

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Continuity of Care*

2.1.1 Pengertian

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

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

2.1.2 Tujuan

Tujuan utama ANC adalah menurunkan/mencegah kesakitan, serta kematian maternal dan perinatal. Adapun tujuan khususnya adalah memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal; mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan, membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, serta logis untuk menghadapi kelahiran adanya komplikasi (Vivian, Sunarsih, 2014).

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

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

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

2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

Prawirohardjo (2016), pertumbuhan janin secara fisiologi adalah:

1. Perkembangan Konseptus

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

2. Embrio dan Janin

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

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

Tabel 2.1 Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi	Organ
6 Minggu	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih terenggam dan jantung telah terbentuk penuh.
7 Minggu	Mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah.
8 Minggu	Mirip dengan manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna, sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk.

Usia Gestasi	Organ
9 Minggu	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13 - 16 Minggu	Janin berukuran 15 cm, merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Normalnya denyut jantung janin 120 – 150 permenit.
17 - 24 Minggu	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin sudah mempunyai reflek.
25 - 28 Minggu	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. System saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29 - 32 Minggu	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relative stabil.
33 - 36 Minggu	Berat janin 1500 - 2500 gram, lanugo (rambut janin) mulai berkurang, pada saat 36 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 Kumalasan (2015), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Tanda-tanda presuntif kehamilan

a. Amenorea (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir menggunakan perhitungan rumus Neagle, dapat ditentukan perkiraan persalinan

b. Mual dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan, mual dan muntah terutama dipagi hari disebut morning sickness. Dalam batas fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

c. Ngidam

Wanita hamil sering makan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

d. Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e. Payudara tegang

Pengaruh estrogen–progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f. Sering miksi

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.

g. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h. Pigmentasi kulit

Keluarnya *melanophore stimulating hormone* dan pengaruh hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (*cloasma gravidarum*), pada dinding perut (*striae lividae*, *striae nigrae*, *linea alba* makin hitam), serta sekitar payudara (*hyperpigmentation areola mammae*), puting susu semakin menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara.

i. Epulis (Tumor jinak)

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.

j. Varises atau penampakan pembuluh darah vena

Oleh karena itu pengaruh dari estrogen dan progesteron, terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar

genitalia eksterna, kaki, dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan.

2. Tanda Tidak Pasti Kehamilan (*probable signs*)

Menurut Widatiningsih, Dewi (2017), *probable signs* merupakan perubahan-perubahan fisiologis dan anatomis diluar semua tanda-tanda presumtif yang terdeteksi pada saat pemeriksaan. Tanda ini dapat ditemukan oleh pemeriksa. Yang termasuk *probable signs* yaitu :

a. Peningkatan suhu basal tubuh

Kenaikan suhu basal lebih dari 3 minggu, kemungkinan adanya kehamilan. Kenaikan ini berkisar antara 37-37°C.

b. Cloasma gravidarum/ topeng kehamilan berupa warna kehitaman sekitar mata, hidung dan pelipis yang umumnya terjadi pada kehamilan 16 minggu. Striae gravidarum berupa garis-garis tidak teratur sekitar perut berwarna kecoklatan, dapat juga berwarna hitam atau ungu tua (*striae lividae*) atau putih (*striae albae*) yang terjadi dari jaringan kolagen yang "retak" diduga karna pengaruh *ardeno corticosteroid*. Sering kali terjadi bercak-bercak kemerahan "spider" karena kadar estrogen yang tinggi.

c. Perubahan payudara

Pembesaran dan hipertrofi mammae terjadi sekitar kehamilan 6-8 minggu. Pelebaran areola dan menonjolnya kelenjar montgomeri, karena rangsangan hormon steroid. Pengeluaran kolostrum biasanya kehamilan 16 minggu karena pengaruh proktin dan progesteron. Tanda ini dapat dijumpai pada pseudo-lactation karena pil KB.

d. Pembesaran perut

Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda dianostik pasti tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain. perubahan kurang dirasakan primigravida, karena kondisi otot-otot masih baik pembesaran perut mungkin dapat ditemui pada : obesitas, kelemahan otot perut, tumor pevik dan perut, acites, hernia perut bagian depan.

e. Ballottement

Pada kehamilan 16-20 minggu. Pemeriksaan palpasi : kesan seperti ada massa yang keras-mengapung dan memantul di uterus. Dapat terjadi pada tumor uterus, mioma, acites, kista ovarium.

f. Kontraksi uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi Braxton Hicks. Uterus mudah terangsang oleh peniggian hormon oksitosin. Gejala ini biasanya mulai usia 28 minggu pada primi dan semakin lanjut kehamilan semakin sering dan kuat.

g. Tanda chadwick dan Goodell

Terjadi perubahan warna pada vagina atau persto menjadi kebiruan atau ungu yang disebut tanda chadwick. Perubahan konsistensi serviks menjadi lunak disebut tanda goodell, yang jika dideskripsikan kelunakan serviks ini seperti lunaknya bibir. Kedua tanda tersebut disebabkan peningkatan aliran darah pada vagina dan serviks di awal kehamilan. Tanda ini dapat dijumpai pada : stadium prahaid (pengaruh proogesteron), infeksi pada vagina, serviks, tumor serviks.

h. Pengeluaran cairan dari vagina menjadi lebih banyak, yang dapat jernih atau agak keruh karena pengaruh peniggian esterogen dan progesteron. Tidak gatal dan tidak bau, tidak perlu pengobatan. Tanda ini dapat terjadi pada infeksi vagina atau serviks, tumor serviks atau fase hipersekresi pada siklus haid.

i. Perubahan konsistensi dan bentuk uterus :

Tanda ladin : perlunakan pada serviks yaitu perbatasan uterus dan serviks di linea mediana depan, terjadi pada minggu ke 4. Perlunakan meluas mengelilingi serviks disekitar hegar. Pada minggu ke 7- 8 kesan serviks dan uterus terpisah karena sangat lunak disebut tanda Mc Donald pada awal kehamilan. Pada awal kehamilan minggu ke 4- 5 terjadi perlunakan fundus ke uterus pada lokasi implantansi disebut tanda Von Fernwald. Terjadi pembesaran satu sisi, uterus menjadi tidak simestris pada daerah implantasi disebut tanda Piskacek. Pembesaran satu sisi dapat pula dijumpai pada sumbatan serviks, hematometra, kista turboovarial.

- j. Pemeriksaan laboratorium : tes kadar Hcg dalam urine 0,5 SI per ml air kencing merupakan kadar terendah untuk memberi hasil positif.

3. Tanda pasti hamil

Menurut Vivian, Sunarsih (2014) :

- a. Gerakan janin yang dapat dilihat/dirasa/diraba, juga bagian-bagian janin.
- b. Denyut jantung janin.
 - a) Didengar dengan stetoskop monoral Laennec.
 - b) Dicatat dan didengar alat Doppler.
 - c) Dicatat dengan fetu Elektrokardiogram.
 - d) Dilihat pada ultrasonografi (USG).

2.2.4 Perubahan Fisik Ibu Hamil

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

1. Perubahan pada Sistem Reproduksi

a. Uterus

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

Bentuk dan konsistensi uterus pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan rahim berbentuk bulat dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak disebut Tanda Hegar.

Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. Posisi rahim dalam kehamilan:

- 1) Pada permulaan kehamilan dalam letak antefleksi atau retrofleksi,
- 2) Pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga pelvis,

- 3) Setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati,
- 4) Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan/kiri.

b. Serviks

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

c. Indung telur (Ovarium)

Ovulasi terhenti, masih terdapat korpus luteum 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 persio serviks disebut Tanda Chadwick.

e. Dinding Perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diasis rekti bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya yang disebut linea nigra.

2. Perubahan pada Organ dan Sistem Lainnya

a. Sistem Sirkulasi Darah

- 1) Volume darah. Volume darah total dan volume darah plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, di ikuti penambahan curah jantung (*cardiac*

output), yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$. Akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan *dekompensasi cordis*.

2) Jantung. Pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Elektrokardiogram kadang kala memperlihatkan deviasi aksis ke kiri.

3) Nadi dan tekanan darah. Tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti 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 gammaglobulin menurun dalam trimester pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan.

b. Sistem Pernapasan

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

c. Saluran Pencernaan (*Traktus Digestivus*)

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

d. Tulang dan Gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak, terjadi sedikit pelebaran pada ruang persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan

kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya hygiene yang buruk pada rongga mulut.

e. Kulit

Pada daerah kulit tertentu terjadi hiperpigmentasi, yaitu pada:

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

f. Kelenjar Endokrin

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

g. Metabolisme

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

- 1) Tingkat metabolik basal atau Basal Metabolic Rate (BMR) pada wanita hamil meningkat hingga 15-25% terutama pada trimester akhir.
- 2) Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
- 3) Metabolisme lemak juga terjadi kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat di badan, perut, paha dan lengan.
- 4) Metabolisme mineral
 - a) Kalsium : dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.

- b) Fosfor : dibutuhkan rata-rata 2 gram per hari.
 - c) Zat besi : dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg atau 30-50 mg per hari.
 - d) Air : wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
- 5) Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5 sampai 16,5 kg.

Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil (pre-eklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:

- a) Janin, uri, air ketuban, uterus
 - b) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air.
- 6) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang. Khususnya kenaikan lima bulan keatas. Namun bila dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan kalori tambahan.

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 Mammar

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 areola payudara. 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 hormon dan progesteron dan estrogen dalam kehamilan akan meningkatkan. Hal ini akan

menyebabkan timbulnya mual dan muntak 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 kehamilan ibu berharap untuk tidak hamil (Vivian, Sunarsih, 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, ketidaknyaman lain akibat perubahan psikologis akibat berkembangnya kehamilan tetap dapat dirasakan. Hal tersebut dapat menjadi sesuatu yang mengganggu, namun di sisi lain terdapat perubahan yang dirasakan sebagai sesuatu yang menyenangkan, misalnya energi yang bertambah (Astasi, dkk 2017).

Ibu merasa lebih stabil, kesanggupan mengatur diri lebih baik, kondisi atau keadaan ibu lebih menyenangkan, ibu mulai terbiasa oleh perubahan fisik tubuhnya, janin belum terlalu besar belum menimbulkan ketidaknyamanan. Ibu sudah menerima dan mengerti tentang kehamilannya (Vivian, Sunarsih, 2014).

3. Trimester III (periode menunggu dan waspada)

Trimester III seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat ini 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 bayi yang akan dilahirkannya tidak normal lebih sering muncul, kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga.

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 factor-faktor seperti : usia, tahap perkembangan, persepsi terhadap 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 di dalam perut hanyalah ibu hamil itu sendiri (Astuti, dkk, 2017).

2.2.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Marni (2012), 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 mencegahnya 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 dan 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 (2012)

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. Pakaihan

Pakaihan 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 fungsi 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 ditawar, tetapi perlu diperhitungkan bagi yang hamil muda sedapat mungkin dihindari. Bila terdapat keguguran berulang atau mengancam kehamilan dengan tanda infeksi, pendarahan, mengeluarkan air.

6. Mobilisasi Body mekanik

Body mekanik (sikap tubuh yang baik) diinstruksikan kepada wanita hamil karena diperlukan untuk membentuk aktivitas 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 menapakkan kaki pada lantai lebih disukai dengan lutut lebih tinggi dari pada paha.
- d. Menggunakan body mekanik dimana disini otot-otot kaki yang berperan.

- 1) Untuk menjangkau objek pada lantai atau dekat lantai yaitu dengan cara membengkokkan kedua lutut punggung harus lurus, kaki terpisah 12-18 inchi untuk menjaga keseimbangan.
 - 2) Untuk mengangkat objek yang berat seperti anak kecil caranya yaitu mengangkat dengan kaki, satu kaki diletakkan agak kedepan dari pada yang lain dan juga telapak lebih rendah pada satu lutut kemudian berdiri atau duduk satu kaki diletakkan agak kebelakang dari yang lain sambil ibu menaikkan atau merendahnya.
- e. Menyarankan agar ibu menggunakan sepatu atau sandal yang aman, nyaman dan tumit yang rendah tidak lebih dari 1 inchi.
- f. *Exercise* atau Senam hamil

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

- 1) Mencegah terjadinya *deformitas* (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, edema dan lain-lain.
- 2) Melatih dan menguasai teknik pernafasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan. Dengan demikian proses relaksasi dapat berlangsung lebih cepat dan kebutuhan oksigen terpenuhi.
- 3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul dan lain-lain.
- 4) Membentuk sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan.
- 5) Memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi.
- 6) Mendukung ketenangan fisik.

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

- 1) Kehamilan normal yang dimulai pada umur kehamilan 5 bulan (22 minggu)

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

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak sukainya. 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 ini 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 Keluhan Ringan Dan Peranganan Dalam Kehamilan

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

Mengajukan pertanyaan tertutup pada ibu diperlukan untuk memastikan bahwa gejala tidak menutupi masalah yang lebih serius, serta

pendekatan yang simpatik dan membantu dengan saran dan terapi tepat sangat dibutuhkan.

Menurut Marmi (2012), ada beberapa keluhan ringan dan cara mengatasinya yaitu:

1. Nausea (mual)

Cara mengatasi:

- a. Makan dengan porsi sedikit tapi sering (tiap 2 jam), karena hal ini lebih mudah dipertahankan daripada makan porsi besar 3 kali sehari
- b. Makan biskuit kering atau roti bakar sebelum beranjak dari tempat tidur di pagi hari
- c. Jangan meyakat gigi setelah makan dan bangun tidur untuk menghindari reflek gag atau reflek muntah
- d. Hindari makanan yang beraroma kuat atau menyengat
- e. Selalu ingat bahwa mual ini kemungkinan besar berakhir pada trimester kedua
- f. Istirahat yang cukup

2. Ptilisme (saliva berlebihan atau hipersaliva)

Ptilisme merupakan kondisi yang tidak lazim yang disebabkan oleh peningkatan keasaman didalam mulut atau peningkatan asupan zat pati yang menstimulasikan kelenjar saliva pada wanita yang rentan mengalami sekresi berlebihan.

3. Keletihan

Cara mengatasi:

- a. Meyakinkan pada ibu hamil bahwa keletihan ini merupakan suatu hal yang normal dan akan hilang secara spontan pada umur kehamilan masuk trimester kedua
- b. Sering beristirahat saat siang hari jika waktu memungkinkan
- c. Latihan ringan dan nutrisi yang baik dan mencukupi kebutuhan ibu hamil

4. Nyeri punggung bagian atas

Nyeri punggung ini terjadi karena meningkatnya ukuran payudara yang membuat payudara semakin berat sehingga terjadi penarikan otot punggung, apabila tidak disertai penyokongan payudara secara adekuat.

Cara mengatasi:

a. Menggunakan body mekanik yang baik untuk mengangkat benda, yaitu:

- 1) Berjongkok dan bukan membungkuk untuk mengangkat benda supaya kaki (paha) dan bukan punggung yang akan menahan beban dan tegangan
- 2) Lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain pada waktu membungkuk agar terdapat dasar yang luas untuk keseimbangan pada waktu bangkit dari posisi jongkok

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

c. Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung

d. Menggunakan bra yang berukuran sesuai dengan ukuran payudara.

Bra yang baik digunakan memiliki karakteristik sebagai berikut:

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

5. Pica (mengidam)

Penyebab terjadinya:

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

6. Sakit perut bagian bawah

Cara mengatasi:

- a. Gunakan body mekanik yang baik untuk mengangkat benda
- b. Hindari sepatu atau sandal dengan hak yang tinggi
- c. Hindari mengangkat beban yang berat
- d. Gunakan kasur yang keras untuk tidur
- e. Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung
- f. Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat

7. Leukorea (keputihan)

Hal ini terjadi karena adanya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen, pengubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh *basil doderlein*.

Cara mengatasi:

- a. Memperhatikan kebersihan tubuh pada area genitalia
- b. Membersihkan area genitalia dari arah depan ke arah belakang
- c. Menggunakan celana dalam yang berbahan katun dan menyerap
- d. Mengganti celana dalam secara rutin
- e. Tidak melakukan douch atau menggunakan antiseptik untuk menjaga area genitalia

8. *Nocturia* (sering buang air kecil)

Penyebab:

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

Cara mengatasi:

- a. Menjelaskan mengenai penyebab terjadinya nocturia
- b. Segera mengkosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih
- c. Perbanyak minum pada siang hari
- d. Jangan mengurangi porsi air minum di malam hari, kecuali apabila nocturia mengganggu tidur sehingga menyebabkan kelelahan dan mengurangi waktu istirahat
- e. Bila tidur, posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis.

9. Nyeri ulu hati

Penyebab

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

Cara mengatasi :

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

j. Hindari berbaring setelah makan

10. Chloasma gravidarum

Hal ini biasanya terjadi pada trimester II yang memiliki kecenderungan genetik pada peningkatan kadar estrogen dan progesteron yang dapat merangsang *hormon melanogenic*.

Cara mengatasi:

- a. Hindari sinar matahari secara berlebihan selama masa kehamilan
- b. Gunakan bahan pelindung non-alergis.

11. Diare

Penyebab:

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

Cara meringankan:

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

12. Edema dependen

Penyebab:

- a. Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal
- b. Kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah
- c. Peningkatan kadar permeabilitas kapiler
- d. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring

Cara mengatasi:

- a. Hindari posisi berbaring terlentang
- b. Hindari posisi berdiri dengan waktu yang lama, istirahat dengan berbaring ke kiri dengan kaki sedikit ditinggikan atau diganjal menggunakan bantal
- c. Letakkan kaki diatas kursi kecil ketika duduk
- d. Hindari kaos, pita, tali yang ketat pada kaki
- e. Sering melakukan senam hamil

13. Flatulen (kentut)

Hal ini terjadi akibat dari penurunan motilitas gastrointestinal yang disebabkan karena terjadinya peningkatan hormon progesteron. Salah satunya hal yang dapat mengurangi flatulen adalah pola defekasi harian teratur dan menghindari makanan yang menghasilkan gas.

14. Konstipasi

Hal ini terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron.

Cara mengurangi keluhan:

- a. Asupan cairan yang adekuat yaitu dengan minum air minimal 8 gelas perhari ukuran gelas minum
- b. Istirahat yang cukup
- c. Makan makanan yang berserat dan mengandung serat alami, misalnya selada, seledri, dll.
- d. Memiliki pola defekasi yang baik dan teratur, BAB segera setelah ada dorongan dan pipis secara teratur
- e. Lakukan latihan secara umum seperti berjalan setiap hari, pertahankan postur yang baik, mekanisme tubuh yang baik, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur. Semua kegiatan ini memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar
- f. Konsumsi laksatif ringan, pelunak feses atau penggunaan suppositoria gliserin jika ada indikasi

15. Kram kaki

Penyebab:

- a. Kekurangan asupan kalsium
- b. Ketidakseimbangan rasio antara kalsium dan fosfor
- c. Pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh dasar pelvik, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah

Cara meringankan:

- a. Kurangi konsumsi susu yang memiliki kandungan fosfor yang tinggi dan cari yang high kalsium
- b. Berlatih dosifleksi pada kaki untuk meregangkan otot-otot yang terkena kram
- c. Gunakan penghangat untuk otot

16. Insomnia

Penyebab:

- a. Perasaan gelisah, khawatir ataupun bahagia
- b. Ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, sering terbangun di tengah malam karena nocturia, dyspnea, heartburn, sakit otot, stress dan cemas.

Cara meringankan:

- a. Gunakan teknik relaksasi
- b. Mandi menggunakan air hangat, minum-minuman yang hangat sebelum tidur
- c. Melakukan aktivitas yang tidak menstimulasi gangguan tidur

17. Perut kembung

Hal ini biasanya terjadi pada trimester II dan III. Penyebabnya yaitu motilitas pada gastrointestinal menurun, sehingga menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan menimbulkan efek peningkatan progesteron pada relaksasi otot polos dan penekanan uterus pada usus besar.

Cara meringankan:

- a. Hindari makanan yang mengandung gas
- b. Mengunyah makanan secara sempurna
- c. Pertahankan kebiasaan BAB yang teratur
- d. Posisi seperti sujud tapi dada ditempelkan ke lantai (*knee chest*) hal ini dapat membantu ketidaknyamanan dari gas yang tidak keluar

18. Sakit kepala

Hal ini biasanya terjadi pada trimester II dan III. Sakit kepala ini terjadi akibat kontraksi otot atau spasme otot (leher, bahu dan

penegangan pada kepala) keletihan, tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah.

Cara meringankan:

- a. Lakukan teknik relaksasi
- b. Lakukan pemijatan pada leher dan otot bahu
- c. Penggunaan kompres air hangat pada leher
- d. Istirahat yang cukup
- e. Mandi menggunakan air hangat

Terapi:

- a. Gunakan paracetamol
- b. Hindari aspirin, ibuprofen, narcotic, sedative atau hipnotik

19. Dispareunia (rasa sakit pada sakit berhubungan seksual)

Hal ini biasanya terjadi selama kehamilan. Penyebabnya adalah pembesaran uterus, sehingga menyebabkan penurunan sirkulasi, pelvik atau vagina kongesti.

Cara mengurangi:

- a. Perubahan posisi, hal ini akan meredakan masalah yang disebabkan oleh pembesaran abdomen atau rasa sakit dari penetrasi yang dalam.
- b. Diskusi miskonsepsi dan ketakutan, agar wanita tidak khawatir berlebihan.

20. Striae gravidarum

Hal ini biasanya terjadi pada minggu ke-24 kehamilan. Striae gravidarum bisa terjadi akibat perubahan hormon atau gabungan antara perubahan hormon dan peregangan.

Cara meringankan:

- a. Gunakan *emollient topical* jika ada indikasi
- b. Gunakan pakaian yang menopang payudara dan abdomen

2.2.8 Tanda Bahaya Kehamilan

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

1. Perdarahan Vagina

Perdarahan 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 menutup sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2. Pre-Eklamsia

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

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

- a. Hiperrefleksia.
- b. Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.

- d. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang - kunang.
 - e. Nyeri epigastrik.
 - f. Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
 - g. Tekanan darah sistolik 20 - 30 mmHg dan diastolik 10 - 20 mmHg di atas normal.
 - h. Proteinuria (diatas positif 3)
 - i. 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 Vivian, Sunarsih, (2014), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:

Perdarahan pervaginam. Perdarahan per vaginam dalam kehamilan jarang yang normal/fisiologis. Pada masa awal sekali kahamilan 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. Persalinan tidak normal bila terjadi tanda-tanda berikut.

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

Perdarahan semacam ini bisa seperti 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 sering kali merupakan ketidaknyaman yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah berikut.

1. Sakit kepala hebat
2. Sakit kepala yang menetap
3. Tidak hilang

terkadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan 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 pretibia 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.

1. Jika muncul pada muka dan tangan
2. Bengkak tidak hilang setelah beristirahat
3. Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya, seperti : sakit kepala yang hebat, pandangan 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 biasa berarti apendiks, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih, atau infeksi lain.

7. Gerakan bayi yang kurang.

1. 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 bulan ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.
2. Gerakan janin tersebut dipengaruhi oleh berbagai hal yaitu umur kehamilan, transpor 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 bersusahat, serta jika ibu makan dan minum dengan baik.
3. Hal yang paling penting bahwa ibu hamil perlu waspada terhadap jumlah gerakan janin, ibu hamil perlu melaporkan jika terjadi penurunan gerakan janin yang terhenti.
4. Menilai gerakan janin yang berkurang dapat dilakukan dengan Metode Perhitungan Gerakan Janin oleh Cardiff Count to ten.
 - a. Perhitungan sekali dalam sehari
 - b. Buat standar 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 jam
 - d. Harus ada sedikitnya 10 gerakan yang teridentifikasi dalam 10 jam
 - e. Jika kurang dari 10 gerakan yang teridentifikasi 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.

2.2.9 Standart Pelayanan Kehamilan (14T)

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

1. Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1). Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4-0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko 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 dibandingkan 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) untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan.
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, 2009.

6. Pemeriksaan Hb dan pemeriksaan HBsAg (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 atau penyakit menular seksual (*Veneral 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) dianjurkan pada trimester 2 untuk mengencangkan otot, memperkuat jantung dan paru, membuat tidur lebih nyenyak.
12. Pemberian Obat Malaria (T12) diberikan kepada bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggigil 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) untuk memecahkan masalah yang dialami oleh ibu

2.2.10 P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

P4K merupakan kegiatan yang difasilitasi oleh bidan untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi

kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin, nifas, termasuk perencanaan menggunakan metode Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan dengan menggunakan stiker P4K sebagai media pencatatan sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2010).

1. Taksiran persalinan sangat penting karena merupakan penentu usia kehamilan, dengan mengetahui usia janin yang akurat dapat membantu asuhan prenatal, kelahiran dan pascnatal.
2. Penolong persalinan. Ibu, suami, keluarga sejak awal kehamilan sudah menentukan untuk persalinan ditolong oleh petugas kesehatan. Ibu atau keluarga dapat memilih tenaga kesehatan terlatih sesuai dengan kepercayaan ibu tersebut.
3. Tempat persalinan. Ibu, suami, keluarga sejak awal kehamilan sudah merencanakan tempat persalinan untuk ibu difasilitas kesehatan. Ibu dapat memilih tempat persalinannya di Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik bersalin, bidan praktek swasta atau di rumahnya sendiri asalkan tepatnya dapat memenuhi syarat.
4. Pendamping persalinan. Keluarga atau kerabat dekat ibu dapat ikut mendampingi ibu saat bersalin. Hal ini bertujuan agar keluarga dapat memberi dukungan moral pada ibu saat bersalin.
5. Calon pendonor. Upaya tenaga kesehatan, keluarga dan masyarakat untuk membantu ibu hamil dalam mengantisipasi terjadinya komplikasi (perdarahan) pada saat persalinan. Sehingga ibu hamil sudah mempunyai calon pendonor darah sesuai dengan golongan darah ibu, untuk mencegah terjadinya komplikasi pada kehamilan maupun persalinan.
6. Transportasi/ambulan desa. Mengupayakan dan mempersiapkan transportasi jika sewaktu waktu diperlukan. Serta pada saat adanya rujukan pada ibu harus mendapatkan pelayanan tepat, cepat bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas.
7. Biaya untuk persalinan (Tabulin). Suami diharapkan dapat menyiapkan dana untuk persalinan ibu kelak. Biaya persalinan ini dapat pula berupa tabulin (tabungan ibu bersalin) atau dasolin (dana sosial ibu bersalin) yang dapat dipergunakan untuk membantu pembiayaan (Depkes RI, 2010).

8. Stiker P4K

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

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Gambar 2.1 Stiker P4K

Sumber: Kemenkes RI, dalam buku KIA, 2015

2.2.11 ANC Terpadu

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

1. Jenis Pelayanan

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

- Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan jaminya lahir sehat dan cerdas
- Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan
- Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
- Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit atau komplikasi

- e. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- f. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit atau komplikasi.

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

2. Sasaran Pelayanan

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

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

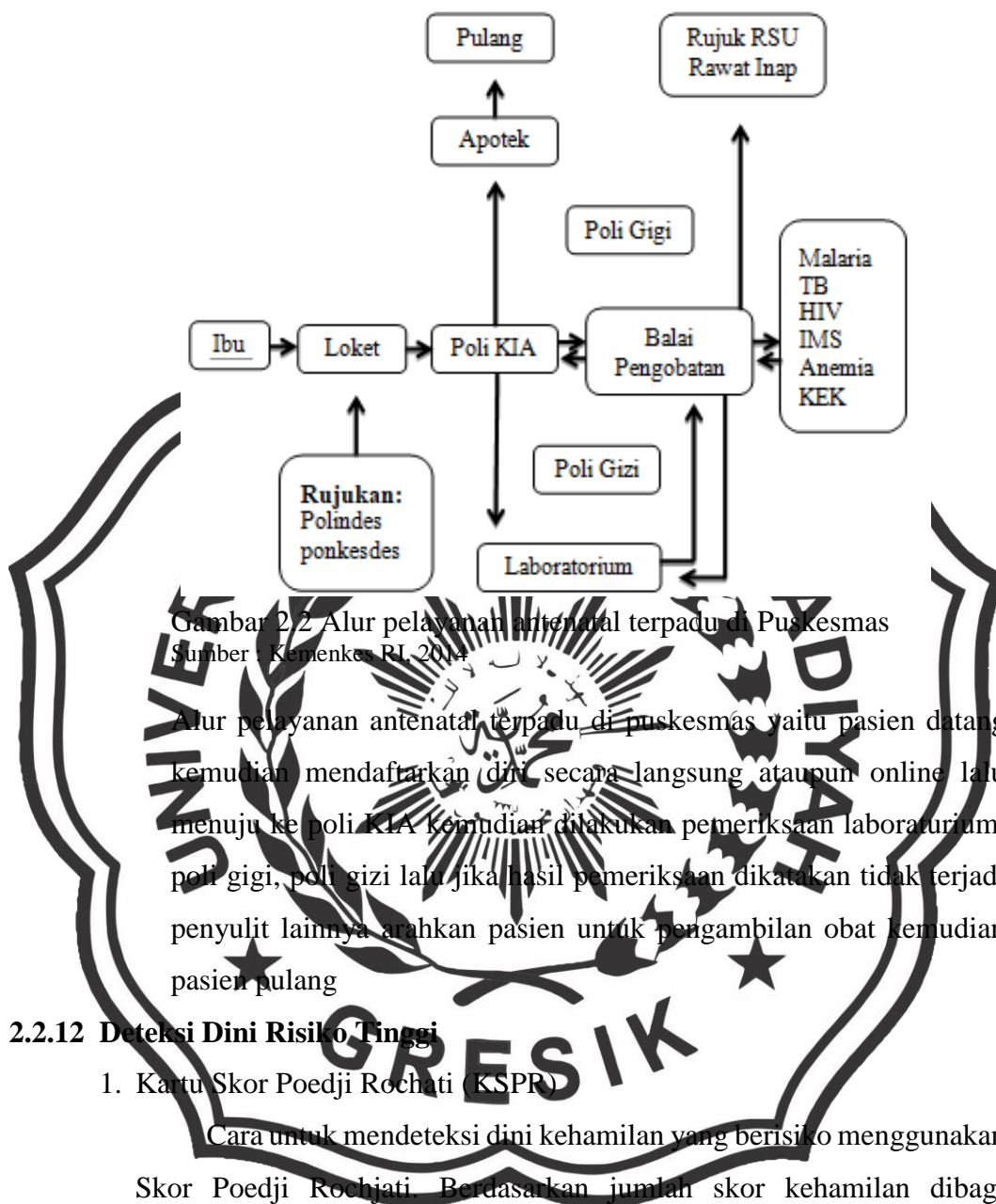
Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi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

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

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

3. Deteksi Dini Kehamilan

a. Pelayanan antenatal terpadu di Puskesmas



Gambar 2.2 Alur pelayanan antenatal terpadu di Puskesmas
Sumber : Kemenkes RI, 2014

Alur pelayanan antenatal terpadu di puskesmas yaitu pasien datang kemudian mendaftarkan diri secara langsung ataupun online lalu menuju ke poli KIA kemudian dilakukan pemeriksaan laboratorium, poli gigi, poli gizi lalu jika hasil pemeriksaan dikatakan tidak terjadi penyulit lainnya arahkan pasien untuk pengambilan obat kemudian pasien pulang

2.2.12 Deteksi Dini Risiko Tinggi

1. Kartu Skor Poedji Rochati (KSPR)

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

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

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

I	II	III	IV	Tribulan			
				I	II	III	IV
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR				
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tarikan tang / vakum	4					
	b. Uri dirogo	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 dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

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

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

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

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

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

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

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik :
 • Kel. Faktor Risiko III
 1. Perdarahan antepartum
 2. Eklampsia
 • 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

PASCA PERSALINAN :
IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab :
 a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2
BAYI : 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
 2. Lahir hidup : Apgar Skor :
 3. Lahir mati, penyebab
 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

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

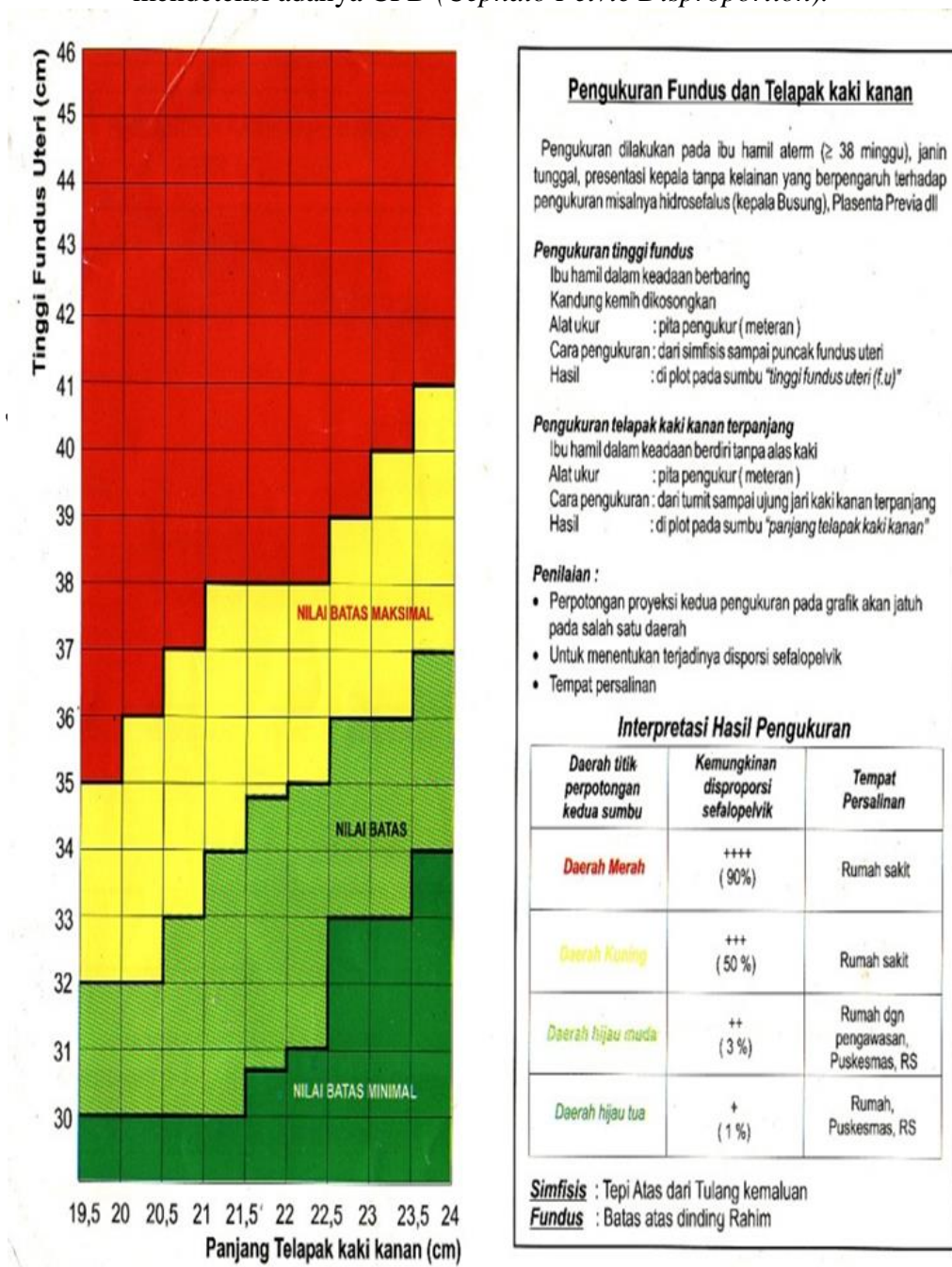
Keluarga Berencana : 1. Ya, / Sterilisasi
 2. Belum Tahu

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

Gambar 2.3 KSPR
 Sumber : Kemenkes RI, 2014.

2. Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

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



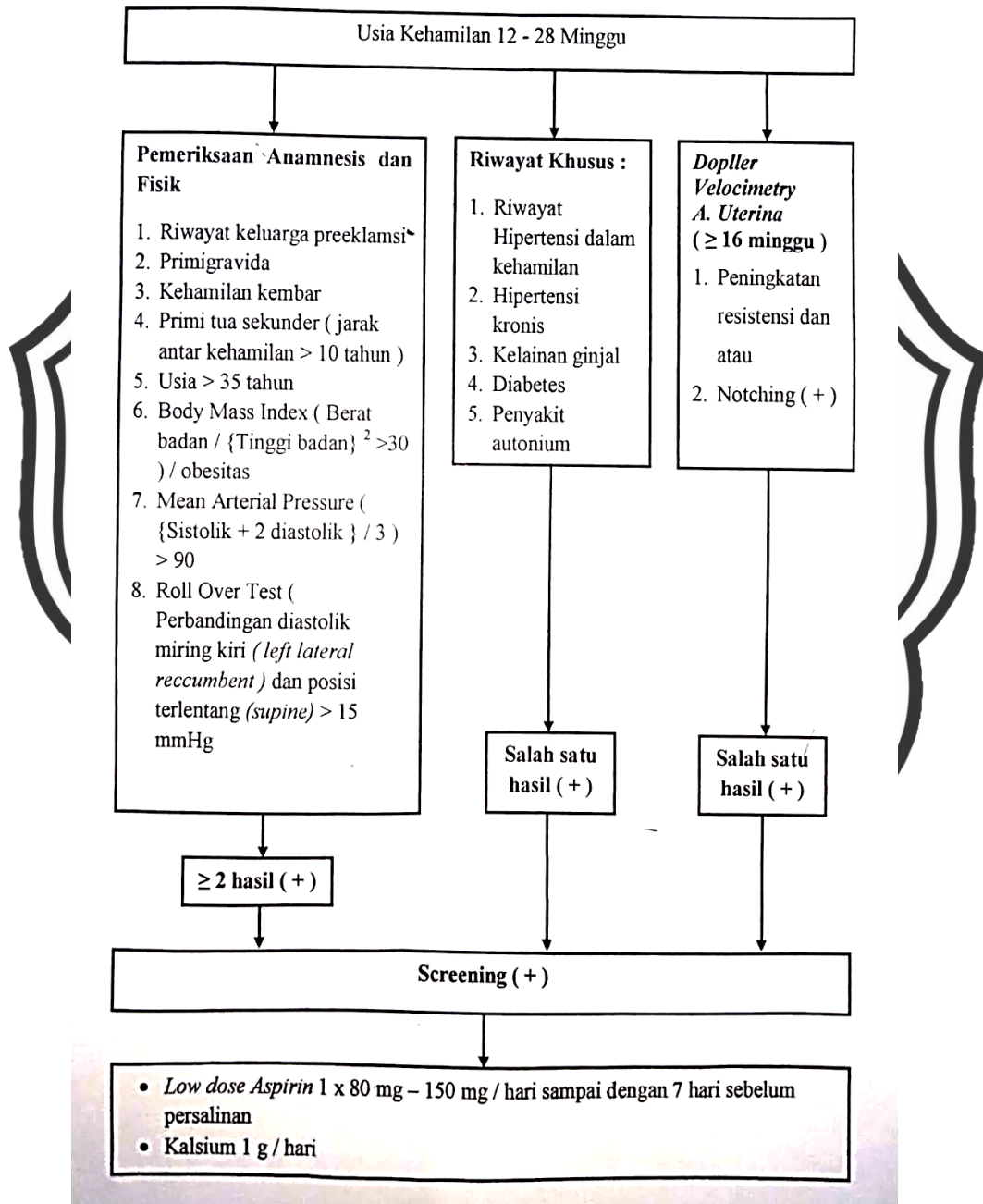
Gambar 2.4 Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

Sumber : Buku KIA, 2015.

3. Skrining Pre Eklamsia (PEDANG)

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

TATA CARA SKRINING PREEKLAMSI



Sumber: Puskesmas Balongpanggang, 2018

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

1. ROT : ROL OVER TEST
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 :

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

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

Pencegahan

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

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

Gambar 2.5 Skrining Pre Eklamsia
Sumber: Puskesmas Balongpanggung, 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 (Affandi, 2017).

2.3.2 Deteksi Dini Masa Persalinan

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

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

1. Penapisan

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

Tabel 2.5 Deteksi Masa Kehamilan

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Bedah Sesar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (<i>blood show</i>)	<p>Jangan melakukan pemeriksaan dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu ke sisi kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum dengan ukuran besar (16/18) dan berikan ringer laktat/garam fisiologis (NS). 3. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri 2. Dengarkan DJJ 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir Delee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untuk antisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan.
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengarkan DJJ. Jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai 2. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 3. Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat.
Ketuban pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)	<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 ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 4. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tanda-tanda atau gejala infeksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatur lebih dari 38°C 2. Menggigil 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan ketuban berbau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ 50% IV selama 20 menit 4. Suntikkan 10 gr MgSO₄ 50% (5 gr IM pada bokong kiri dan kanan).
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 50% IV selama 20 menit 4. Suntikkan 10 gr MgSO₄ 50% (5 gr IM pada bokong kiri dan kanan).

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
	5. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri 6. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomnia, polihidramnion dan kehamilan ganda)	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
	<p><i>Alasan jika diagnosisnya adalah polihidramnion, mungkin ada masalah-masalah lain dengan janinnya. Makrosomnia dapat menyebabkan distosia bahu dan risiko tinggi untuk perdarahan pascapersalinan.</i></p>
DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (Gawat janin)	1. Baringkan ibu miring kiri, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur. 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam.
Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5	3. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan dampingi ke tempat rujukan.
Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll)	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri. Dampingi ke tempat rujukan.
Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan : Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan : Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam	1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat

Temuan Anamnesis	Rencana Asuhan
Kontraksi > 2 dalam 10 menit	
Tanda dan gejala syok :	1. Baringkan ibu miring kiri.
1. Nadi cepat, lemah (> 100 x/menit)	2. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala.
2. Tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg)	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.
3. Pucat	4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
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)	
Tanda dan gejala belum inpartu	1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan
1. Frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik	2. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas
2. Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam	3. Jika kontraksi berhenti dan atau tidak ada perubahan serviks. Evaluasi Djj, jika tidak ada tanda-tanda kegawatan pada ibu dan janin. Persilahkan ibu pulang dan nasehat untuk : a. Menjaga cukup makan dan minum b. Datang untuk mendapatkan asuhan jika terjadi peningkatan frekuensi dan lama kontraksi.
Tanda dan gejala inpartu lama :	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri.
1. Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf)	2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
2. Pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam.	
3. Frekuensi, kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit. Dan lamanya kurang dari 40 detik.	

Table 2.6 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan selama Persalinan Kala Dua

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan dan perawatan
<ul style="list-style-type: none"> • Nadi • Tekanan darah • Pernafasan keseluruhan • urin 	Tanda atau gejala syok: <ul style="list-style-type: none"> • nadi cepat, isi kurang (110 x/menit atau lebih) • tekanan darah rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg) • pucat pasi • berkeringat atau dingin, kulit lembab • nafas cepat (lebh dari 30x/menit) • cemas, bingung atau tidak sadar • produksi urin sedikit (kurang dari 30 cc/jam) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. baringkan miring ke kiri 2. naikkan kedua kaki untuk meningkatkan aliran darah ke jantung 3. pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS. Infuskan 1 L dalam 15 menit sampai 20 menit; jika mungkin infuskan 2 L dalam satu jam pertama, kemudian 12 cc/jam 4. segera rujuk ke RS PONEK 5. dampingi ibu ke tempat rujukan.
<ul style="list-style-type: none"> • Nadi • Urin 	Tanda atau gejala dehidrasi: <ul style="list-style-type: none"> • Nadi cepat (100x/menit atau lebih) • Urin pekat • Produksi urin sedikit (kurang dari 30 cc/jam) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan untuk minum 2. Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di partograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu satu jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125cc/jam. 3. Segera rujuk ke RS PONEK 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan
<ul style="list-style-type: none"> • Nadi • Suhu • Cairan vagina • Kondisi secara umum 	Tanda atau gejala infeksi: <ul style="list-style-type: none"> • Nadi cepat (110 x/menit atau lebih) • Suhu lebih dari 38°C • Mengeih • Air ketuban atau cairan vagina yang berbau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke RS PONEK 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah • Urine • Keluhan subyektif • Kesadaran • Kejang 	Tanda dan gejala pre eklamsia ringan: <ul style="list-style-type: none"> • tekanan darah diastole (90-110 mmHg) • proteinuria hingga 2+ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat diantara kontraksi atau meneran) 2. miring ke kiri dan cukup istirahat. Nifedipin slow release 2 x 30 mg

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan dan perawatan
		3. bila gejala bertambah berat maka tatalaksana seagai preeklamsia berat
	<p>Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tekanan darah diastolic 110 mmHg atau lebih • tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih dengan kejang • nyeri kepala • gangguan penglihatan • kejang (eklampsia) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. baringkan miring ke kiri 2. pasang infus dengan menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125 c/jam 3. berikan dosis awal 4 G MgSO₄ 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 menit. 4. Berikan dosis pemeliharaan MgSO₄ 40%, 1 G per jam segera dirujuk ke RS PONEK 5. Damping ibu tempat rujukan
Penapisan	<p>Tanda-tanda inersia uteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurang dari 3 kontraksi dalam 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan 2. Anjurkan untuk minum 3. Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan >5 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT) 4. stimulasi puting susu 5. kosongkan kandung kemihnya 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan 7. Damping ibu ke tempat rujukan
Denyut jantung janin	<p>Tanda gawat janin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Djj kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit mula waspada tanda gawat janin • Djj kuang dari 100 atau lebih dari 180x/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baring kan miring ke kiri, anjurkan ibu untk menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran 2. Nilai ulang DJJ setelah 5 menit: <ol style="list-style-type: none"> a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran san pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak menahan mafasnya saat meneran b. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir 3. Damping ibu ke tempat rujukan

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan dan perawatan
Penurunan kepala bayi	Kepala bayi tidak turun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minta ibu menran jongkok/berdiri 2. Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi memadai maka rujuk pasien ke fasilitas kesehatan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan
Lahirnya bahu	<p>Tanda tanda distosia bahu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala bayi tidak melakukan putaran paksi luar • Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina(kepala 'kura-kura') • Bahu bayi tidak dapat lahir 	<p>Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasat Mc Robert 2. Prone Mc Robert (menungging) 3. Anterior dysimpact 4. Perasat Corkscrew dari Wood 5. Perasat Schwartz-Dixon
Cairan ketuban	<p>Tanda-tanda cairan ketuban bercampur meconium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung meconium) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai DJJ. • Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap berkontraksi. pastikan ibu tidak terlempang dan tidak menahan nafasnya saat meneran • Jika DJJ tidak normal, tangani sebagai gawat janin (lihat diatas) 2. Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisap lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee (DTT/steril) atau bola karet penghisap (baru/bersih). Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penilaian.
Tali pusat	<p>Tanda-tanda tali pusat menumbung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tali pusat teraba atau terlihat saat diperiksa dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai DJJ, jika ada; <ul style="list-style-type: none"> • Segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan • Dampingi ibu ke tempat rujukan

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan dan perawatan
		<ul style="list-style-type: none"> • Oisiskan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur/brancart Atau Isi kandung kemih dengan larutan NS 0,9 /air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan tinggikan bokong sambil ibu miring ke kiri agar kepala bayi tidak menekan tali pusat dan tangan lain di abdomen untuk menhaan bayi pada posisinya (keluarga dapat membantu melakukannya) 2. Jika DJJ tidak ada • Beritahukan ibu dan keluarganya • Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman
	<p>Tanda-tanda lilitan tali pusat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tali pusat terlihat leher bayi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. jika tali pusat melilit longgar di leher bayi, lepaskan melewati kepala bayi 2. jika tali pusat melilit erat di leher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem di dua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.
Untuk kehamilan kembar terdeteksi	Kehamilan kembar terdeteksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. nilai DJJ 2. jika bayi kedua presentsi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama 3. jika kondisi diatas tidak terpenuhi. Baringkan ibu miring kiri 4. segera rujuk ke RS PONEK 5. damping ibu ke tempat rujukan

Sumber: Affandi, 2017

Tabel 2.7 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala III dan IV

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksa	Rencana asuhan atau perawatan
plasenta	<p>Tanda atau gejala retensio plasenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak dilahirkan 	<ol style="list-style-type: none"> jika tampak plasenta, lakukan penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorso-kranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta dapat dilahirkan setelah plasenta lahir: lakukan massage pada uterus dan periksa plasenta (dijelaskan awal bab) <p style="text-align: center;">ATAU</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan periksa dalam, jika plasenta ada divagina, keluarkan dengan cara menekan dorso-kranial pada uterus. Jika plasenta masih di dalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksit=rosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS <ul style="list-style-type: none"> Segera rujuk ke RS PONEK Dampingi ibu ditempat rujukan Jika retensio plasenta diikuti dengan perdarahan hebat, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), givur RL/NS dan 20 I.U. oksitosin 30 tetes per menit <ul style="list-style-type: none"> Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan Bila syarat untuk plasenta manual tidak dipenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK Dampingi ibu ke tempat rujukan Tawarkan bantuan walaupun ibu ditangani oleh RS rujukan
Plasenta dan tali pusat	<p>Tanda/gejala avulsi (putus):</p> <ul style="list-style-type: none"> Tali pusat putus Plasenta tidak lahir 	<ul style="list-style-type: none"> Nilai kontraksi melalui palpasi uterus Minta ibu meneran jika ada kontraksi Lahirkan plasenta dengan PTT dan tekanan dorsokranial Lakukan massage setelah plasenta lahir Jika setelah 30 menit sejak bayi lahir MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksa	Rencana asuhan atau perawatan
<ul style="list-style-type: none"> • Plasenta • Perdarahan per vaginam 	<p>Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba/dikenali • Selaput ketuban tak lengkap • Perdarahan pascapersalinan • Uterus berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan periksa dalam, keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan massage uterus 3. Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa adanya separasi parsial/robekan jalan lahir.
<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan pasca persalinan 	<p>Tanda atau gejala atonia uteri:</p> <p>Perdarahan pasca persalinan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uterus lembek dan tidak berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditata-laksana sebagai Atonia Uterus.
<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan pasca persalinan • Vagina, perineum, serviks 	<p>Tanda atau gejala robek vagina, perineum, serviks:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan pasca persalinan • Plasenta lengkap • Uterus berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir 2. Jika terjadi laserasi derajat satu atau dua lakukan penjahitan 3. Jika terjadi laserasi derajat tiga atau empat atau rebekan serviks: <ul style="list-style-type: none"> • Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan infus RL/NS • Segera rujuk ke RS PONEK • Dampingi ibu ke tempat rujukan
<ul style="list-style-type: none"> • Nadi • Tekanan darah • Pernafasan • Keadaan umum • Urin 	<p>Tanda atau gejala syok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nadi cepat, lemah (>100 kali/menit) • sistolik < 90 mmHg • keringat dingin, kulit lembab • nafas cepat >30 kali/menit • gelisah, delirium/tidak sadar • produksi urin <20 cc/jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. baringkan ibu miring kiri 2. naikkan kedua tungkai (posisi syok) 3. pasang infus dengan menggunakan jarum 16 atau 18, berikan RL/NS. Infuskan 1 L dalam 15 dalam 20 menit lanjutkan hingga 2 L dslam 1 jam pertama, kemudian 500 cc/jam 4. segra rujuk ke RS PENOK 5. damping ibu ke tempat rujukan.
<ul style="list-style-type: none"> • Nadi • Urin • Suhu tubuh 	<p>Tanda atau gejala dehidrasi:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan ibu untuk minum 2. Nilai kondisi ibu setiap 15 menit (jam pertama) dan 30

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksa	Rencana asuhan atau perawatan
	<ul style="list-style-type: none"> Nadi >100 kali/menit Temperature >38°C Urin pekat Pruduksi urine sedikit (kurang dari 20 cc/jam) 	<p>menit (jam kedua) pasca persalinan</p> <ol style="list-style-type: none"> Jika dalam jam pertama, kondisinya tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL/NS 500 cc/jam Jika temperature tubuh tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi Segera rujuk ibu ke RS PONEK Damping ibu ke tempat rujukan
<ul style="list-style-type: none"> Nadi Suhu Lochia Kesehatan secara umum 	<p>Tanda atau gejala infeksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nadi >100 kali/menit Temperature tubuh >38°C Keringat dingin Lochia berbau 	<ol style="list-style-type: none"> Baringkan ibu miring kiri Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL/NS 500 cc/jam Berikan ampisilin/amoksisilin 2 G per oral Segera rujuk ke RS PONEK Damping ibu ke tempat rujukan
<ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah urin 	<p>Tanda gejala preeklamsia ringan:</p> <ul style="list-style-type: none"> tekanan darah diastolik 90-110 mmHg proteinuria 	<ol style="list-style-type: none"> nilai TD setiap 15 menit (pada saat beristirahat di antara kontraksi dan meneran) jika diastolik > 110 mmHg, pasang infus. Berikan infus RL/NS 100 cc/jam MgSO₄ 4 G dilanjutkan 1 G/jam dan nifedipine 10 mg. rujuk ke RS PONEK
Tekanan darah	<p>Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistolik >160 mmHg Diastolik > 110 mmHg kejang 	<ol style="list-style-type: none"> baringkan ibu miring ke kiri pasang infus dan berikan RL/NS 100 cc/jam 20 cc MgSO₄ 20% IV 8-10 menit dan lanjutan dengan MgSO₄ 1 G/jam melalui infus Segera rujuk ke RS PONEK
<ul style="list-style-type: none"> Tonus uteri Tinggi fundus uteri 	<p>Tanda dan gejala kandung kemih penuh:</p> <ul style="list-style-type: none"> Teraba bantalan air di supersimfisis Tinggi fundus diatas pusat Uterus terdorong ke kanan 	<ol style="list-style-type: none"> Kosongkan kandung kemih Kemudian massange uterus hingga berkontraksi dengan baik Jika tak dapat berkemih, kateterisasi dengan teknik aseptik Kemudian massage uterus hingga berkontraksi baik Jika ibu mengalami perdarahan, periksa penyebabnya.

Sumber: Affandi, 2017

PENAPISAN IBU BERSALIN

APABILA DIDAPATI SALAH SATU ATAU LEBIH PENYULIT SEPERTI BERIKUT

DI BAWAH INI PASIEN HARUS DIRUJUK :

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

Gambar 2.6 Penapisan
Sumber: Affandi, 2017

2. Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Rokam medis No. :

Nama :

Umur : Th

BB, MKB : Kg

MASUK KAMAR BERSALIN Tgl : Jam :

A. ANAMNESE

1. His Mulut : Tgl Jam :
2. Keluar Darah : Tidak / Ya (Banyak/Sedikit)
3. Keluar Lendir : Tidak/Ya
4. Ketuban : Belum/Pecah jam(J / M / D / K)
5. Keluhan lain :

B. KEADAAN UMUM

1. Tensi : mm/Hg
2. Suhu / Nadi : C/X/menit
3. Oedema : /
4. Laborat : Hbgr%
- Protein urine : negatif / positif ()
5. Lain-lain :

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

1. Palpasi : TPUCm
- Letak : Kep/Su/Li
2. Djj : X/menit
3. His dalam "10" :X lamadetik
4. VT. Jam : hasil
5. Analisa / diagnosa :
6. Therapi :
7. Kamar bersalin : VK 1 / VK 2
8. Pemeriksa :
9. Kamar : VVIP / VIP / KLAS 1 / KLAS 2 / KLAS 3

Gambar 2.7 Halaman Depan Lembar Observasi
Sumber: Affandi, 2017

Tanggal	Jam	Subyektif Keluhan	Obyektif						Analisa	Penatalaksanaan	Tanda Tangan	
			Tensi	Suhu	Nadi	Dij	His dlm 10"					VT
							Berapa Kali	Lonjanya				

Gambar 2.8 Halaman Belakang Lembar Observasi
 Sumber: Affandi, 2017

3. Partograf

Menurut Prawirohardjo (2016) partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk (1) mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dan (2) mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat dilaksanakan deteksi secara dini, setiap kemungkinan terjadinya partus lama. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin, asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, serta menggunakan informasi yang terecatat, sehingga secara dini mengidentifikasi adanya penyulit persalinan, dan membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf harus digunakan untuk (1) semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan; (2) semua tempat pelayanan persalinan (rumah, persalinan, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain); (3) semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obstetri dan Ginekologi, Bidan, Dokter Umum, Residen, dan Mahasiswa kedokteran).



PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: _____ Umur: _____ (G: _____ P: _____ A: _____)
No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____
Kecahan patah Sejak jam _____ routes sejak jata _____

Desyul
Zanlung
Janita
(Janda)

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

Air Keluaran
penyulapan

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

waktu
(jam)

Kontraksi
dnp
10 menit

<20
20 - 40
>40
(detik)

5
4
3
2
1

Distal U/T
Tetes / menit

Dhat dan
Calcan IV

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

Nadi

Tekanan
darah

Suhu °C

Urino

Protein
Asam
Glukosa

Nux-Est

Misumen

Kondisi Janin

Kunjungan Persalinan

Kondisi Ibu

Gambar 2.9 Halaman Depan Partograf
Sumber : Prawirohardjo 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 :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

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

KALA II

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

KALA III

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

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

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

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
a.
b.
c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :

Gambar 2.10 Halaman Belakang Partograf
 Sumber : Prawirphardjo Ilmu Kebidanan, 2016

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

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

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

a. Fase Laten

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- 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 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah:

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya.
- c. Perineum menonjol.
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

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

3. Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

- a. Tanda-tanda lepasnya plasenta

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat

- b. Manajemen Aktif Kala III (MAK-III) terdiri dari tiga langkah utama yaitu:

- 1) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- 2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- 3) Masase fundus uteri

Keuntungan dari manajemen aktif kala III yaitu persalinan kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio plasenta.

4. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu.

Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah:

- a. Tingkat kesadaran
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), tinggi fundus uteri (TFU), kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Rata-rata perdarahan normal adalah 250 cc dan tidak melebihi 500 cc.
- c. Pengkajian dan penjahitan setiap laserasi atau episiotomi.

2.3.4 Mekanisme Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2016), mekanisme persalinan :

Hampir 98% janin adalah letak kepala pada letak belakang kepala (LBK) dijumpai pula :

1. Ubun-ubun kiri depan = 58%

2. Ubun-ubun kecil kanan depan = 23%

3. Ubun-ubun kecil kanan belakang = 11%

4. Ubun-ubun kecil kiri belakang = 8%

Keadaan ini mungkin disebabkan terisinya ruangan sebelah kiri belakang oleh kolon sigmoid dan rektum. Seperti telah dijelaskan 3 faktor yang penting memegang peranan pada persalinan ialah : (1) kekutan-kekuatan yang ada ibu seperti kekuatan his dan kekuatan his dan kekuatan mengejan, (2) keadaan jalan lahir, (3) janinnya sendiri.

2.3.5 Perubahan Fisik dan Psikologi Persalinan

Prawirohardjo (2016), perubahan fisik persalinan adalah :

1. Uterus

Selama persalinan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung. Bagian bawah relatif lebih pasif di banding dengan segmen atas dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis.

Dengan palpasi abdomen kedua segmen dapat dibedakan ketika terjadi kontraksi, sekalipun selaput ketuban belum pecah. Segmen atas uterus cukup kencang atau keras, sedangkan konsistensi segmen bawah uterus jauh kurang kencang. Segmen atas uterus merupakan bagian uterus yang berkontraksi secara aktif, segmen bawah adalah bagian yang diregangkan, normalnya jauh lebih pasif. Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai 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 didorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke pundul. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang ditimbulkannya diperkirakan telah mencapai antara 5 sampai 10 cm, tekanan yang diberikan dengan cara ini dikenal sebagai tekanan sumbu janin.

- b. Dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal ditarik tegang dan karena segmen bawah dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini ditarik 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 dipaksa 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 dilebarkan sampai berdiameter sekitar 10 cm, pada saat ini serviks dikatakan 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 disebut sebagai pendataran (effacement) dan terjadi dari atas ke bawah. Serabut-serabut otot setinggi os serviks internum ditarik ke atas, atau dipendekkan, menuju segmen bawah uterus, sementara kondisi os eksternum untuk sementara tetap tidak berubah.

Dilatasi serviks, jika 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 serviks selama bagian terbawah janin berada pada posisi meneruskan tekanan terhadap serviks dan segmen bawah rahim.

3. Vagina dan dasar panggul

Jalan lahir disokong dan secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah Muskulus Levator ani dan fasia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat di anggap sebagai dasar panggul. Ketebalan Muskulus 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.

23.6 **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 turunnya 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 mengonsumsi 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.

2.3.7 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. Menurut Affandi, 2017 tanda bahaya dan komplikasi pada kala I
 - Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I 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 (temperatur $>38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
 - g. Tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg dan atau terdapat protein dalam urine (pre-eklampsia berat).
 - h. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
 - i. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).
 - j. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
 - k. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).

- l. Presentasi ganda (majemuk).
 - m. Tali pusat 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
- 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 (djj kurang dari 120x/menit dan lebih dari 160x/menit).
 - h. Distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putak paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina, bahu bayi tidak lahir).

- i. Cairan ketuban bercampur mekonium ditandai dengan warna ketuban hijau.
- j. Tali pusat menumbung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam).
- k. Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).

3. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV

Tanda bahaya dan komplikasi kala III dan IV

- a. Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir).
- b. Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir).
- c. Bagian plasenta tertahan (bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang, bagian selaput ketuban hilang/robek, perdarahan pasca persalinan, uterus berkontraksi).
- d. Atonia uteri (uterus lembek tidak berkontraksi dalam waktu 5 detik setelah massage uterus, perdarahan pasca persalinan).
- e. Robekan vagina, perineum atau serviks (perdarahan pasca persalinan, plasenta lengkap, uterus berkontraksi).
- f. Syok (nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30 ml/jam).
- g. Dehidrasi (meningkatnya nadi lebih dari 100x/menit, temperatur tubuh diatas 38°C, urine pekat, produksi urine sedikit 30 ml/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).

2.3.8 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 penengangan 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 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian

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

2.4.2 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 2.3 Apgar Skor

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

Sumber : Mochtar (2015)

2.4.3 Masa Transisi BB

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

1. Periode reaktifitas pertama

Periode reaktifitas pertama dimulai pada saat bayi lahir dan berlangsung selama 30 menit. Pada saat tersebut, jantung bayi baru lahir berdenyut cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir mellihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Pernafasan cepat, berada ditepi teratas rentang normal, dan terdapat rale serta ronki. Rales seharusnya hilang dalam 20 menit. Bayi mungkin memperlihatkan napas cuping hidung disertai napas mendengkur dan retraksi dinding dada.

Adanya mukus biasanya akibat keluarnya cairan paru yang tertahan. Mukus ini encer, jernih dan mungkin memiliki gelembung-gelembung kecil.

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

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

2. Periode tidur yang tidak berespons

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

3. Periode reaktifitas kedua

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

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

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

2.4.4 Kebutuhan Dasar BBL

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

1. Pencegahan Infeksi

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

2. Cuci Tangan

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

3. Persiapan Alat

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

4. Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat misalnya meja, dipan atau lantai berlas tikar. Sebaiknya dekat pemancar panas dan terjaga dari tiupan angin.

5. Penilaian awal BBL

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

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

6. Mencegah kehilangan panas

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

7. Merawat tali pusat

- a. Jangan membungkus putung tali pusat atau perut bayi atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke putung tali pusat

b. Mengoleskan alkohol dan betadine masih diperbolehkan tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.

8. Pemberian ASI

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

9. Pencegahan infeksi pada mata

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

10. Profilaksis perdarahan bayi baru lahir

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

11. Pemberian imunisasi Hepatitis B

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

2.4.5 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

2.4.6 Standar Asuhan BBL

1. Standar Pelayanan Minimal

Menurut Depkes RI (2012), standar pelayanan minimal untuk bayi baru lahir adalah:

- a. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

1) Tujuan

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

2) Pernyataan Standar

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

2. Kebijakan Pelayanan

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

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

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

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

c. Pencegahan infeksi, BBL sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya : Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan, pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT. Jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.

- d. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi. Periksa ulang pernafasan, bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk diatas 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 dimunisasi 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 sedikinya 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 menyusui dengan baik atau tidak.
- 5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
- 6) Dokumentasikan.

1. Minggu pertama setelah bayi lahir

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

m. Minggu kedua setelah bayi lahir

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

n. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya

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

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

Form pencatatan (Buku KIA, Formulir BBL, Formulir register kohort bayi).

2.5 Konsep Dasar Nifas

2.5.1 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 dipergunakan 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 minggu (Roito, dkk 2013).

Jadi, puerperinium berarti masa setelah melahirkan bayi. Puerperinium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. 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 (Vivian, Sunarsih 2011).

2.5.2 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.

Tabel 2.9 Involusi uteri

Invousi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter bekas melekat plasenta	Keadaan cervix
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr		
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr	12,5 cm	Lembek
Satu minggu	Pertengahan pusat-simpisis	500 gr	7,5 cm	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
Dua minggu	Tak teraba di atas simpisis	350 gr	3-4 cm	
Enam minggu	Bertambah kecil	50-60 gr	1-2 cm	
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gr		

Sumber: Rini, Kumala, 2016

2. Bekas Implantasi uri

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

3. Luka-luka

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

4. Rasa nyeri

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

5. Lokhea

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

- Lokhea rubra (*cruenta*) berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, veruks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pascapersalinan.
- Lokhea *sanguinolenta* berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pascapersalinan.
- Lokhea *serosa* berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.
- Lokhea *alba* Cairan putih, setelah 2 minggu.
- Lokhea *purulenta* terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
- Lokiostasis. Lokhea tidak lancar keluarnya.

6. Serviks

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

7. Ligamen-ligamen

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

2.5.3 Perubahan psikologi Masa Nifas

Menurut Vian, Sunarsih (2012)

1. Fase Talking In

Fase talking 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 psikologi 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 Talking Hold

Fase talking hold adalah fase/peridoe yang berlangsung anatar 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan

ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasan 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 aka 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.

2.5.4 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 mengonsumsi 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, mengonsumsi suplemen zat besi minimal selama 3 bulan postpartum. Segera setelah melahirkan, ibu mengonsumsi suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU.

2. Mobilisasi

Ibu nifas normal dianjurkan untuk melakukan gerakan meski di tempat tidur dengan miring kanan atau kiri pada posisi tidur, dan lebih banyak berjalan. Namun pada ibu nifas dengan komplikasi seperti anemia, penyakit jantung, demam dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat tidak dianjurkan untuk melakukan mobilisasi.

3. Eliminasi

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

4. Kebersihan diri

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

5. Istirahat

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

6. Seksual

Hubungan seksual 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.

2.5.5 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 molahidatidosa.
- c. Uterus mengalami overdistensi (makrosomia, kehamilan kembar, hidramnion atau bekuan darah) yang menyebabkan hilangnya kontraksi uterus.
- d. Memiliki riwayat persalinan dengan komplikasi (persalinan lama, 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 ($MgSO_4$)

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

Diagnosis

a. Preeklamsia berat

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

b. 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. Defisiensi vitamin dan mineral

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

2.5.6 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 ditaati 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 2.10 Frekuensi 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.
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. 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"> b. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. c. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber : Rini, Kumala, 2016

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.6.1 Pengertian Neonatus

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

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

2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut Anik (2014), yaitu:

1. Kebutuhan Asih pada Neonatus
 - a. Asih merupakan kebutuhan emosional
 - b. Asih adalah kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ciptaan yang erat dan kepercayaan dasar untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik maupun mental
 - c. Asih bisa disebut sebagai ikatan kasih sayang.
2. *Bonding attachment* pada neonatus dapat dipenuhi dengan cara-cara yang diuraikan dengan cara berikut ini.

- a. Pemberian ASI eksklusif

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

- b. Rawat gabung

Merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayinya terjalin proses lekat (*early infant mother 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, faktor 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, kreatifitas, agama, moral, produktifitas dan lain-lain.

5. Imunisasi pada neonatus

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

2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

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

1. Tidak mau minum atau menyusui 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. Nanah banyak dimata
10. Pusat kemerahan meluas ke dinding perut
11. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat
12. Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat
13. Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI
14. BBLR: Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram

15. Kelainan kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit

2.6.4 Standar Asuhan Neonatus

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

Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis HB₀ 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 KN 1 pada 6-48 jam, KN 2 pada 3-7 hari, KN 3 pada 8-28 hari untuk pemberian imunisasi BCG + Polio sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun (Kemenkes RI, 2014).

2.7 Konsep Dasar KB

2.7.1 Pengertian KB

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

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

2.7.2 Macam-macam Alat Kontrasepsi Efektif

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

1. Kontrasepsi Suntikan Progestin

a. Profil

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

b. Jenis

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

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

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

e. Keuntungan

- 1) Sangat efektif
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
- 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

- 6) Sedikit efek samping
- 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
- 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 11) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

f. Keterbatasan

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

7) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

b. Jenis mini pil

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

c. Cara kerja mini pil

1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)

2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma

4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

d. Efektifitas

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

Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka :

1) Jangan sampai ada tablet yang lupa.

2) Tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari).

3) Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan mini pil.

e. Keuntungan kontrasepsi

1) Sangat efektif bila digunakan secara benar

2) Tidak mengganggu hubungan seksual

3) Tidak mempengaruhi ASI

4) Kesuburan cepat kembali

- 5) Nyaman dan mudah digunakan
 - 6) Sedikit efek samping
 - 7) Dapat dihentikan setiap saat
 - 8) Tidak mengandung estrogen
- f. Keuntungan non kontrasepsi
- 1) Mengurangi nyeri haid
 - 2) Mengurangi jumlah darah haid
 - 3) Menurunkan tingkat anemia
 - 4) Mencegah kanker endometrium
 - 5) Melindungi dari penyakit radang panggul
 - 6) Tidak meningkatkan pembekuan darah
 - 7) Dapat diberikan pada penderita endometriosis
 - 8) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi
 - 9) Dapat mengurangi keluhan pre menstrual syndrome (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis)
 - 10) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.
- g. Keterbatasan
- 1) Hampir 30-60 % mengalami gangguan haid (spotting, amenorrhea)
 - 2) Peningkatan atau penurunan berat badan
 - 3) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
 - 4) Bila lupa 1 pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - 5) Payudara menjadi tegang, mual pusing, dermatitis atau jerawat
 - 6) Risiko 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 pascakeguguran
- 7) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan mini pil, mini pil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu datangnya haid berikutnya
- 8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan mini pil, mini pil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain
- 9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), mini pil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.

3. Implant

a. Profil

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

b. Jenis

Jeni kontrasepsi implant dibagi 3, yaitu :

- 1) Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel. Masa kerjanya yaitu selama 5 tahun
- 2) Jadelle (norplant II) terdiri dari 2 kapsul. Memakai levonorgestrel 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. U.S. FDA menyetujui masa kerja norplant adalah 5 tahun tetapi studi komparasi dengan implant-2 ternyata *5 year pregnancy rate* dan efek samping kedua kontrasepsi ini adalah sama. Population council baru-baru ini menyatakan bahwa Jadelle direkomendasikan untuk penggunaan 5 tahun dan norplant untuk 6 tahun
- 3) Implanon kapsul tunggal mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel). Masa kerjanya yaitu 3-4 tahun.

4. AKDR dengan progestin

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

a. Cara kerja

- 1) Endometrium mengalami transformasi yang irreguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi
- 2) Mencegah terjadinya pembuahan dengan mengblokir 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 disfungsional dan adenomiosis.
- 5) Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause.
- 6) Tidak mengurangi kerja obat tuberculosis ataupun obat epilepsi, karena AKDR yang mengandung progestin kerjanya terutama lokal pada endometrium.

e. Keterbatasan

- 1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyarangan infeksi genetalia 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 risiko mendapat penyakit radang panggul sehingga dapat menyebabkan infertilitas
- 8) Mahal
- 9) Progestin sedikit meningkatkan risiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan perimenopause. Risiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan pil kombinasi
- 10) Progestin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskuler

- 11) Memperburuk perjalanan penyakit payudara
- 12) Progestin dapat mempengaruhi jenis-jenis tertentu hyperlipidemia
- 13) Progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus

f. Waktu pemasangan

- 1) Setiap waktu selama siklus haid, jika ibu tersebut dapat dipastikan tidak hamil.
- 2) Sesudah melahirkan, dalam waktu 48 jam pertama pasca persalinan, 6 – 8 minggu, ataupun lebih sesudah melahirkan.
- 3) Sesudah induksi haid, pasca keguguran spontan, atau keguguran buatan, dengan syarat tidak terdapat bukti – bukti adanya infeksi.

5. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

a. Profil

- 1) Sangat efektif, reversible dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT-380A)
- 2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
- 3) Pemasangan dan pencabutan memerlukan penelitan
- 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

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

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

c. Cara kerja

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

reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

d. Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi
- 2) Sangat efektif > 0,6 - 0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 - 170 kehamilan)
- 3) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- 4) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- 5) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- 6) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 7) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- 8) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- 9) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 10) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 11) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 12) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
- 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 haid
- 3) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

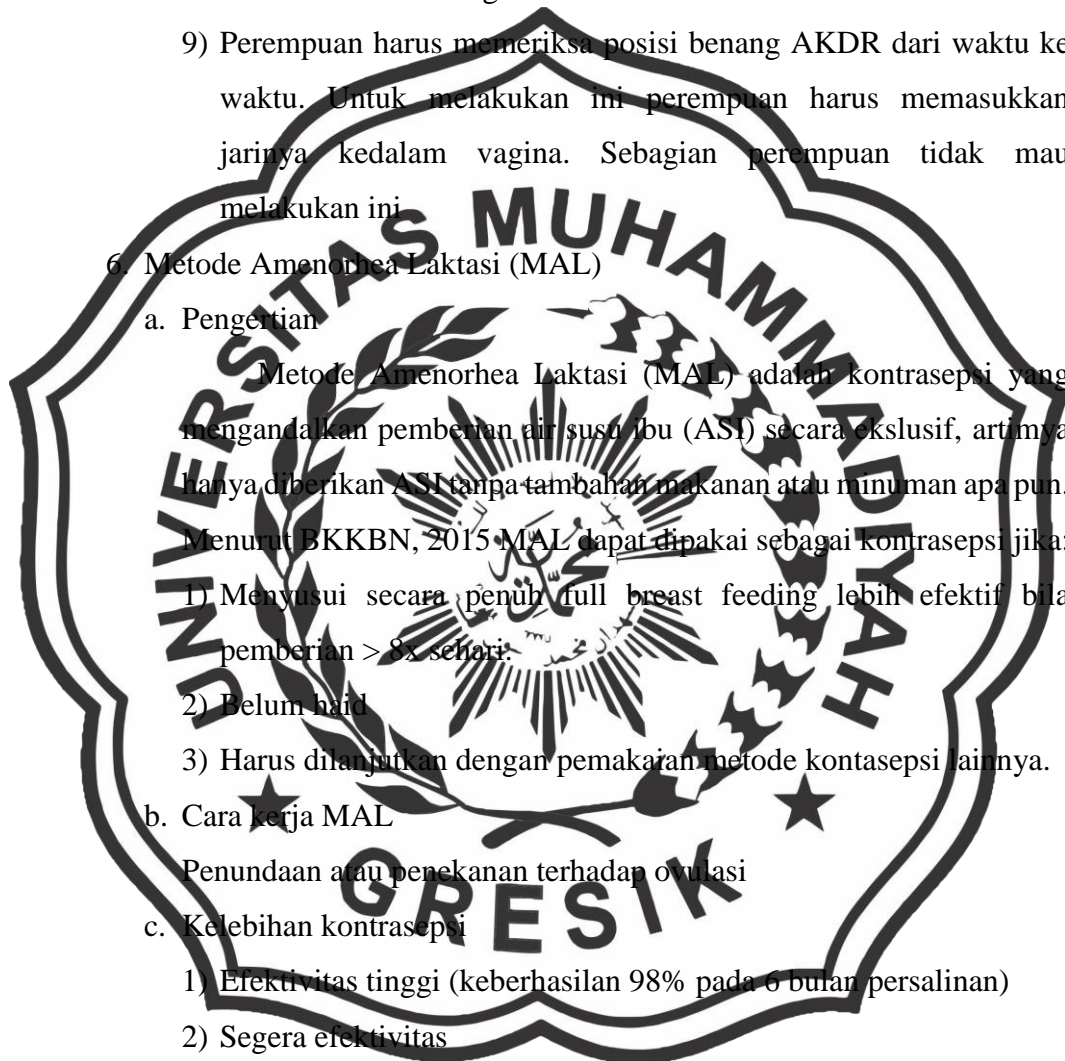
b. Cara kerja MAL

Penundaan atau penekanan terhadap ovulasi

c. Kelebihan kontrasepsi

- 1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan persalinan)
- 2) Segera 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 antibodi 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 risiko 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

Menurut Affandi, (2015), tujuan penapisan yaitu :

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		

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah anda nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin).	Ya	Tidak

Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami disminorhea berat yang membutuhkan analgetika dan atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau setelah sanggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit 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.

Tabel 2.12 klasifikasi persyaratan medis dalam penapisan klien

Kondisi	Pil Kombinasi	Suntik Kombinasi	Pil Progestin	DMP A NET EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Preges tin
---------	---------------	------------------	---------------	--------------	--------	---------	-----------------

M = Mulai, L = Lanjutan

Karakteristik Pribadi dan Riwayat Reproduksi

Kehamilan	-	-	-	-	-	4	4
Usia	Menars-40:1 ≥40:2	Menars-40:1 ≥40:2	Menars-18:1 18-45:1 ≥45:1	Menars-18:2 18-45:1 ≥45:2	Menars-18:1 18-45:1 ≥45:1	Menars-20:2 ≥20:1	Menars-20:2 ≥20:1
Paritas							
Nulipara	1	1	1	1	1	2	2
Multipara	1	1	1	1	1	1	1

Laktasi

Kondisi	Pil Kom bina si	Suntik an Komb inasi	Pil Proge steron	DMP A NET- EN	Impla n	AKDR Cu	AKD R Preges tin
< 6 minggu pascapersalin an	4	4	3	3	3		
6 minggu <6 bulan laktasi	3	3	1	1	1		
≥6 bulan pascapersalin an	2	2	1	1	1		
Pascapersali nan (tanpa laktasi)							
< 21 hari							
≥ 21 hari	3	3	1	1	1		
Pascapersali nan (laktasi/non laktasi) termasuk pascaseksio sesarea	1	1	1	1	1		
• < 48 jam						2	3
• ≥ 48 jam - < 4 minggu						3	3
• ≥ 4 minggu						1	1 ^a
• Sepsis puerperalis						4	4
Pascakegug uran							
• Trimester I	1	1	1	1	1	1	1
• Trimester II	1	1	1	1	1	2	2
• Pascaabort us sepiik	1	1	1	1	1	4	4
Pascakeham ilan ektopik	1	1	2	1	1	1	1
Riwayat operasi pelvis (termasuk seksio sesarea)	1	1	1	1	1	1	1
Merokok							
• Usia < 35	2	2	1	1	1	1	1
• Usia ≥ 35	3	2	1	1	1	1	1

Kondisi	Pil Kom bina si	Suntik an Komb inasi	Pil Proge steron	DMP A NET- EN	Impla n	AKDR Cu	AKD R Preges tin
- < 15 batang/ hari	4	3	1	1	1	1	1
- ≥ 15 batang/ hari							
Obesitas							
• ≥ 30 kg/m ² body massa index (BMI)	2	2	1	1	1	1	1
Faktor resiko multipel penyakit kardiovasku lar (seperti usia tua, merokok, diabetes, hipertensi)	3/4	3/4	2	3		1	2
Hipertensi							
• Riwayat hipertensi tidak dapat dialiasasi, termasuk hipertensi dalam kehamilan	3				2	1	2
• Hipertensi terkontrol	3	3	1	2	1	1	1
• Tekanan darah meningkat							
- sistolik 140- 160 atau diastolik 90- 100	3	3	1	2	1	1	1
- sistolik > 160 atau diastolik > 100	4	4	2	3	2	1	2
• Penyakit vaskular	4	4	2	3	2	1	2
Riwayat hipertensi	2	2	1	1	1	1	1

Kondisi	Pil Kom bina si	Suntik an Komb inasi	Pil Proge steron	DMP A NET- EN	Impla n	AKDR Cu	AKD R Preges tin
dalam kehamilan							
Trombosis vena/ dalam emboli paru							
• Riwayat TVD/EP	4	4	2	2	2	1	2
• TVD/EP saat ini	4	4	3	3	3	1	3
• Riwayat keluarga TVD/ EP	2	2	1	1	1	1	1
• Bedah mayor - imobilisasi lama -tanpa imobilisasi lama	2	4	2	2	2	1	2
• Bedah minor tanpa imobilisasi	1	1	1	1	1	1	1
Trombosis vena permukaan							
• Varises	1	1	1	1	1	1	1
• Trombofle bitis	2	2	1	1	1	1	1
Riwayat penyakit jantung Stroke							
(riwayat cardiovaskul ar accident)	4	4	2	3	3	1	2
Hiperlipide mia	2/3b	2/3b	2	2	2	1	2
Penyakit katup jantung							
• Tanpa komplikasi	2	2	1	1	1	1	1
• Dengan komplikasi	4	4	1	1	1	2	2

Kondisi	Pil Kom bina si	Suntik an Komb inasi	Pil Proge steron	DMP A NET- EN	Impla n	AKDR Cu	AKD R Preges tin
Nyeri kepala	M L	M L	M L	M L	M L		M L
• Nonmigrai n	1 2	1 2	1 1	1 1	1 1	1	1 1
• Migrain							
- tanpa aura							
Usia < 35	2 3	2 3	1 2	2 2	2 2	1	2 2
Usia ≥ 35	3 4	3 4	1 2	2 2	2 2	1	2 2
- dengan aura (semua usia)	4 4	4 4	2 3	2 2	2 3	1	2 3
Epilepsi	1	1	1	1	1	1	1
Depresi							
Depresi	1	1	1	1	1	1	1
Infeksi Dan Kelainan Alat Reproduksi							
Perdarahan pervaginal							M L
• Perdarahan iriguler	1	1	2	2	2	1	1
• Perdarahan banyak/ lama	1	1	2	2	2	2	2
Perdarahan pervaginal yang belum diketahui penyebabny a	2	2	2	3	3	4	M L M L
★ Sebelum penilaian							
Endometri osis	1	1	1	1	1	2	1
Tumor ovarium jinak (termasuk kista)	1	1	1	1	1	1	1
Dismenorea berat	1	1	1	1	1	2	1
Penyakit trofoblas							
• Penyakit trofoblas jinak	1	1	1	1	1	3	3
	1	1	1	1	1	4	4

Kondisi	Pil Kom bina si	Suntik an Komb inasi	Pil Proge steron	DMP A NET- EN	Impla n	AKDR Cu	AKD R Preges tin
• Penyakit trofoblas ganas							
Ektropion serviks	1	1	1	1	1	1	1
NIS (Neoplasia Intra Serviks)	2	2	1	2	2	1	2
Kanker serviks	2	2	1	2	2	M 4 L 2	M 4 L 2
Penyakit mamma	2	2	2	2	2	1	2
• Massa tidak terdiagnosi s	1	1	1	1	1	1	1
• Penyakit mamma jinak	1	1	1	1	1	1	1
• Riwayat kanker dalam keluarga	1	1	1	1	1	1	1
• Kanker mammae -saat ini -riwayat lampau, tidak kambuh dalam 5 tahun	4 3	4 3	4 3	4 3	4 3	4 3	1 3
Kanker endometriu m	1	1	1	1	1	M 4 L 2	M 4 L 2
Kanker ovarium	1	1	1	1	1	M 3 L 2	M 3 L 2
Fibroma uteri							
• Tanpa gangguan akvum uteri	1	1	1	1	1	1	1
• Dengan gangguan kavum uteri	1	1	1	1	1	4	4

Kondisi	Pil Kom bina si	Suntik an Komb inasi	Pil Proge steron	DMP A NET- EN	Impla n	AKDR Cu	AKD R Preges tin	
Kelainan anatomis								
• Mengganggu kavum uteri						4	4	
• Tidak mengganggu kavum uteri						2	2	
Penyakit radang panggul						M	L	
						M	L	
• Riwayat PRP								
-dengan kehamilan	1	1	1	1	1	1	1	
-tanpa kehamilan	1	1	1	1	1	2	2	
• PRP saat ini	1	1	1	1	1	2	4	
IMS						M	L	
						M	L	
• Servistis purulen atau infeksi klamidia atau gonorea	1	1	1	1	1	2	4	
• IMS lainnya	1	1	1	1	1	2	2	
• Vaginitis	1	1	1	1	1	2	2	
• Risiko IMS meningkat	1	1	1	1	1	4	4	
HIV/AIDS								
						M	L	
						M	L	
Risiko tinggi HIV	1	1	1	1	1	2	2	
Terinfeksi HIV	1	1	1	1	1	2	2	
AIDS	1	1	1	1	1	3	3	
Infeksi Lain								
Skistosomia								
sis	1	1	1	1	1	1	1	
	1	1	1	1	1	1	1	

Kondisi	Pil Kom bina si	Suntik an Komb inasi	Pil Proge steron	DMP A NET- EN	Impla n	AKDR Cu	AKD R Preges tin
• Tanpa komplikasi							
• Fibrosis hati							
Tuberkolisis						M L	M L
• Nonpelvis	1	1	1	1	1	1 1	1 1
• Pelvis	1	1	1	1	1	4 3	4 3
Malaria	1	1	1	1	1	1	1
Penyakit Endokrin							
Diabetes							
• Riwayat diabetes gestasional	1	1	1	1	1	1	1
• Penyakit nonvaskular							
-noninsulin dependen	2	2	2	2	2	1	2
-insulin dependen	2	2	2	2	2	1	2
• Nefropati/retinopati/neuropati	3/4	3/4	2	3	3	1	2
• Penyakit vaskular lain/ diabetes > 20 tahun	3/4	3/4	3	3	2	1	2
Penyakit tiroid							
• Goiter	1	1	1	1	1	1	1
• Hipertiroid	1	1	1	1	1	1	1
• Hipotiroid	1	1	1	1	1	1	1
Penyakit kandung empedu							
• Simptomatik							
- terapi kolesistektomi	2	2	2	2	2	1	2
- diobati dengan obat saja	3	2	2	2	2	1	2
-saat ini	3	2	2	2	2	1	2
• Asimtomatik	2	2	2	2	2	1	2

Kondisi	Pil Kom bina si	Suntik an Komb inasi	Pil Proge steron	DMP A NET- EN	Impla n	AKDR Cu	AKD R Preges tin
Riwayat kolestasis							
• Berhubungan dengan kehamilan	2	2	1	1	1	1	1
• Berhubungan dengan kontrasepsi	3	2	2	2	2	1	2
Hepatitis, virus							
• Aktif	4	3/4	3	3	3	1	3
• Karier	1	1	1	1	1	1	1
Sirosis							
• Ringan	3	2	2	2	2	1	2
• Berat		3	3	3	3	1	3
Tumor hati							
• Jinak	4	3	3	3	3	1	3
• Malignan	4	3/4	3	3	3	1	3
Anemia							
Talasemia	1	1		1	1	2	1
Penyakit bulan sabit	2	2		1	1	2	1
Anemia defisiensi Fe	1	1		1	1	2	1
Interaksi obat							
Obat yang mempengaruhi enzim-enzim hati							
• Rifampisin	2	2	3	2	3	1	1
• Antikonvulsan tertentu	1	2	3	2	3	1	1
Antibiotik							
• Gricofulvin	2	1	2	1	2	1	1
• Antibiotik lain	1	1	1	1	1	1	1
Terapi antiretroviral							
	2	2	2	2	2	M 2/3 L 2	M 2/3 L 2

Sumber : Affandi, 2015

Di tempat pelayanan dengan fasilitas pemeriksaan klinik terbatas, misalnya di puskesmas, klasifikasi 1 sampai 4 dapat disederhanakan menjadi 2. Klasifikasi 1 dan 2 digabung menjadi klasifikasi 1; klasifikasi 3 dan 4 menjadi 2. Untuk klasifikasi 1 (dengan fasilitas terbatas) metode

kontrasepsi tertentu dapat digunakan, untuk klasifikasi 2 tidak boleh digunakan. Pada tempat pelayanan dengan fasilitas lengkap, misalnya di rumah sakit kabupaten, pakailah klasifikasi 1, 2, 3 dan 4 (Affandi, 2015).

2.7.4 **Konseling Pra dan Pasca Pemasangan Alat Kontrasepsi**

Aspek pelayanan Keluarga Berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan (Prawirohardjo, 2016).

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

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

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

U : Uraikan pada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin. Bantu klien pada kontrasepsi yang paling dia inginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko 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 2.13 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 2.14 Penanganan efek samping Suntikan progestin

Efek Samping	Penanganan
Amenorrhea	<ol style="list-style-type: none"> Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik. Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan. Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. 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
- 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.
 - 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30 – 35 mg etinilestradiol)
 - Ibu profen (sampai 80 mg, 3x per hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain.
 - Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan.
 - Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan diangani dengan pemberian 2 tablet pil kombinasi per hari selama 3 – 7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal atau diberi 50 mg etinol estradiol atau 1,25 mg estrogen untuk 14 – 21 hari.
- Meningkat atau
menurunya berat
badan
- 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 pemakai implant adalah perubahan pola perdarahan haid. Dapat terjadi perdarahan bercak atau terus-menerus pada 8-9 bulan pertama dari penggunaan implant (Affandi, 2015)

4. AKDR dengan Progestin

Tabel 2.15 Penanganan efek samping AKDR dengan Progestin

Efek Samping	Penanganan
Amenorrhea	<ol style="list-style-type: none"> Pastikan hamil atau tidak Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenorhea (20 – 50%) Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat.
Kram	<ol style="list-style-type: none"> Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai.

Efek Samping	Penanganan
Perdarahan yang tidak teratur dan banyak	<ul style="list-style-type: none"> b. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. c. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. a. Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. b. Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. c. Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu atau pil kombinasi satu siklus saja. d. Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. e. Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR.
Benang hilang	<ul style="list-style-type: none"> a. Periksa apakah klien hamil. b. Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. c. Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim dan klien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. d. Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang hari. e. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenorrhoea'.
Cairan vagina atau duguan penyakit radang panggul	<ul style="list-style-type: none"> a. Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai. b. Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut. c. Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai AKDR lagi, berikan antibiotika selama 7 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan dibantu klien untuk memilih metode kontrasepsi lain.

Sumber : Affandi, 2015

