 4 jam
- 5) Penurunan Bagian terbawah janin : setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam
- 7) Produksi urine, aseton dan protein : setiap 2 sampai 4 jam

- b. Pencatatan Selama Fase Aktif Kala Satu Persalinan Menurut Affandi (2017), dijelaskan bahwa halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan 50 menyediakan lajur kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan yaitu:

- 1) Informasi tentang ibu
 - a) Nama, umur
 - b) Gravida, para, abortus (keguguran)
 - c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan

(tertulis sebagai jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

2) Kondisi Janin

a) DJJ Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit. Sebaiknya penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga di bawah 120 atau di atas 160.

b) Warna dan adanya air ketuban Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah :

U: Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium

D: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K: Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir

c) Penyusupan (molase) kepala janin Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang/panggul ibu). Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antar tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepa-panggul (CPD). 51 Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin dengan lambang sebagai berikut:

0 : Tulang tulang janin terpisah sutura dengan mudah dipalpsi.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanyasaling bersentuhan.

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3) Kemajuan persalinan Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan centimeter dan menempati lajur



Gambar 2.6 Halaman Depan Partograf

Sumber : Prawirohandjo, Ilmu Kebidanan (2016)

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 :
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.



Gambar 2.7 Halaman Belakang Partograf
Sumber : Affandi, Asuhan Persalinan Normal, 2017
2.3.4 Proses Persalinan

JNPK-KR dalam buku Asuhan Persalinan Normal (APN, 2017), ada 4 kala dalam persalinan, adalah sebagai berikut:

1. Kala I

Persalinan Kala I 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 (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Kala II

Persalinan Kala II 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 periksa dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Pada primigravida, kala II berlangsung 2 jam, dan pada multigravida berlangsung 1 jam.

3. Kala III

Persalinan Kala III 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 (TFV), 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 lacerasi 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 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. Sirkumferensi suboccipito-bregmatika = 32 cm

2.3.6 Perubahan Fisik dan Psikologi Persalinan

Menurut Prayitno (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 ber dinding jauh lebih tipis.

Dengan palpasi abdomen, kedua segmen dapat di bedakan ketika terjadi kontraksi, sekalipun selaput ketuban belum pecah. Segmen atas uterus cukup kencang atau keras, sedangkan konsistensi segmen bawah uterus jauh kurang kencang. Segmen atas uterus merupakan bagian uterus yang berkontraksi secara aktif, segmen bawah adalah bagian yang di regangkan, normalnya jauh lebih pasif.

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

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

fleksibel, bagian ini di tarik ke atas pada kutub bawah janin. Efek ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks.

2. Serviks

Tenaga yang efektif pada kala satu persalinan adalah kontraksi uterus, yang selanjutnya akan menghasilkan tekanan 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 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. Srtuktur yang paling penting adalah M. Levator ani dan fascia yang membungkus permukaan atas dan

bawahnya, yang demi praktisnya dapat di anggap sebagai dasar panggul. Ketebalan M. Levator ani bervariasi 3 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 $>38^{\circ}\text{C}$, menggigih, 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 menubung (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 sistolic 110 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan kejang).
 - f. Inersia uteri (kontraksi kurang dari 3x dalam waktu 10 menit lamanya kurang dari 40 detik).
 - g. Gawat janin (dij 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 menubung (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 terahan (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 merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal. Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang di pergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu. (Marmi, 2011).

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Roito, dkk, 2013).

Jadi, *puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi. *Puerperium* adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai, sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Sekitar 50% kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi. (Nanny, dkk, 2012).

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 uteri

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 antimulas.

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 pascapersalinan.
- b. Lokhea *sanguinolenta* berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pascapersalinan.
- c. Lokhea *serosa* berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.
- d. Lokhea *alba* Cairan putih, setelah 2 minggu.
- e. Lokhea *purulenta* terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
- f. Lokiostasis. Lokhea tidak lancar keluar.

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 berangsur-angsur menjadi cuit dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur.

2.4.3 Perubahan psikologi

Menurut Nanny, dkk (2012), Perubahan Psikologi Ibu Nifas antara lain:

1. Fase *Taking In*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.

Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut :

- a. Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, misalkan jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.
- b. Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu, misalnya rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya.

- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d. Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama.

2. Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

3. Fase *Letting Go*

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani.

2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Runjati, dkk (2018), 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 genitalianya, 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 sebaiknya 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 pascapersalinan

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 mola hidatidosa.
- c. Uterus mengalami overdistensi (makrosomia, kehamilan kembar, hidramnion atau bekuan darah) yang menyebabkan hilangnya kontraksi uterus.
- d. Memiliki riwayat persalinan dengan komplikasi (persalinan lama, 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 genetal 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 (MgSO₄).

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. Preeklamsia berat

- 1) Tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg pada usia kehamilan >20 minggu
- 2) Hasil tes cetup 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. Eklamsia

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

4. Defiensi vitamin dan mineral

Defiensi vitamin dan mineral adalah kelainan yang terjadi sebagai akibat kekurangan iodin, kekurangan vitamin A serta anemia defiensi Fe. Defiensi 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 Prekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.

Kunjungan	Waktu	Tujuan
		<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit penyulit yang ada atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber: Syaifuddin, 2014

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, dkk 2018).

2.5.2 Tanda-Tanda BBL Normal

Menurut Runjati, dkk (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 SCORE

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

Sumber : Mochtar (2015)

2.5.3 Masa Transisi BBL

Menurut Muslihatun (2010), Periode Transisional ini dibagi menjadi tiga periode, yaitu periode pertama reaktivitas, fase tidur dan periode kedua reaktivitas. Karakteristik masing-masing periode mempengaruhi kemajuan bayi baru lahir ke arah mandiri.

1. Periode pertama reaktivitas

Periode pertama reaktivitas berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini, antara lain: denyut nadi apical berlangsung cepat dan irama tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80 kali per menit, pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur dan adanya retraksi. Pada periode ini, bayi membutuhkan perawatan khusus, antara lain: mengkaji dan memantau frekuensi jantung dan pernafasan setiap 30 menit pada 4 jam pertama setelah kelahiran, menjaga bayi agar tetap hangat (suhu aksila 36,5-37,5 C).

a. Fase tidur

Fase ini merupakan interval tidak responsive relative atau fase tidur yang dimulai dari 30 menit setelah periode pertama reaktivitas dan berakhir pada 2-4 jam. Karakteristik pada fase ini adalah frekuensi pernafasan dan denyut jantung menurun kembali ke nilai dasar, warna kulit cenderung stabil, terdapat akrosianosis dan bisa terdengar bising usus.

2. Periode kedua reaktivitas

Periode kedua reaktivitas ini berakhir sekitar 4-6 jam setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini adalah bayi memiliki tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan.

3. Periode pascatransisional

Pada saat bayi telah melewati periode transisi, bayi dipindah ke ruang bayi/rawat gabung bersama ibunya.

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 darisatu 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 di atas 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 puting tali pusat atau perut bayi atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puting 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 DDT. 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 kereng-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 (KN1) 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) Periksalah 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 (Marni, 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 Maryunani (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 bounding*) 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 resistan. Imunisasi berarti pemberian kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh kekebalan tubuh manusia terhadap penyakit tertentu. Proses imunisasi ialah memasukkan vaksin atau serum kedalam tubuh manusia, melalui oral atau suntikan.

2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

Tanda bahaya yang mungkin terjadi pada neonatus menurut Maryunani (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 /menit dan ≥ 60 /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. Narah 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 (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B0 bila belum diberikan pada saat lahir. Selain KN1, 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 (Kemendes 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 disuntik 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. Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas 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 genitalia, 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 berak, atau perdarahan tidak teratur
- 7) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

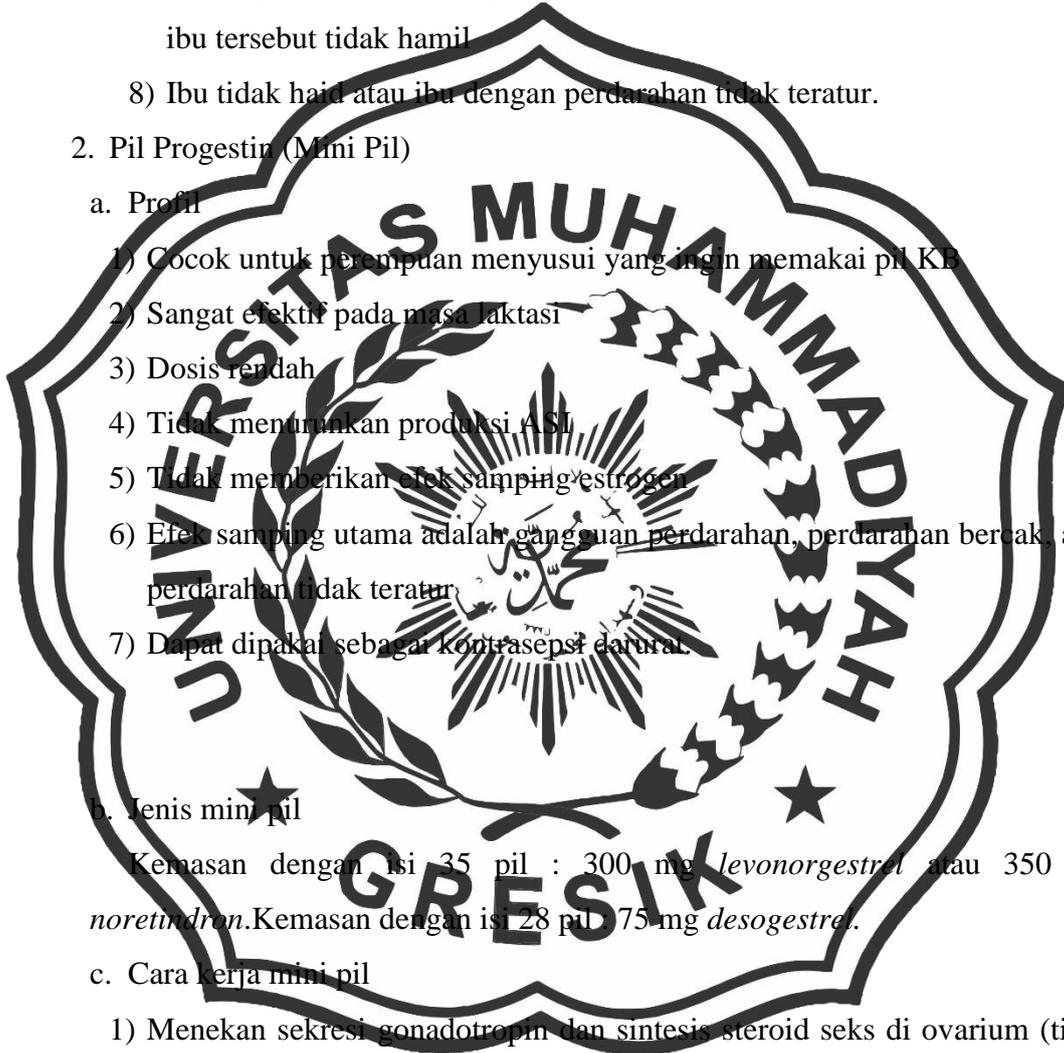
b. Jenis mini pil

Kemasan dengan isi 35 pil : 300 mg *levonorgestrel* atau 350 mg *norethindron*. 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 minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid
- 6) Mini pil dapat diberikan segera pasca keguguran
- 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

Jenis 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 mirona 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 nonkontrasepsi

- 1) Mengurangi nyeri haid.
- 2) Dapat diberikan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen, untuk pencegahan hiperplasia endometrium.
- 3) Mengurangi jumlah darah haid.
- 4) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomiosis.
- 5) Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause.
- 6) Tidak mengurangi kerja obat tuberkulosis ataupun obat epilepsy, 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) Progesterin sedikit meningkatkan resiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan perimenopause. Resiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan pil kombinasi
- 10) Progesterin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskuler
- 11) Memperburuk perjalanan penyakit payudara
- 12) Progesterin dapat mempengaruhi jenis-jenis tertentu hiperlipidemia
- 13) Progesterin 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 ke dalam 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 ke dalam 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 hamil
- 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 efektifitas
- 3) Tidak mengganggu senggama
- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
- 5) Tidak perlu pengawasan medis
- 6) Tidak perlu obat atau alat
- 7) Tanpa biaya

d. Keuntungan

Untuk bayi :

- 1) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
- 2) Sumberasupan 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).		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah pernah mengalami dismenorhea 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 berjalanan 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 TUJUH)

S : 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 (sambal 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 etmol estradiol atau 1,25 mg estrogen untuk 14 – 21 hari.
Meningkat atau menurunnya berat badan	<ul style="list-style-type: none"> 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 yang paling sering terjadi pada pemakaian implant adalah perubahan pola perdarahan haid. Dapat terjadi perdarahan bercak atau terus pada 8-9 bulan pertama dari penggunaan Implant. (Affandi, 2015)

4. AKDR dengan Progestin

Tabel 2.14 Penanganan efek samping AKDR dengan Progestin

Efek Samping	Penanganan
Amenorrhea	<ul style="list-style-type: none"> 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 amenorhea (20 – 50%). c. Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien.

Efek Samping	Penanganan
Kram	<p>d. Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR.</p> <p>e. Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam.</p> <p>f. Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu.</p> <p>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.</p> <p>a. Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai.</p> <p>b. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja.</p> <p>c. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.</p>
Perdarahan yang tidak teratur dan banyak	<p>a. Sering ditemukan terutama pada 5 – 6 bulan pertama.</p> <p>b. Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk jika bila dianggap perlu.</p> <p>c. Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 300 mg untuk satu minggu atau pil kombinasi satu siklus saja.</p> <p>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.</p> <p>e. Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR.</p>
Benang hilang	<p>a. Periksa apakah klien hamil.</p> <p>b. Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan.</p> <p>c. Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim dan klien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG.</p> <p>d. Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid.</p>
Cairan vagina atau penyakit radang panggul	<p>e. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan ‘amenorrhea’.</p> <p>a. Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai.</p> <p>b. Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut.</p> <p>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.</p>

Sumber : Affandi, 2015

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.1 Manajemen Varney

Menurut Kemenkes RI nomor 369/Menkes/SK/III/2007, standar praktek kebidanan dalam metode asuhan kebidanan yang menggambarkan tentang *Continuity of Care* adalah:

1. Standar I : Metode Asuhan

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

Definisi operasional :

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

2. Standar II : Pengkajian

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

Definisi Operasional :

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

3. Standar III : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

Definisi operasional :

- a. Diagnosa kebidanan dibuat sesuai dengan hasil analisa data.

b. Diagnosa kebidanan dirumuskan secara sistematis.

4. Standar IV : Rencana Asuhan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan dari diagnosa kebidanan.

Definisi operasional :

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

5. Standar V : Tindakan

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

Definisi operasional :

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

6. Standar VI : Partisipasi Klien

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

Definisi operasional :

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

7. Standar VII : Pengawasan

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

Definisi operasional :

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

8. Standar VIII : Evaluasi

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

Definisi operasional :

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

9. Standar IX : Dokumentasi

Asuhan kebidanan di dokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan.

Definisi operasional :

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

2.8.2 Standar Kompetensi Bidan

Menurut Kemenkes RI nomor 369/Menkes/SK/III/2007, standar kompetensi bidan ada 9 yaitu :

1. Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dalam ilmuilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etika yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir, dan keluarganya.
2. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya, dan memberikan pelayanan yang menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan untuk menjadi orang tua.

3. Bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan, dan rujukan.
4. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap budaya setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir.
5. Bidan dapat memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi serta tanggap terhadap budaya setempat.
6. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi baru lahir (BBL) sehat sampai usia 1 bulan.
7. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat.
8. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga dan kelompok.
9. Bidan mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

