

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Continuity Of Care

2.1.1 Pengertian

Menurut *Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health* (RMNCH). “continuity of care” yakni pelayanan terpadu untuk 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, 2017).

Continuarty 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 dan klien (Yulizawati, 2017).

2.1.2 Tujuan

Menurut (Prawirohardjo, 2016) tujuan umum dilakukan asuhan kehamilan yang berkesinambungan adalah sebagai berikut:

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

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian

Kehamilan adalah mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Kehamilan merupakan 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) (Prawirohardjo, 2016).

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

2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

Menurut (Prawirohardjo, 2016) pertumbuhan janin secara fisiologis 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* (sampai minggu ke-7), setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin. Konseptus ialah semua jaringan konsepsi yang membagi diri menjadi berbagai jaringan *embrio*, *korion*, *amnion*, dan *plasenta*.

2. Embrio dan Janin

Dalam beberapa jam setelah *ovulasi* akan terjadi *fertilisasi* di *ampulla tuba*. Oleh karena itu, *sperma* harus sudah ada disana sebelumnya. Berkat kekuasaan Allah SWT, terjadilah *fertilisasi ovum* oleh *sperma*. Namun, konseptus tersebut mungkin sempurna, mungkin tidak sempurna. Kebesaran dan dan penciptaanNya-lah yang memungkinkan *diferensiasi* jaringan yang mengagumkan di mana terbentuk organ.

Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan *Ultrasonografi* (USG) akan tampak sebagai kantong *gestasi* berdiameter 1 cm, tetapi *embrio* belum tampak. Pada minggu ke-6 dari haid terakhir sampai usia konsepsi 4 minggu, *embrio* berukuran 2-3 cm. Pada saat itu akan tampak denyut jantung secara *Ultrasonografi* (USG). Pada akhir minggu ke-8 usia *gestasi* sampai 6 minggu usia *embrio*, *embrio* berukuran 22–24 mm, dimana akan tampak kepala yang relative besar dan tonjolan jari. Gangguan atau *teratogen* akan mempunyai dampak berat apabila terjadi pada *gestasi* kurang dari 12 minggu, terlebih pada minggu ke-3.

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

Table 2.1 Perkembangan Fungsi Organ

Usia Gestasi	Organ
6 Minggu	Pembentukan hidung, dagu, <i>palatum</i> , 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 bentuk manusia, mulai pembentukan <i>genetalia eksterna</i> , sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk.
9 Minggu	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin; kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13 - 16 Minggu	Janin berukuran 15 cm, merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin transparan, telah mulai tumbuh <i>lanugo</i> (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk <i>meconium</i> (faeses) dalam usus. Jantung berdenyut 120 – 150/ menit.
17 - 24 Minggu	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh <i>vernix caseosa</i> (lemak). Janin mempunyai <i>reflex</i> .

Usia Gestasi	Organ
25 - 28 Minggu	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. <i>SLstem saraf</i> 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, <i>lanugo</i> (rambut janin) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38 - 40 Minggu	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: (Prawirohardjo, 2016)

Gambar 2.1 Perkembangan Janin



Sumber: (Prawirohardjo, 2016)

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

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

1. Fase Embrionik

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

Table 2.2 Perkembangan Pada Masa Embrio

Bulan ke-	Keterangan
1	Sudah terbentuk organ-organ tubuh yang penting seperti jantung yang berbentuk pipa, sistem saraf pusat (otak yang berupa gumpalan darah) serta kulit. Embrio berukuran 0,6 cm.
2	Tangan dan kaki sudah terbentuk, alat kelamin bagian dalam, tulang rawan (cartilago). Embrio berukuran 4 cm.
3	Seluruh organ tubuh sudah lengkap terbentuk, termasuk organ kelamin luar. Panjang embrio mencapai 7 cm dengan berat 20 gram.
4	Sudah disebut dengan janin dan sudah mulai bergerak aktif. Janin mencapai berat 100 gram dengan panjang 14 cm.
5	Janin akan lebih aktif bergerak, dapat memberikan respon terhadap suara keras dan menendang. Alat kelamin janin sudah lebih nyata dan akan terlihat bila dilakukan USG (Ultra Sonographi).
6	Janin sudah dapat bergerak lebih bebas dengan memutar badan atau berubah posisi.
7	Janin bergerak dengan posisi kepala ke arah liang vagina.
8	Janin semakin aktif bergerak dan menendang. Berat dan panjang janin semakin bertambah, seperti panjang 35-40 cm dan berat 2500 – 3000 gram.
9	Posisi kepala janin sudah menghadap liang vagina. Bayi siap untuk dilahirkan.

Sumber: (Prawirohardjo, 2016)

2. Fase Pasca Embrionik

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

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

2.2.3 Perubahan Fisik Ibu Hamil

Menurut Mochatar (2015) perubahan fisik ibu hamil adalah:

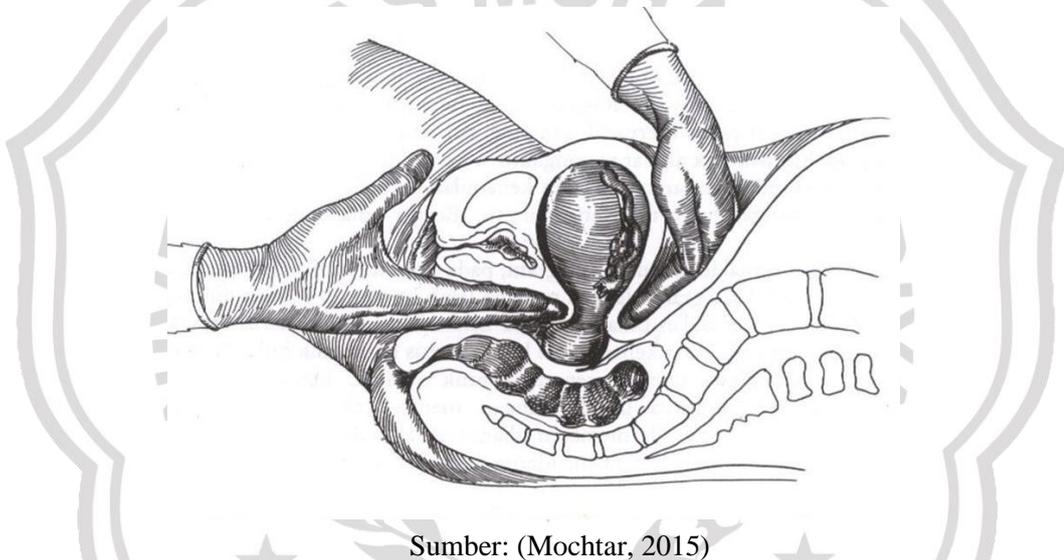
1. Perubahan pada Sistem Reproduksi

a. Uterus

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

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

Gambar 2.2 Tanda Hegar

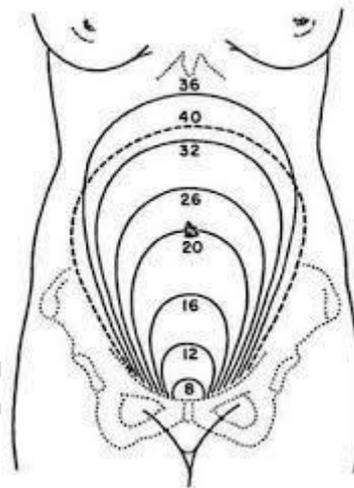


Sumber: (Mochtar, 2015)

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

- 1) Pada permulaan kehamilan dalam letak *antefleksi* atau *retrofleksi*,
- 2) Pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga *pelvis*,
- 3) Setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati,
- 4) Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri

Gambar 2.3 Ukuran Fundus Uteri Sesuai Usia Kandungan



Sumber: (Mochtar, 2015)

b. Serviks

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

c. Indung Telur (*ovarium*)

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

d. Vagina dan Vulva

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

e. Dinding Perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic di bawah kulit sehingga timbul *Striae Gravidarum*. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada *hidramnion* dan kehamilan ganda, dapat terjadi diasis rekti, bahkan

hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

2. Perubahan Pada Organ Dan Sistem Lainnya

a. System Sirkulasi Darah

- 1) Volume Darah, volume darah total dan volume darah plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, di ikuti pertambahan curah jantung (*cardiac output*), yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$. Akibat *hemodilusi* yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan *dekompensasi cordis*.
- 2) Jantung, pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Elektrokardiogram kadang kala memperlihatkan deviasi aksis ke kiri.
- 3) Nadi dan Tekanan Darah, tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik, nilai rata-rata 84 per menit.
- 4) Protein Darah, jumlah protein (*albumin*) dan *gamaglobulin* menurun dala triwulan 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. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah *emesis gravidarum* sering terjadi pada pagi hari *morning sickness*.

d. Tulang dan Gigi

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

e. Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu pada:

- 1) Muka : Disebut masker kehamilan *cloasma gravidarum*
- 2) Payudara : Puting susu dan *areola* payudara.
- 3) Perut : *Linea nigra, striae*.
- 4) Vulva

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 (*Basal Metabolic Rate, (BMR)*) pada wanita hamil meninggi 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) Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan kuat, sering kencing, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang meningkatkan kita pada diabetes militus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa seperti somatomotropin, plasma insulin, dan hormon-hormon 17 ketosteroid untuk rekomendasi, harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil *Glucose Tolerance Test* (GTT) oral dan *Glucose Tolerance Test* (GTT) intervena.
- 4) Metabolisme lemak juga terjadi kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat di badan, perut, paha, dan lengan.
- 5) Metabolisme mineral:
 - a) Kalsium : Dibutuhkan rata-rata 1,5gram 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.
- 6) 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 voluma darah, lemak, protein, dan retensi air.
- 7) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang. Khususnya kehamilan lima bulan keatas. Namun bila dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan kalori tambahan.

8) 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 yang berisi mineral dan vitamin.

h. Payudara *Mammae*

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

2.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Ada beberapa perubahan psikologis menurut (Fatimah & Nuryaningsih, 2017) dalam masa kehamilan adalah :

1. Trimester I

Segera setelah konsepsi kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali, biasanya pada awal kehamilannya, ibu berharap tidak hamil.

2. Trimester II

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban, ibu menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

3. Trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan

bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan 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. Ibu seringkali merasa khawatir atau takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. 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 akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil'

2.2.5 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 (Yulizawati, 2017) tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Tanda tidak pasti kehamilan

Berikut adalah tanda-tanda tidak pasti adanya kehamilan:

a. Amenorea (terlambat datang bulan).

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus Naegle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

b. Mual dan muntah (Emesis).

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

c. Ngidam.

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

d. Sinkope atau pingsan.

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

e. Payudara tegang.

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

f. Sering miksi.

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada trimester II, gejala ini sudah mulai menghilang.

g. Konstipasi atau obstipasi.

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

h. Pigmentasi kulit.

Keluarnya *melanophore stimulating hormone* hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (striae lividae, striae albican, linea nigra makin hitam) dan sekitar payudara (hiperpigmentasi areola mammae, puting, susu makin menonjol, kelenjar Montgomery menonjol, pembuluh darah manifes sekitar payudara).

i. Epulis.

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.

j. Varises atau penampakan pembuluh darah vena.

Karena 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, betis dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan.

2. Tanda dugaan kehamilan

Berikut adalah tanda-tanda dugaan adanya kehamilan :

- a. Rahim membesar, sesuai dengan usia kehamilan.
- b. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai tanda Hegar, tanda Chadwicks, tanda Piscaseck, kontraksi Braxton
- c. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu

3. Tanda pasti kehamilan

Berikut adalah tanda-tanda pasti adanya kehamilan :

- a. Gerakan janin dalam rahim
- b. Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian bagian janin.
- c. Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop laenec, alat kardiograf, alat doppler dan dapat dilihat dengan ultrasonografi.

2.2.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

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

1. Nutrisi yang adekuat

- a. Kalori, Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Pengetahuan tentang berbagai jenis makanan yang dapat memberikan kecukupan kalori tersebut sebaiknya dapat dijelaskan secara rinci dan bahasa yang dimengerti oleh para ibu hamil dan keluarganya. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya pre eklampsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.
- b. Protein, Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat dapat diperoleh dari tumbuh – tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia dan odema.

- c. Kalsium, Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, yogurt, keju, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu.
- d. Zat besi, Metabolisme zat tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi per minggu cukup adekuat. Zat besi yang diberikan dapat berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.
- e. Asam Folat, Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

2. Perawatan payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika.

Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitif, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai brassiere.

3. Perawatan gigi

Dibutuhkan paling tidak dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan *gingivitis*.

4. Kebersihan tubuh dan pakaian

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

Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari. Ibu tidak dianjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibat anoksia janin, BBLR, prematuritas, kelainan kongenital, dan solusio plasenta.

Menurut (Yulizawati, 2017) kebutuhan dasar ibu hamil adalah:

1. Oksigen

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

Untuk mencegah hal tersebut, maka ibu hamil perlu:

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

2. Nutrisi

Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15 % dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan ibu dan janin. Makanan yang dikonsumsi ibu hamil 40 % digunakan untuk pertumbuhan janin dan sisanya (60 %) digunakan untuk pertumbuhan ibunya. Secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11-13kg. Pada trimester pertama, umumnya ibu hamil mengalami penurunan BB karena nafsu makan turun dan sering timbul muntah. Pada kondisi ini, ibu harus tetap berusaha untuk makan agar janin tumbuh baik. Makan makanan dengan porsi sedikit tapi sering seperti sup, susu, telur, biskuit, buah-buahan segar dan jus.

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

Pada trimester ketiga, nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, makanan yang terlalu manis, terlalu asin, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Hal penting yang harus diperhatikan ibu hamil adalah makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu yang seimbang yaitu menu yang mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung.

a. Sumber tenaga

Ibu hamil membutuhkan tambahan energi sebesar 300 kalori perhari sekitar 15 % lebih banyak dari normalnya yaitu 2500 - 3000 kalori

dalam sehari. Sumber tenaga ini dapat diperoleh dari karbohidrat dan lemak.

b. Sumber pembangun

Sumber zat pembangun dapat diperoleh dari protein. Kebutuhan protein yang dianjurkan sekitar 800gram 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.

Table 2.3 Kebutuhan Makanan Sehari-hari untuk Ibu Hamil

Jenis	Tidak Hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	2500	2500	3000
Protein (gr)	60	85	100
Calsium (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: (Yulizawati, dkk 2017)

3. Personal hygiene

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

a. Cara merawat gigi

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

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

b. Manfaat mandi

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

c. Perawatan rambut

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

d. Payudara

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

e. Perawatan vagina atau vulva

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

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

f. Perawatan kuku

Kuku harus bersih dan pendek.

g. Pakaian

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

h. BH

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

4. Eliminasi

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

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

5. Seksual

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

6. Mobilisasi, Body mekanik

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

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

- a. Gerakan atau goyangan panggul dengan tangan diatas lutut dan sambal duduk di kursi dengan punggung yang lurus atau goyangkan panggul dengan posisi berdiri pada sebuah dinding.

- b. Untuk berdiri yang lama misalnya menyetrika, bekerja di luar rumah yaitu letakkan satu kaki diatas alas yang rendah secara bergantian atau menggunakan sebuah kotak.
- c. Untuk duduk yang lama caranya yaitu duduk yang rendah menampakkan kaki pada lantai lebih disukai dengan lutut lebih tinggi dari pada paha.
- d. Menggunakan body mekanik dimana disini otot-otot kaki yang berperan.
 - 1) Untuk menjangkau objek pada lantai atau dekat lantai yaitu dengan cara membengkokkan kedua lutut punggung harus lurus, kaki terpisah 12 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.

1) 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.

2) Persiapan laktasi

Persiapan menyusui pada masa kehamilan merupakan hal yang penting karena persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya. Untuk itu ibu hamil sebaiknya masuk dalam kelas Bimbingan Persiapan Menyusui (BPM). Pelayanan pada BPM terdiri atas:

a. Penyuluhan

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

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

c. Pelayanan pemeriksaan dan perawatan payudara.

Tujuan pemeriksaan payudara adalah untuk mengetahui lebih dini adanya kelainan, sehingga diharapkan pemeriksaan ini dilakukan pada kunjungan pertama. Untuk menunjang keberhasilan menyusui, maka pada saat kehamilan trimester akhir (mulai usia kehamilan 36-37 minggu) diharapkan rutin melakukan perawatan payudara.

3) 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 memilih tenaga kesehatan terlatih
- b. Bagaimana menghubungi tenaga kesehatan tersebut
- c. Bagaimana transportasi ke tempat persalinan

d. Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut

e. 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 Penanganan Dalam Kehamilan

Gangguan minor pada kehamilan adalah serangkaian gejala yang di alami secara umum yang dikaitkan dengan efek hormonal kehamilan dan akibat pembesaran uterus saat janin tumbuh selama kehamilan. Kondisi umum ini tidak menimbulkan risiko serius pada ibu, tetapi gangguan ini terasa tidak menyenangkan dan dapat mempengaruhi kesenangan ibu terhadap kehamilan secara menyeluruh. 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 di butuhkan (Janet, 2012) .

Menurut (Janet, 2012) keluhan ringan dan penanganan dalam kehamilan adalah:

1. Mual

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

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

Saran kepada wanita harus terdiri atas:

- a. Makan sesuatu sebelum bangun tidur
- b. Sediakan selalu makanan ringan di tempat tidur
- c. Bangun dari tempat tidur secara perlahan
- d. Pertahankan asupan cairan yang baik. Minum cairan dalam jumlah sedikit dengan sering selama siang hari.
- e. Makan dalam porsi sedikit tetapi sering, setiap 2-3 jam selama siang hari.
- f. Beristirahat dipertengahan siang hari.
- g. Makan biskuit tanpa rasa, sepotong kecil buah, roti panggang kering atau yoghurt.
- h. Hindari alkohol, kafein dan makanan pedas atau berlemak.
- i. Jahe, dalam bentuk teh atau tablet untuk mengurangi mual.
- j. Makan sedikit makanan ringan sebelum tidur di malam hari.

Seorang ibu hamil harus di konsultasikan

ke dokter jika:

- a. Wanita muntah > 4x sehari.
- b. Saran diatas tidak bermanfaat.

- c. Wanita mengalami penurunan berat badan.
- d. Wanita tidak mempertahankan konsumsi cairan.
- e. Kemungkinan perlu diresepkan antiemetik.
- f. Wanita mengalami dehidrasi. Masuk ke rumah sakit di anjurkan untuk pemberian makan melalui intravena, koreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan rehidrasi.

2. Konstipasi

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

Konstipasi di sebabkan karena kerja progesteron, yang mengurangi mortalitas sistem pencernaan (juga dikaitkan dengan mual diawal kehamilan). Konstipasi juga disebabkan oleh pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau akibat efek samping dari terapi Fe per oral.

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

Saran terdiri atas:

- a. Makan makanan yang teratur.
- b. Minum ekstra cairan, jus buah, atau teh herbal. Cairan ini harus berjumlah 2 liter/hari, dan jumlahnya lebih besar jika suhu sedang panas.
- c. Makan 5 porsi buah dan sayuran per hari.
- d. makan makanan yang mengandung serat tinggi, seperti roti gandum utuh, sereal, dan buah prem.
- e. Lakukan olahraga ringan, 20-30 menit, 3x/minggu.
- f. Laksafatif ringan, seperti laktulosa 15 ml 2 x 1 dapat diresepkan jika saran di atas tidak meredakan gejala.

3. Indigesti dan nyeri ulu hati

Selama kehamilan, 30-50% wanita mengalami indigesti atau nyeri ulu hati. Ketidaknyamanan disebabkan oleh refluks asam dari lambung

melalui sfingter esophagus akibat efek relaksasi progesteron. Pada kehamilan lanjut, uterus yang membesar menggeser lambung, meningkatkan tekanan intragastrik, yang membuat refluks asam lebih cenderung terjadi saat ibu berbaring datar.

Saran mencakup:

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

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

Varises dapat terjadi disetiap kelompok usia, tetapi wanita hamil terutama rentan jika merasa memiliki riwayat keluarga menderita varises, jika mereka mengandung anak kembar, atau jika mereka harus duduk atau berdiri dalam periode waktu yang lama.

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

Tanda gejala:

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

- d. Vulva dapat membengkak dan terasa sangat nyeri
- e. Ketidaknyamanan dan rasa gatal di sekitar anus dan saat usus besar membuka.

Saran:

- a. Hindari konstipasi dan mengejan di toilet.
 - b. Konsumsi asupan serat yang adekuat misalnya buah dan juga cairan.
 - c. Hindari berdiri untuk periode waktu yang lama.
 - d. Gunakan celana panjang ketat sebagai pendukung yang memiliki beberapa tingkatan untuk membantu aliran vena.
 - e. Jangan duduk dengan menyilangkan kaki.
 - f. Lakukan olahraga ringan, seperti berjalan untuk membantu sirkulasi.
 - g. Gunakan kompres es didaerah vulva untuk mengurangi pembengkakan
 - h. Krim hemoroid dengan merk tertentu dapat di gunakan secara aman dalam kehamilan.
 - i. Ketahui bahwa suplemen zat besi dapat menyebabkan konstipasi pada beberapa wanita dan sediaan cair dapat lebih dipilih dalam kondisi ini.
5. Nyeri punggung

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

- a. Selama kehamilan, ligament menjadi lebih lunak dalam pengaruh relaksin dan meregang untuk mempersiapkan tubuh untuk persalinan.
- b. Hal tersebut terutama di fokuskan pada sendi panggul dan ligament yang menjadi lebih fleksibel untuk mengakomodasi bayi saat kelahiran
- c. Efek dapat menempatkan ketegangan pada sendi panggul dan punggung bawah, yang dapat menyebabkan nyeri punggung.
- d. Saat bayi tumbuh, lengkung di spina lumbalis dapat meningkat karena abdomen di dorong ke depan dan ini juga dapat menyebabkan nyeri punggung.

Saran berikut dapat diberikan kepada wanita untuk meredakan nyeri punggung:

- a. Hindari mengangkat benda berat dan gunakan teknik mengangkat barang yang baik, yaitu menekuk lutut dan mempertahankan punggung tetap lurus saat mengangkat, atau mengambil sesuatu dari lantai. Wanita harus hati-hati saat mengangkat anak yang berat.
 - b. Berat benda yang berat harus di pegang di dekat tubuh.
 - c. Setiap permukaan kerja yang digunakan harus cukup tinggi untuk mencegah tubuh tidak bungkuk.
 - d. Saat membawa beban berat seperti barang belanjaan, berat badan harus diseimbangkan dengan sama di kedua sisi tubuh.
 - e. Wanita dapat ditunjukkan cara bagaimana duduk dan berdiri dengan tulang belakang berada dalam posisi netral sehingga postur tubuh yang baik dapat dipertahankan.
 - f. Kasur yang keras dapat memberikan topangan yang lebih baik selama tidur, penggunaan papan dapat membuat kasur yang empuk menjadi lebih menopang.
 - g. Istirahat sebanyak mungkin saat kehamilan mengalami kemajuan. Jika nyeri punggung sangat nyeri dan melelahkan, wanita dapat di rujuk ke fisioterapi obstetrik untuk meminta saran tentang topangan lumbal dan latihan fisik yang bermanfaat.
6. Sering berkemih
- Sebagian besar wanita mengalami sering berkemih di awal kehamilan. Desakan untuk mengosongkan kandung kemih, bahkan dalam jumlah urine yang sedikit, selama siang dan malam hari di sebabkan oleh tekanan dari uterus yang membesar pada kandung kemih.
- a. Yakinkan wanita bahwa ini normal karena produksi urine di ginjal meningkat selama hamil
 - b. Gejala ini secara umum membaik pada minggu ke-14 saat pertumbuhan uterus keluar dari panggul
 - c. Sarankan mereka untuk tidak meminum cairan dalam jumlah besar sebelum pergi tidur.

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

Semua wanita hamil perlu di ajarkan cara melakukan latihan dasar panggul secara benar, karena tonus dasar panggul yang membaik sebelum kelahiran dapat memengaruhi kembalinya fungsi dasar panggul yang baik setelah kelahiran.

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

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

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum.

Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa. Perdarahan pada kehamilan muda dengan uji kehamilan yang tidak jelas, pembesaran uterus yang tidak sesuai (lebih kecil) dari usia kehamilan, dan adanya massa biasanya disebabkan oleh kehamilan ektopik.

Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu. Plasenta yang tebal yang menutupi seluruh jalan lahir dapat menimbulkan perdarahan hebat tanpa didahului oleh perdarahan bercak atau berulang sebelumnya. Plasenta previa menjadi penyebab dari 25% kasus perdarahan antepartum. Bila mendekati saat persalinan, perdarahan dapat disebabkan oleh solusio plasenta (40%) atau vasa previa (5%) dari keseluruhan kasus perdarahan antepartum.

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

3. Nyeri Hebat di Daerah Abdomino pelvikum

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.

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

1. Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
2. Disuria.
3. Menggigil atau demam.
4. Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
5. Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2018), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:

1. Muntah terus dan tidak mau makan.
2. Demam tinggi.
3. Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
4. Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
5. Perdarahan pada hamil muda dan hamil tua.
6. Air ketuban keluar sebelum waktunya.
7. Demam, menggigil dan berkeringat. Bila ibu berada di daerah endemis malaria, menunjukkan adanya gejala penyakit malaria.
8. Terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan.
9. Batuk lama (lebih dari 2 minggu).
10. Jantung berdebar-debar atau nyeri dada.
11. Diare berulang.
12. Sulit tidur dan cemas berlebihan

Menurut (Yulizawati, 2017) tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:

1. Muntah berlebihan.
2. Pusing.
3. Sakit kepala yang hebat.
4. Perdarahan.
5. Sakit perut hebat.
6. Demam tinggi.
7. Batuk lama
8. Jantung berdebar-debar
9. Cepat lelah
10. Sesak napas atau sukar napas
11. Keputihan berbau
12. Gerakan janin kurang aktif
13. Perilaku berubah selama hamil, seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi, dsb.

2.2.9 Standart Pelayanan Kehamilan (10T)

Menurut (Izzatul, Ayu, 2019) Standar Pelayanan Minimal Asuhan

Kehamilan termasuk dalam "14T" meliputi:

1. Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1).

Penimbangan beart badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukna adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *CPD (Cephalo Pelvic Disporpotion)*

2. Ukur Tekanan Darah (T2).

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah > 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

3. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3).

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

Table 2.3 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12 minggu	3 jari di atas simfisis
16 minggu	Pertengahan pusat-simfisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas 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: (Kemenkes 2016)

4. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan (T4)
Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.
5. Skirining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan. Pemberian Imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) (T5)
Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskirining status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasai T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.
Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut.

Table 2.5 Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup

Sumber: (kemenkes, 2016)

6. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan hb pada saat hamil dianjurkan minimal 2 kali diantaranya saat trimester pertama dan trimester ketiga.

Tujuan pemeriksaan hb pada saat hamil diantaranya untuk mengetahui kadar sel darah merah pada ibu hamil. Kadar hb normal pada saat hamil 11 gr % dan apabila hb > 11 gr % maka ibu hamil tersebut mengalami anemia.

Penyebab anemia pada saat hamil dapat terjadi karena meningkatnya kebutuhan zat besi untuk pertumbuhan janin, kurangnya asupan zat besi (Fe) pada wanita akibat persalinan sebelumnya dan menstruasi, kurang konsumsi makanan sumber zat besi, menderita penyakit infeksi (kecacangan, malaria) dan tidak mengonsumsi tablet besi (Fe) sesuai anjuran.

7. Pemeriksaan VDRL (T7)

Pemeriksaan marker infeksi VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) dan TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay) untuk mendeteksi adanya penyakit Sifilis. VDRL adalah skrining untuk penyakit Sifilis sedangkan TPHA adalah pemeriksaan lanjutan untuk konfirmasi penyakit Sifilis. Penyakit ini dapat ditularkan pada janin yang dikandung dan menyebabkan saat Si Kecil lahir atau beberapa setelahnya mengalami gejala pembesaran hati dan limpa, penyakit kuning, anemia, lesi kulit, pembesaran kelenjar getah bening serta gangguan sistem saraf.

8. Periksa payudara, senam payudara, dan pijat tekan payudara (T8)

9. Pemeliharaan tingkat kebugaran atau senam ibu hamil (T9)

10. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (T10)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

- a. Kesehatan ibu
- b. Perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Peran suami/ keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e. Asupan gizi seimbang
- f. Gejala penyakit menular dan tidak menular.
- g. Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemis meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemis rendah.

- h. Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif.
 - i. KB pasca bersalin
 - j. Imunisasi
 - k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)
11. Pemeriksaan protein urine atas indikasi (T11)
 12. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi (T12)
 13. Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok (T13)
 14. Pemberian terapi anti-malaria untuk daerah endemis malaria (T14)

2.2.10 P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

P4K Merupakan kegiatan yang difasilitasi oleh bidan untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin, nifas, termasuk perencanaan menggunakan metode Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan dengan menggunakan stiker P4K sebagai media pencatatan sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2016).

1. Taksiran persalinan sangat penting karena merupakan penentu usia kehamilan, dengan mengetahui usia janin yang akurat dapat membantu asuhan prenatal, kelahiran dan posnatal.
2. Penolong persalinan, ibu, suami, keluarga sejak awal kehamilan sudah menentukan untuk persalinan ditolong oleh petugas kesehatan. Ibu atau keluarga dapat memilih tenaga kesehatan terlatih sesuai dengan kepercayaan ibu tersebut.
3. Tempat persalinan, ibu, suami, keluarga sejak awal kehamilan sudah merencanakan tempat persalinan untuk ibu difasilitas kesehatan. Ibu dapat memilih tempat persalinannya di Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik bersalin, Bidan Praktek Swasta atau di rumahnya sendiri asalkan tepatnya dapat memenuhi syarat.

4. Pendamping persalinan, keluarga atau kerabat dekat ibu dapat ikut mendampingi ibu saat bersalin. Hal ini bertujuan agar keluarga dapat memberi dukungan moril pada ibu saat bersalin.
5. Calon pendonor, upaya tenaga kesehatan, keluarga dan masyarakat untuk membantu ibu hamil dalam mengantisipasi terjadinya komplikasi (perdarahan) pada saat persalinan. Sehingga ibu hamil sudah mempunyai calon pendonor darah sesuai dengan golongan darah ibu, untuk mencegah terjadinya komplikasi pada kehamilan maupun persalinan.
6. Transportasi/ambulan desa, mengupayakan dan mempersiapkan transportasi jika sewaktu – waktu diperlukan. Serta pada saat adanya rujukan pada ibu harus mendapatkan pelayanan tepat, cepat bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas.
7. Biaya untuk persalinan (Tabulin), Suami diharapkan dapat menyiapkan dana untuk persalinan ibu kelak. Biaya persalinan ini dapat pula berupa tabulin (tabungan ibu bersalin) atau dasolin (dana sosial ibu bersalin) yang dapat dipergunakan untuk membantu pembiayaan (Kemenkes RI, 2016).

Gambar 2.4 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

Sumber: (Kemenkes RI, dalam buku KIA 2018)

2.2.11 ANC Terpadu

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 97 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal.

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

Menurut (Permenkes RI, 2014) Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui :

1. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas
2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
6. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

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

1. 1x pada trimester I, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu

2. 1x pada trimester II, yaitu selama umur kehamilan 14–28 minggu
3. 2x pada trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28–36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu.

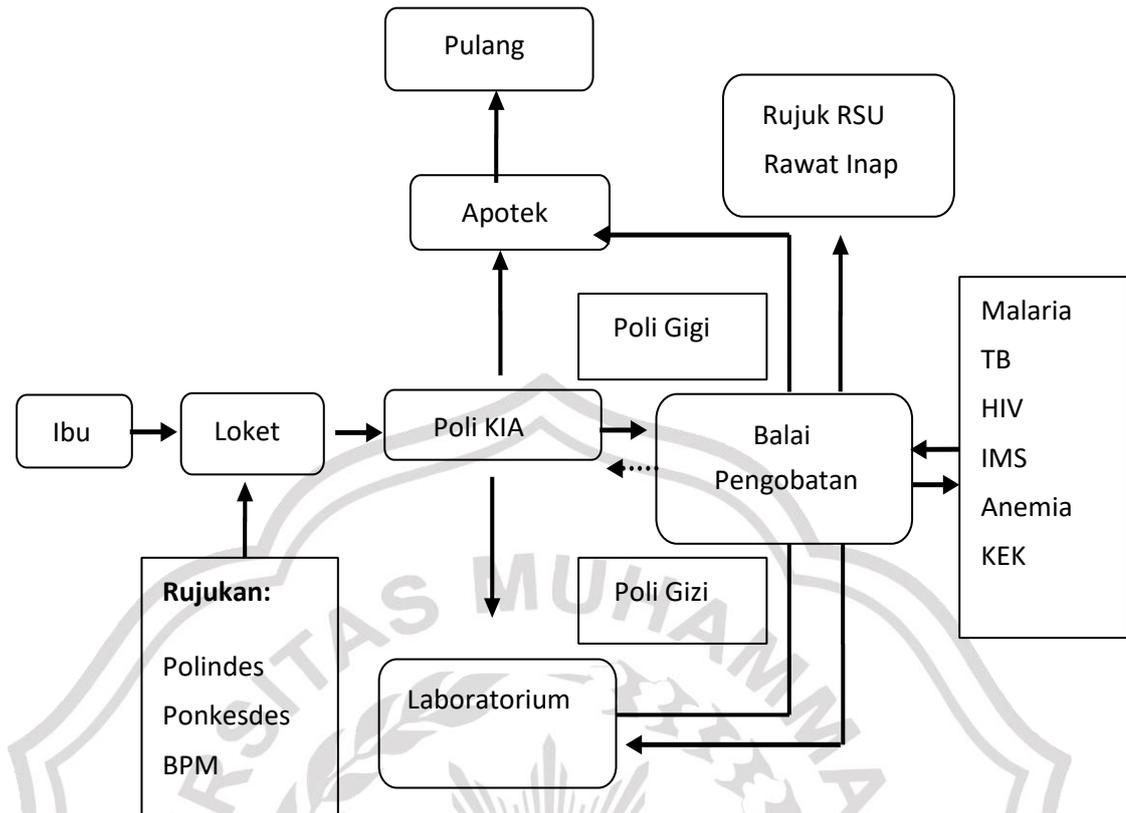
Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi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

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan.

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 .

Menurut (Permenkes RI, 2014) Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu:

- a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG)
- b. Kontak dengan dokter gigi.
- c. Kontak dengan dokter umum.
- d. Kontak dengan dokter paru-paru.
- e. Kontak dengan ahli gizi
- f. Kerangka Konseptual Pelayanan ANC Terpadu Di Puskesmas



Gambar 2.5 Kerangka Konseptual Pelayanan Antenatal Terpadu Di Puskesmas

g. Deteksi Dini Kehamilan

- a Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) Cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko menggunakan skor Poedji Rochjati. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi, tentang usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil. Serta perencanaan persalinan di sajikan pada gambar berikut

Gambar 2.6 KSPR

**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				
			SKOR	Tribulan			
	KEL. F.R.	Masalah / Faktor Risiko		I	II	III	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogo	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pemah 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		
2	KPR	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

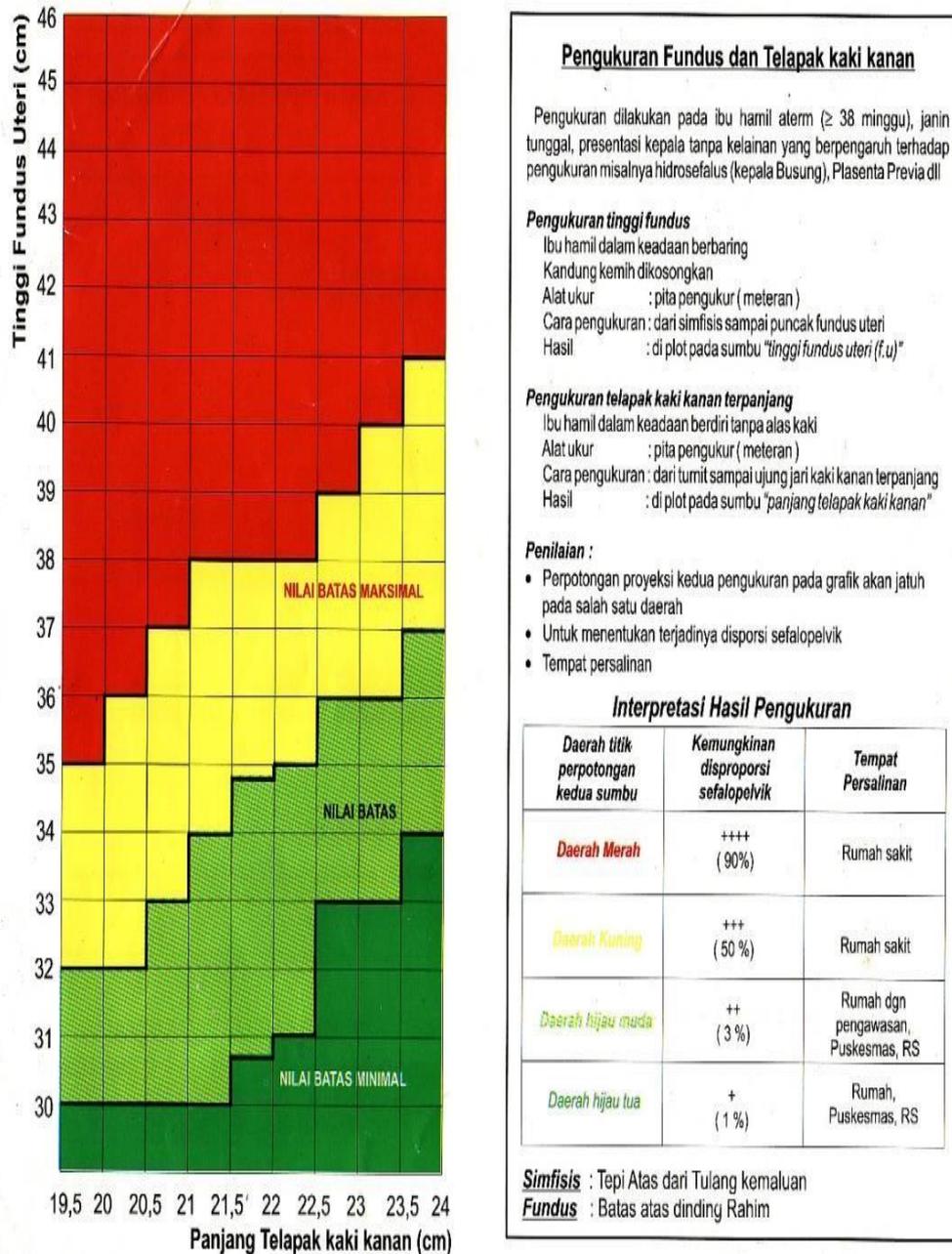
Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Sumber: Poedji Rochjati, dalam buku KIA 2018

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

Pengukuran dengan teori Soedarto ini di lakukan untuk mendeteksi adanya cephalo pelvic disproportion.

Gambar 2.7 Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan



Sumber: Soerdarto dalam dinkes jatim 2016

h. Skrining Pre Eklampsia (PEDANG)

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

Gambar 2.8 Pengukuran ROT dan MAP

**TEST SECARA DINI
UNTUK MENDIAGNOSA PRE EKLAMPSIA**

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

1. ROT : ROL OVER TEST

Caraanya :

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

2. MAP : MEAN ARTERIAL PREASURE

Caraanya :

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

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

Cara / Rumusnya :

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

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.

Sumber: Dinkes di BPM Ni Made Warti Agung, SST

2.3 Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi

belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2016) .

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

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran janin, plasenta dan ketuban melalui jalan lahir. Kala I persalinan berlangsung sejak pertama kontraksi uteri secara teratur sampai dilatasi serviks secara lengkap (Janet, 2012).

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010).

2.3.2 Tanda Gejala Persalinan

Menurut (Mochatar, 2015), tanda-tanda inpartu adalah:

1. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
2. Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan robekan kecil pada serviks.
3. Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

Menurut (JNPK-KR, 2017) tanda dan gejala inpartu adalah sebagai berikut:

1. Penipisan dan pembukaan serviks.
2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
3. Cairan lendir bercampur darah (“show”) melalui vagina.
4. Pecahnya air ketuban.

2.3.3 Deteksi Dini Masa Persalinan

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Langkah dan tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberi manfaat

dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan lancar sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilanjutkan (Maryunani, 2015).

1. Penapisan

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

Table 2.6 Indikasi untuk Tindakan atau Rujukan Segera Pada Kala I

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Riwayat Bedah sesar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan Semangat
Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show)	<p>Jangan lakukan priksa dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan Ibu ke sisi kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan.
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan neonatal. 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukngan dan semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan Ibu miring kiri 2. Dengarkan Denyut jantung janin (DJJ) 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir Delee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untukantisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan.

<p>Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.</p>	<p>1. Dengarkan DJJ, Jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai</p>
<p>Ketubah pecah (lebih dari 24 jam) atau Ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi <37 minggu</p>	<p>1. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetric 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat</p>
<p>Tanda-tanda atau gejala infeksi : 1. Temperatur > 38 °C 2. Menggigil 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan ketuban berbau</p>	<p>1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke RS rujukan</p>
<p>Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan</p>	<p>Rencana untuk asuhan atau perawatan</p>
	<p>4. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat</p>
<p>Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin (pre eklamsia berat</p>	<p>1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ atau 40% IV (5-8 menit) 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat</p>
<p>Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomnia, polihidramniosisi, kehamilan ganda)</p>	<p>1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat <i>Alasan: polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir.</i></p>

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

<p>Tanda dan gejala fase laten memanjang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam 2. Kontraksi > 2 dalam 10 menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
<p>Tanda dan gejala belum inpartu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontraksi < 2 kali dalam 10 menit dan lamanya < 20 detik 2. Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan 2. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas 3. Anjuran ibu pulang jika kontraksi hilang dan dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar: <ol style="list-style-type: none"> a. Cukup makan dan minum b. Kembali jika frekuensi dan lam kontraksi meningkat
<p>Tanda dan gejala partus lama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Garis melewati garis waspada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat

Sumber:(JNPKR,2017)

Table 2.7 Indikasi untuk Tindakan Dan Rujukan Pada Kala II

penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atas perawatan
<p>Nadi Tekanan Darah Pernapasan Kondisi keseluruhan Urine</p>	<p>Tanda dan gejala syok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nadi cepat, isi kurang (100x/menit atau lebih) • Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg) • Pucat pasi • Berkeringat atau dingin, kulit lembab • Nafas cepat (>30x/menit) • Cemas, bingung atau tidak sadar <ul style="list-style-type: none"> • Produksi urin sedikit (<30 cc/jam) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 2. Naikkan kedua kaki untuk meningkatkan aliran darah jantung 3. Pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS infuskan satu L dalam 15-20 menit: jika mungkin infuskan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian 125/jam 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atas Perawatan
Nadi Urine	Tanda atau gejala dehidrasi: <ul style="list-style-type: none"> • Nadi cepat (100x/menit atau lebih) • Urin pekat • Produksi urin(>30cc/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 1 jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 4. Dampingi ibu ketempat rujukan
<ol style="list-style-type: none"> 2. tasi menyimpang ke kanan dari garis waspada. 3. Dilatasi <1 cm per jam. 4. Kontrakmsi < 2 kali dalam 10 menit dan lamanya <40 detik. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. obstetri. 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat. 	
Nadi Suhu Cairan Vagina Kondisi Secara Umum	Tanda atau gejala infeksi: <ul style="list-style-type: none"> • Nadi cepat (110x/menit atau lebih) • Suhu lebih >38°C • Menggigil • Air ketuban atau cairan vagina yang berbau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan

Tekanan Darah Urine Keluhan subyektif Kesadaran Kejang	Tanda atau gejala preeklamsi: <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah diastolic 90-110 mmHg • Protein urinaria 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. 3. Bila gejala bertambah berat maka tatalaksana sebagai preeklamsi berat.
	Tanda atau gejala preeklamsi berat atau eklamsi:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri. 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum diameter

penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atas perawatan
	<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 (eklamsi) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 4. Berikan dosis awal 4 G MgSO4 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit. Berikan dosis pemeliharaan MgSO4 40%, 1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK Dampingi ibu ke tempat rujukan
Kontraksi	Tanda-tanda inersia uteri: <ul style="list-style-type: none"> • Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 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 >6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT) 4. Stimulasi puting susu. 5. Kosongkan kandung kemihnya. 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. 7. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

	<p>Tanda gawat janin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit, mulai waspada tanda awal gawat janin. • DJJ kurang dari 100 atau lebih 180 x/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri, anjurkan ibu untuk 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 dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. b. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan Penatalaksanaan gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir c. Dampingi ibu ke tempat rujukan
--	---	--

penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atas perawatan
Penurunan Kepala Bayi	Kepala bayi tidak turun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minta ibu meneran jongkok/berdiri. 2. Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi memadai maka rujuk pasien ke fasilitas rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan
Lahirnya Bahu	<p>Tanda-tanda distosia bahu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar. • Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina (kepala'kurakura') • Bahu bayi tidak dapat lahir 	<p>Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prasad Mc Robert 2. Prolong Mc Robert (menungging) 3. Anterior dysimpact 4. Perasat Corkscrew dari Wood Perasat Schwartz-Dixon

<p>Cairan Ketuban</p>	<p>Tanda-tanda cairan ketuban bercampur meconium:</p> <p>a. Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung meconium)</p> <p>b. Indikasi episiotomi</p>	<p>1. Nilai DJJ:</p> <p>a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.</p> <p>b. Jika DJJ tidak normal, tangani sebagai gawat janin (lihat diatas).</p> <p>2. Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisap lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee DTT/steril) atau bola karet (penghisap (baru dan bersih). Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penilaian.</p>
<p>Tali Pusat</p>	<p>Tanda-tanda tali pusat menumbung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam 	<p>1. Nilai DJJ, jika ada:</p> <p>a. Segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan.</p> <p>b. Didampingi ibu ketempat rujukan.</p> <p>c. Posisikan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur/brancrat atau isi kandung kemih dengan larutan NS 0,9/air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan tinggikan bokong sambil ibu miring kekiri agar kepala bayi agar tidak menekan tali pusat dan tangan lain diabdomen untuk menahan bayi pada posisinya (keluarga dapat membantu melakukannya).</p> <p>2. Jika DJJ tidak ada:</p> <p>a. Beritaukan ibu dan keluarganya.</p> <p>b. Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman</p>

<p>Untuk Kehamilan Kembar tak terdeteksi</p>	<p>Tanda-tanda lilitan tali pusat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tali pusat melilit leher bayi <p>Kehamilan Kembar tak terdeteksi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi. 2. Jika tali pusat melilit erat dileher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem didua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera 1. Nilai DJJ. 2. Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama. 3. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring kekiri. 4. Segera rujuk ibu ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
---	---	---

Sumber: (JNPK-KR 2017)

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

Penilaian	Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan	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 bayi dilahirkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika tampak plasenta, lakukan penegangan plasenta terkendali dan tekanan dorso kranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta dapat dilahirkan. 2. Setelah plasenta: lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta (dijelaskan di awal bab ini).

		<p style="text-align: center;">ATAU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan periksa dalam jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso kranial pada uterus. Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS <ul style="list-style-type: none"> • Segera rujuk ke RS PONEK • Dampingi ibu ke tempat rujukan 2. Jika retensio plasenta diikuti dengan perdarahan hebat, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), guyur RL atau NS dan 20 unit oksitosin 30 tetes permenit <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan • Bila syarat untuk plasenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK. • Dampingi ibu ke tempat rujukan <p>Tawarkan bantuan walaupun ibu ditangani oleh RS rujukan</p>
Plasenta Tali Pusat	<p>Tanda atau gejala avulsi (putus):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Tali pusat putus ✦ Plasenta tidak lahir 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai kontraksi melalui palpasi uterus 2. Minta ibu meneran jika ibu ada kontraksi 3. Lahirkan plasenta dengan PTT dan tekanan dorso kranial 4. Lakukan masase setelah plasenta lahir 5. Jika setelah 30 menit bayi lahir dan MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta

Penilaian	Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan	Rencana Asuhan atau Perawatan
Plasenta Perdarahan Per Vagina m	Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan: <ul style="list-style-type: none"> • Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali • Selaput ketuban tidak lengkap • Perdarahan pasca persalinan • Uterus berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan periksa dalam, keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan masase uterus 3. Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa danya separasi parsial atau robekan jalan lahir.
Perdarahan Pasca Persalinan	Tanda atau gejala atonia uteri: <ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan pasca persalinan • Uterus lembek dan tidak berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri
Perdarahan Pasca Persalinan Vagina, perineum, serviks	Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau serviks : <ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan pasca persalinan • Plasenta lengkap • Uterus berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2 lakukan penjahitan 3. 2. Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks: <ul style="list-style-type: none"> • Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS. • Segera rujuk ibu ke RS PONEK • Dampingi ibun ke tempat rujukan.
Nadi Tekanan Darah Pernafasan Keadaan Umum Urine	Tanda atau gejala syok: <ul style="list-style-type: none"> • Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit) • Sistolik kurang dari 90 mmHg • Pucat • Keringat dingin, kulit lembab • Nafas cepat lebih dari 30x/menit • Delirium atau tidak sadar • Produksi urine kurang dari 20 cc/jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring kiri 2. Naikkan kedua tungkai (posisi syok) 3. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS infuskan 1 L dan 15 sampai 20 menit lanjutkan hingga 2 L kemudian 500 cc per jam 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan

penilaian	Rencana Asuhan atau Perawatan	Rencana Asuhan atau Perawatan
Nadi Urine Suhu Tubuh	Tanda atau gejala dehidrasi: <ul style="list-style-type: none"> Nadi lebih dari 100x/ menit Temperatur lebih dari 38°C Urine pekat Produksi urine sedikit (20 cc/jam) 	<ol style="list-style-type: none"> Anjurkan ibu untuk minum Nilai kondisi setiap 15 menit (jam pertama) dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca persalinan Jika dalam jam pertama kondisi tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL atau NS 500 cc/jam Jika temperatur ibu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi Segera rujuk ke RS PONEK Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Nadi Suhu Lochea Kesehatan Secara Umum	Tanda atau gejala infeksi : <ul style="list-style-type: none"> Nadi lebih dari 100x/menit Temperatur tubuh lebih dari 38°C Keringat dingin Lochea berbau 	<ol style="list-style-type: none"> Baringkan miring ke kiri Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS 500 cc/jam Berikan ampicilin atau amoxicilin 2 G/ oral Segera rujuk ke RS PONEK Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tekanan Darah Urine	Tanda atau gejala preeklamsia ringan: <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg Protenuria 	<ol style="list-style-type: none"> Nilai TD setiap 15 menit (pada saat beristirahat diantara kontraksi dan meneran). Jika diastolik > 110 mmHg, pasang infus, berikan RL/NS 100 cc/jam Baringkan miring ke kiri MgSO₄ 4 G dilanjutkan 1 G per jam dan nefidipin 10 mg Rujuk ke RS PONEK
Tekanan Darah	Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia: <ul style="list-style-type: none"> Sistolik > 160 mmHG Diastolik 110 mmHG Kejang 	<ol style="list-style-type: none"> Baringkan miring ke kiri Pasang infus dan berikan RL/NS 100 cc/jam 20 cc MgSO₄ 20 % IV 8-10 menit dan lanjutkan dengan MgSO₄ 1 g/jam melalui infus Segera rujuk ke RS PONEK

Tonus Uteri Tinggi Fundus	Tanda dan gejala kandung kemih penuh: <ul style="list-style-type: none"> • Teraba bantalan air suprasymphisis • Tinggi fundus diatas pusat • Uterus terdorong kekanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kosongkan kandung kemih <ul style="list-style-type: none"> • Masagge uterus hingga berkontraksi baik 2. Jika tidak dapat berkemih, kateterisasi dengan teknik aseptik <ul style="list-style-type: none"> • Kemudian dengan massage uterus hingga berkontraksi baik 3. Jika ibu mengalami perdarahan, periksa penyebabnya.
---------------------------	--	--

Sumber (JNPK-KR 2017)

Gambar 2.9 Penapisan

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

Sumber: (JNPK-KR 2017)

2. Observasi

Gambar 2.10 Halaman Depan Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Rokam medis No. :

N a m a :

U m u r : Th

BB, MKB : Kg

MASUK KAMAR BERSALIN Tgl : Jam :

A. ANAMNESE

1. His Mulai : Tgl Jam :

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

3. Keluar Lendir : Tidak/Ya

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

5. Keluhan lain :

B. KEADAAN UMUM

1. Tensi : mm/Hg

2. Suhu / Nadi : C/X/menit

3. Oedema : /

4. Laborat : Hbgr%

- Protein urine : negatife / positif ()

5. Lain-lain :

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

1. Palpasi : TPUCm

- Letak : Kep/Su/Li

2. Djj : X/menit

3. His dalam "10" :X lamadetik

4. VT. Jam : hasil

:

5. Analisa / diagnosa :

6. Therapi :

7. Kamar bersalin : VK 1 / VK 2

8. Pemeriksa :

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

Gambar 2.11 Halaman Belakang Observasi

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

Sumber: (JNPK-KR 2017)

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

Menurut (JNPK-KR, 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 4 cm.
 - 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
 - b. Fase Aktif
 - 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
 - 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2 cm (multipara).
 - 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
2. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm), dilanjutkan dengan upaya mendorong bayi keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah:
 - a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
 - e. Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.

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

3. Kala III

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

a. Tanda-tanda lepasnya plasenta

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

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

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

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

4. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah:

- a. Tingkatkan kesadaran
- b. Pemeriksaan tanda – tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan, tali pusat, kontraksi uterus, Perdarahan dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc. Rata-rata perdarahan normal adalah 250 cc
- c. Pengkajian dan penjahitan setiap laserasi atau episiotomi.

2.3.5 Patograf

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

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
3. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

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

1. Mencatat kemajuan persalinan.
2. Mencatat kondisi ibu dan janin.
3. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
4. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
5. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dengan tepat waktu.

Partograf harus digunakan:

1. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
2. Selama persalinan dan kelahiran bayi disemua tempat (rumah, puskesmas, polindes, pos kesehatan, rumah sakit, dll).
3. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu

Gambar 2.13 Halaman Belakang Patograf

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal :
- Nama bidan :
- Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / T
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

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

KALA III

- Lama kala III :menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
 Tidak
- 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 :

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

BAYI BARU LAHIR :

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

2.3.6 Mekanisme Persalinan

Menurut (Mochatar, 2015) Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, segmen bawah rahim meluas untuk menerima kepala janin terutama pada primi dan juga pada multi pada saat-saat partus mulai. Untunglah, bahwa hampir 90% janin adalah letak kepala. Pada letak belakang kepala (LBK) dijumpai pula:

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

Kenapa lebih banyak letak kepala, dikemukakan 2 teori :

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

Selanjutnya, turunya kepala janin adalah seperti skema dibawah ini
Table 2.9 Mekanisme Turunnya Kepala janin

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

Sumber: Mochtar

2.3.7 Perubahan Fisik Dan Psikologi Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2016), perubahan fisik persalinan adalah:

1. Uterus

Selama persalinan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal

ketika persalinan berlangsung. Bagian bawah relatif lebih pasif di banding dengan segmen atas, dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis.

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

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

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

2. Serviks

Tenaga yang efektif pada kala satu persalinan adalah kontraksi uterus, yang selanjutnya akan menghasilkan tekanan hidrostatis ke seluruh selaput ketuban terhadap serviks dan segmen bawah uterus. Bila selaput ketuban sudah pecah, bagian terbawah janin di paksa langsung mendesak serviks dan segmen bawah uterus.

Sebagai akibat kegiatan kegiatan daya dorong ini, terjadi dua perubahan mendasar yaitu pendataran dan dilatasi pada serviks. Untuk

lewatnya rata-rata kepala janin aterm melalui serviks harus di lebarkan sampai berdiameter sekitar 10 cm, pada saat ini serviks di katakan telah membuka lengkap.

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

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

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

3. Vagina dan dasar panggul

Jalan lahir di sokong dan secara fungsional di tutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah muskulus levator ani dan fascia 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.

2.3.8 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Menurut (Syaifuddin, 2014) Kebutuhan Ibu masa persalinan adalah:

1. Mobilisasi

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan. Memberitahukan pada ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit.

2. Pemberian Cairan dan Nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengkonsumsi cairan saja. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan.

3. Personal Hygiene

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin, Anjurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi atau lakukan kateterisasi.

WHO dan Asosiasi Rumah Sakit Internasional menganjurkan untuk tidak menyatukan ruang bersalin dengan kamar mandi atau toilet karena tingginya frekuensi penggunaan, lalu lintas antar ruang, potensi cemaran mikroorganisme, percikan air atau lantai yang basah akan meningkatkan

risiko infeksi nosokomial terhadap ibu, bayi baru lahir dan penolong sendiri.

2.3.9 Tanda Bahaya Persalinan

Menurut (Rosyati, 2017) tanda bahaya persalinan yaitu:

1. Tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg dengan sedikitnya satu tanda lain atau gejala preeklamsia
2. Temperatur lebih dari 38°C, nadi lebih dari 100 x/menit dan DJJ kurang dari 120 x/menit atau lebih dari 160 x/menit.
3. Kontraksi kurang dari 3 kali dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 40 detik, lemah saat di palpasi.
4. Patograf melewati garis waspada pada fase aktif
5. Cairan amniotic bercampur meconium, darah dan bau.

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

1. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I

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

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

- j. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
 - k. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).
 - l. Presentasi ganda (majemuk).
 - m. Tali pusat 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 kala II
- Tanda bahaya dan komplikasi menurut Syaifuddin (2014), adalah :
- a. Syok (Nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat pasi, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
 - b. Dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam).
 - c. Infeksi (Nadi cepat 110x/menit atau lebih, temperatur suhu $> 38^{\circ} \text{C}$, menggigil, cairan ketuban berbau).
 - d. Pre-eklampsia ringan (Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria hingga 2+).
 - e. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (Tekanan darah sistolic 110 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan kejang).
 - f. Inersia uteri (kontraksi kurang dari 3x dalam waktu 10 menit lamanya kurang dari 40 detik).
 - g. Gawat janin (djj kurang dari 120x/menit dan lebih dari 160x/menit).

- h. Distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putak paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina, bahu bayi tidak lahir).
 - i. Cairan ketuban bercampur mekonium ditandai dengan warna ketuban hijau.
 - j. Tali pusat menumbung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam).
 - k. Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).
3. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV
- Tanda bahaya dan komplikasi kala III dan IV menurut Syaifuddin (2014), adalah:
- a. Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir).
 - b. Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir).
 - c. Bagian plasenta tertahan (bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang, bagian selaput ketuban hilang/robek, perdarahan pasca persalinan, uterus berkontraksi).
 - d. Atonia uteri (uterus lembek tidak berkontraksi dalam waktu 5 detik setelah massage uterus, perdarahan pasca persalinan).
 - e. Robekan vagina, perineum atau serviks (perdarahan pasca persalinan, plasenta lengkap, uterus berkontraksi).
 - f. Syok (nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
 - g. Dehidrasi (meningkatnya nadi lebih dari 100x/menit, temperature tubuh diatas 38°C, urine pekat, produksi urine sedikit 30ml/jam).
 - h. Infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperatur suhu > 38°C, kedinginan, cairan vagina yang berbau busuk).
 - i. Pre-eklampsia ringan (tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria).
 - j. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih, tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang).

- k. Kandung kemih penuh (bagian bawah uterus sulit di palpasi, TFU diatas pusat, uterus terdorong/condong kesatu sisi).

2.3.10 Standar Asuhan Persalinan

Menurut (Kemenkes RI, 2016) meliputi 24 standar, terdapat 4 standar dalam standar pertolongan persalinan yang harus ditaati seorang bidan, yaitu :

1. Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I.

Pernyataan standar : Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai dengan memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.

2. Standar 10 : Persalinan Kala II Yang Aman

Pernyataan standar : Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

3. Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

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

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

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

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

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

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Wahyuni, 2018).

2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

Menurut (Wahyuni, 2018) 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.

Table 2.10 Perubahan Uterus Masa Nifas

	Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat		1000 gr
Uri Lahir	2 jari bawah pusat		750 gr
1 Minggu	Pertengahan pusat simpysis		500 gr
2 Minggu	Tidak teraba diatas simpisis		350 gr
6 Minggu	Normal		50 gr
8 Minggu	Normal sam seperti sebelum hamil		30 gr

Sumber: (Wahyuni, 2018)

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 antimulas.

5. Lokhea

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

- a. Lokhea rubra (*cruenta*) berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pascapersalinan.

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

6. Serviks

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

7. Ligamen-ligamen

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

2.4.3 Perubahan psikologi

Menurut (Wahyuni, 2018) Perubahan Psikologi Ibu Nifas antar lain:

1. Fase *Taking In*

- a. Periode ketergantungan atau fase dependens
- b. Periode yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan Dimana ibu baru biasanya bersifat pasif dan bergantung, energi difokuskan pada perhatian ke tubuhnya atau dirinya.
- c. Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkan segala kebutuhanya terpenuhi oleh orang lain.
- d. Ibu akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkan
- e. Menunjukkan kebahagiaan yang sangat dan bercerita tentang pengalamanb melahirkan.

- f. Tidur yang tidak terganggu adalah penting jika ibu ingin menghindari efek gangguan kurang tidur, yang meliputi letih, iritabilitas dan gangguan dalam proses pemulihan yang normal.
- g. Beberapa hari setelah melahirkan akan menanggihkan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya
- h. Nutrisi tambahan mungkin diperlukan karena sekera makan ibu biasanya meningkat.
- i. Selera makan yang buruk merupakan tanda bahwa proses pemulihan tidak berjalan normal.

2. Fase *Taking Hold*

- a. Periode antara ketergantungan dan ketidaktergantungan, atau fase dependen - independen.
- b. Periode yang berlangsung 2-4 hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatian pada kemampuannya menjadi orangtua yang berhasil dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap bayinya.
 - 1) Fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya).
 - 2) Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya
 - 3) Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga pada dirinya.
 - 4) Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya.
 - 5) Ibu berusaha untuk terampil dalam perawatan bayi baru lahir (misalnya memeluk, menyusul, memandikan dan mengganti popok).
- c. Ibu memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih kekuatan dan daya tahan.
- d. Ibu mungkin peka terhadap perasaan-perasaan tidak mampu dan mungkin cenderung memahami saran-saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup.
- e. Bidan seharusnya memperhatikan hal ini sewaktu memberikan instruksi dan dukungan emosi.

3. Fase *Letting Go*

- a. Periode saling ketergantungan atau fase independen.

- b. Periode ini umumnya terjadi setelah ibu baru kembali ke rumah, dimana ibu melibatkan waktu reorganisasi keluarga.
- c. Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir.
- d. Ibu mengenal bahwa bayi terpisah dari dirinya.
- e. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi.
- f. Ibu harus beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan khususnya interaksi sosial
- g. Depresi postpartum umumnya terjadi selama periode ini.

2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut (Wahyuni, 2018) kebutuhan dasar pada ibu nifas yaitu sebagai berikut :

1. Nutrisi dan cairan

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

2. Mobilisasi

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

3. Eliminasi

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

4. Kebersihan diri

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

5. Istirahat

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

6. Seksual

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

2.4.5 Tanda bahaya Nifas

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

1. Perdarahan pascapersalinan

Perdarahan pasca persalinan adalah komplikasi yang terjadi waktu diantara persalinan dan masa pasca persalinan. Faktor predisposisi antara lain adalah anemia, penyebab perdarahan paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptura uteri dan inversi uteri.

Manajemen aktif kala III adalah upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan yang didiskusikan secara komprehensif oleh WHO. Bila placenta masih terdapat didalam rahim atau keluar secara tidak lengkap pada jam pertama setelah persalinan, harus segera dilakukan placenta manual untuk melahirkan placenta.

Penyebab perdarahan belum diketahui dengan pasti tetapi faktor yang memungkinkan terjadinya perdarahan postpartum 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 perinium dan vulva selama beberapa minggu, terutama apabila terdapat kerusakan jaringan atau episiotomi pada persalinan kala II. Perinium ibu harus diperhatikan secara teratur terhadap kemungkinan terjadinya infeksi. Diagnosis:

a. Preeklampsia berat

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

b. Eklampsia

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

4. Defisiensi vitamin dan mineral

Defisiensi vitamin dan mineral adalah kelainan yang terjadi sebagai akibat kekurangan 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.

2.4.6 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

Menurut (Kemenkes RI, 2016) ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar, untuk pengelompokan terdapat 3 standar dalam standar nifas yang harus di taati seorang bidan, yaitu:

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

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

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

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

2. Kebijakan Pelayanan

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah - masalah yang terjadi.

Table 2.11 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. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulitpenyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber : Mayunani (2015)

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian

Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir 2500–4000 gram (Prawirohardjo, 2016).

2.5.2 Tanda-Tanda BBL Normal

Menurut (Wahyuni, 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 ke dalam 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
3. Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

Table 2.12 Apgar Skor

SKOR	0	1	3
Appearance colour (warna kulit)	pucat	Badan merah, ekstermitas biru	Seluruh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100 x permenit	Diatas 100 x permenit

Grimace (rangsangan terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan	Menangis, batuk atau bersin
Activity (tonus otot)	lumpuh	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Menangis kuat

Sumber (Mochtar, 2015)

2.5.3 Masa Transisi BBL

Menurut (Prawirohardjo, 2016) 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 melintarkan sianosis sementara atau akrosianosis. Pernapasan cepat, berada di tepi teratas rentang normal, dan terdapat rales serta ronki. Rales seharusnya hilang dalam 20 menit. Bayi mungkin memperlihatkan napas cuping hidung disertai napas mendengkur dan retraksi dinding dada. Adanya mukus biasanya akibat keluarnya cairan paru yang tertahan. Mukus ini encer, jernih dan mungkin memiliki gelembung-gelembung kecil.

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

Bayi seringkali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah bayi lahir. Bising usus

menunjukkan system pencernaan mampu berfungsi. Namun, keberadaan feses saja tidak mengindikasikan bahwa peristaltis mulai bekerja, melainkan hanya mengindikasikan bahwa anus paten.

2. Periode tidur yang tidak berespons

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

3. Periode reaktifitas kedua

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

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

Setiap mukus yang ada selama pemberian makan segera dapat mengganggu pemberian makan yang adekuat, khususnya jika mukus

berlebihan. Adanya mukus dalam jumlah banyak merupakan indikasi suatu masalah, seperti atresia esophagus. Muskus bercampur empedu selalu merupakan tanda penyakit pada bayi baru lahir dan pmbertian makan harus ditunda sampai penyebabnya telah diselidiki secara menyeluruh.

2.5.4 Kebutuhan Dasar BBL

Menurut (Syaifuddin, 2014) kebutuhan dasar BBL meliputi pencegahan infeksi, penilaian awal BBL, mencegah kehilangan panas, merawat tali pusat, pemberian ASI, profilaksis perdarahan BBL dan pemberian imunisasi hepatitis B.

1. Pencegahan Infeksi

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

2. Cuci Tangan

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

3. Persiapan Alat

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

4. Persiapan Tempat

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

5. Penilaian awal BBL

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

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

6. Mencegah kehilangan panas

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

7. Merawat tali pusat

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

8. Pemberian ASI

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

9. Pencegahan infeksi pada mata

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

10. Profilaksis perdarahan bayi baru lahir

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi 1mg intramuskuler di paha kiri sesegera mungkin untuk pencegahan

perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

11. Pemberian imunisasi Hepatitis B

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

2.5.5 Tanda Bahaya BBL

Menurut (Syaifuddin, 2014) tanda bahaya pada bayi adalah :

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

2.5.6 Standar Asuhan BBL

1. Standar Pelayanan Minimal

Menurut (Kemenkes RI, 2016) standar pelayanan minimal untuk bayi baru lahir adalah:

a. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

1) Tujuan

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

2) Pernyataan Standar

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

2. Kebijakan Pelayanan

Menurut (Kemenkes RI, 2016) kebijakan pelayanan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

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

- 1) Pencegahan infeksi (PI).
 - 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi.
 - 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat.
 - 4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - 5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam.
 - 6) Kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.
- b. Pemberian ASI eksklusif, pemeriksaan bayi baru lahir, antibiotika dosis tunggal, pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata, pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan, pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri.
- c. Pencegahan infeksi, BBL sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya : Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan, pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT. Jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- d. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi. Periksa ulang pernafasan, bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu, membersihkan jalan nafas, hangat, kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.
- e. Pemotongan dan perawatan tali pusat. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.
- f. Waktu pemeriksaan bayi baru lahir: Bayi baru lahir sebelum usia 6 jam, usia 6-48 jam, usia 3-7 hari, minggu ke 2 pasca lahir.
- g. Pemeriksaan Fisik.
- h. Imunisasi mencegah penyakit TBC, hepatitis, polio, difteri, pertusis, tetanus dan campak. Bayi baru lahir dan neonatus harus diimunisasi lengkap sebelum berusia 1 tahun. Timbang BB bayi baru lahir dan neonatus sebulan sekali sejak usia 1 bulan sampai 5 tahun di posyandu.

Cara menjaga kesehatan bayi yaitu amati pertumbuhan bayi baru lahir dan neonatus secara teratur.

- i. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu :
 - 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
 - 2) Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke 3-7 hari.
 - 3) Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8-28 hari.
- j. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.
- k. Asuhan 6 - 48 jam setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
 - 5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
 - 6) Dokumentasikan.
- l. Minggu pertama setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan jadwal kunjungan neonatal.

m. Minggu kedua setelah bayi lahir

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

n. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya

- 1) Amatilah bahwa urine dan feses normal.
- 2) Periksa alat kelamin dengan kebersihannya.
- 3) Periksa tali pusat.
- 4) Periksa tanda vital bayi.
- 5) Periksa kemungkinan infeksi mata.
- 6) Tatalaksana kunjungan rumah bayi baru lahir oleh bidan diantaranya :
 - a) Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah sampai tali pusat lepas, bila mungkin selama satu minggu pertama sesudah bayi lahir.
 - b) Kartu anak (buku KIA) harus diisi lengkap dan kelahiran bayi harus didaftar atau dibawa ke puskesmas.
 - c) Bidan hendaknya meneliti apakah petugas yang melayani persalinan sudah memberikan perhatian terhadap semua hal pada tiap kunjungan rumah
 - d) Form pencatatan (Buku KIA, Formulir BBL, Formulir register kohort bayi).

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.6.1 Pengertian Neonatus

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin) dan toleransi bagi bayi baru lahir untuk dapat hidup dengan baik (Marmi, 2014).

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 (Prawirohardjo, 2016).

2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut (Prawirohardjo, 2016) 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 bayinya ASI pada waktu tertentu.

f. Gaya bahasa (*Entrainment*)

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

3. Kebutuhan Asuh pada Neonatus

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

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

ASI merupakan nutrisi yang paling lengkap untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. ASI mengandung zat gizi yang sangat lengkap, antara lain karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, factor pertumbuhan, hormon, enzim dan kekebalan. Semua zat ini terdapat secara proposional dan seimbang satu dengan lainnya pada ASI.

b. Mandi

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

4. Kebutuhan Asah pada Neonatus

Asah merupakan stimulasi mental yang akan menjadi cikal bakal proses pendidikan dimana bertujuan untuk mengembangkan mental, kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, moral, produktifitas dan lain-lain. Contohnya: merangsang otak kiri dan

kanan secara seimbang dengan mengajak bayi berbicara dan bermain, selain distimulasi anak perlu mendapatkan kegiatan SDIDTK lain yaitu deteksi dini (skrining) adanya kelaianan/ penyimpanan tumbuh kembang, intervensi dini dan rujukan dini bila diperlukan.

5. Imunisasi pada neonatus

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

Table 2.13 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar

Umur	Jenis Imunisasi
0-7 hari	HB 0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV
9 bulan	Campak

Sumber: (Kemenkes RI, 2015)

2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

Tanda bahaya yang mungkin terjadi pada neonatus menurut (Prawirohardjo, 2016) antara lain :

1. Tidak mau minum atau menyusu atau memuntahkan semua
2. Riwayat kejang
3. Bergerak hanya jika dirangsang atau letargis
4. Frekuensi napas $\leq 30x/\text{menit}$ dan $\geq 60x/\text{menit}$
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 B₀ bila belum diberikan pada saat lahir. Selain KN1, indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah KN lengkap yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun (Kemenkes RI, 2016).

2.7 Konsep Dasar KB

2.7.1 Pengertian KB

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

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

2.7.2 Macam-macam Alat Kontrasepsi Efektif

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

1. Kontrasepsi Suntikan Progestin

a. Profil

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

b. Jenis

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

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

c. Cara Kerja

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

d. 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. Suntik kombinasi (1 bulan)

a. Profil

- 1) Suntikan kombinasi menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, atrofi pada endometrium sehingga implantasi gamet oleh tuba.

2) Suntikan ini diberikan sekali tiap bulan

b. Efektivitas:

Bila digunakan secara benar, resiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

c. Efek Samping

Perubahan pola haid (haid jadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid memanjang, haid jarang, atau tidak haid) sakit kepala, pusing, nyeri payudara, kenaikan berat badan.

d. Keuntungan

Tidak perlu diminum setiap hari, ibu dapat menggunakannya tanpa diketahui siapapun, suntikan dapat dihentikan kapan saja, baik untuk menjarangkan kehamilan.

e. Kerugian

Penggunaannya tergantung kepada tenaga kesehatan.

3. Pil Progestin (Mini Pil)

a. Profil

- 1) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB
- 2) Sangat efektif pada masa laktasi
- 3) Dosis rendah
- 4) Tidak menurunkan produksi ASI
- 5) Tidak memberikan efek samping estrogen
- 6) Efek samping utama adalah gangguan perdarahan, perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur
- 7) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

b. Jenis mini pil

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

c. Cara kerja mini pil

- 1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)
- 2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

- 3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- 4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

d. Efektifitas

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

Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka :

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

e. Keuntungan kontrasepsi

- 1) Sangat efektif bila digunakan secara benar
- 2) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 3) Tidak mempengaruhi ASI
- 4) Kesuburan cepat kembali
- 5) Nyaman dan mudah digunakan
- 6) Sedikit efek samping
- 7) Dapat dihentikan setiap saat
- 8) Tidak mengandung estrogen

f. Keuntungan non kontrasepsi

- 1) Mengurangi nyeri haid
- 2) Mengurangi jumlah darah haid
- 3) Menurunkan tingkat anemia
- 4) Mencegah kanker endometrium
- 5) Melindungi dari penyakit radang panggul
- 6) Tidak meningkatkan pembekuan darah
- 7) Dapat diberikan pada penderita endometriosis

- 8) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi
- 9) Dapat mengurangi keluhan pre-menstrual syndrome (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis)
- 10) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.

g. Keterbatasan

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

h. Waktu menggunakan kontrasepsi

- 1) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid
- 2) Dapat digunakan setiap saat, asal tidak terjadi kehamilan
- 3) Bila klien tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil.
- 4) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid, mini pil dapat dimulai setiap saat
- 5) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan, dan klien telah mendapat haid 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.

4. Pil kombinasi

a. Profil

Pil kombinasi menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks, sehingga sulit dilalui oleh sperma dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi telur terganggu. Pil kombinasi ini diminum setiap hari.

b. Efektivitas

Bila digunakan secara benar, resiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun

c. Efek samping

Perubahan pola haid (haid menjadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, mual, nyeri payudara, perubahan berat badan, perubahan suasana perasaan, jerawat (dapat membaik atau memburuk, tapi biasanya membaik) dan peningkatan tekanan darah.

d. Keuntungan

Pemakaiannya dikendalikan oleh perempuan, dapat dihentikan kapanpun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan, dan tidak mengganggu hubungan seksual.

e. Kerugian

Relative mahal dan harus digunakan tiap hari, beberapa efek samping tidak berbahaya dan akan menghilang setelah pemakaian beberapa bulan, misalnya haid tidak teratur.

5. 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 (3ketodesogestrel). Masa kerjanya yaitu 3 - 4 tahun

6. AKDR dengan progestin

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

a. Cara kerja

- 1) Endometrium mengalami transformasi yang irreguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi
- 2) Mencegah terjadinya pembuahan dengan mengeblok bersatunya ovum dengan sperma

3) Mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba fallopi

b. Efektifitas

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

c. Keuntungan kontrasepsi

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

d. Keuntungan nonkontrasepsi

- 1) Mengurangi nyeri haid.
- 2) Dapat diberikan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen, untuk pencegahan hiperplasia endometrium.
- 3) Mengurangi jumlah darah haid.
- 4) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomiosis.
- 5) Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause.
- 6) Tidak mengurangi kerja obat tuberkulosis ataupun obat epilepsi, karena AKDR yang mengandung progestin kerjanya terutama lokal pada endometrium.

e. Keterbatasan

- 1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyingkapan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR
- 2) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR
- 3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat tergantung pada tenaga kesehatan
- 4) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea
- 5) Dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1 per 1000 kasus)

- 6) Kejadian kehamilan ektopik relatif tinggi
- 7) Bertambahnya 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 hiperlipidemia
- 13) Progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus

f. Waktu pemasangan

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

7. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

a. Profil

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

b. Jenis

- 1) AKDR CuT-380A

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

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

c. Cara kerja

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

d. Keuntungan

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

e. Kerugian

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

8. MOW (Tubektomi)

a. Mekanisme

Menutup tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

b. Efektivitas

Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun.

c. Keuntungan khusus bagi kesehatan

Mengurangi risiko penyakit radang panggul. Dapat mengurangi risiko kanker endometrium.

d. Efek samping

Tidak ada

e. Keuntungan

Menghentikan kesuburan secara permanen

f. Kerugian

Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih

9. MOP (Vasektomi)

a. Mekanisme

Menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

b. Efektivitas

Bila pria dapat memeriksakan semennya segera setelah vasektomi, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun

c. Keuntungan khusus bagi kesehatan

Tidak ada

d. Risiko bagi kesehatan

Nyeri testis atau skrotum (jarang), infeksi di lokasi poperasi (sangat jarang), dan hematoma (jarang). Vasektomi tidak mempengaruhi Hasrat seksual, fungsi seksual, fungsi seksual pria, ataupun maskulinnya.

e. Efek samping

Tidak ada

f. Kelebihan

Menghentikan kesuburan secara permanen, prosedur bedahnya aman dan nyaman, efek samping lebih sedikit dibandingkan metode-metode yang digunakan wanita, pria ikut mengambil peran, dan meningkatkan kenikmatan serta frekuensi seks.

g. Kerugian

Perlu prosedur nbedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

10. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)

a. Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artimya

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 antibody perlindungan lewat ASI)
- 2) Sumberasupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
- 3) Terhindar dari keterpaparan terhadap terkontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.

Untuk ibu :

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

e. Yang tidak boleh menggunakan MAL

- 1) sudah mendapatkan haid setelah bersalin
- 2) tidak menyusui secara eksklusif
- 3) bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan

4) bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam

2.7.1 Penapisan

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

1. Kehamilan
2. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
3. Masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang jugamembutuhkan pengamatan dan pengolahan lebih lanjut

Table 2.14 Daftar Penampisan Klien Metode Non Operatif

No.	Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
1.	Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
2.	Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
3.	Apakah mengalami perdarahan/ perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
4.	Apakah pernah icterus pada kulit atau mata		
5.	Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
6.	Apakah anda nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
7.	Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		
8.	Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
9.	Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)		
No.	AKDR (semua jenis pelepea tembaga dan progestin)	Ya	Tidak
1.	Apakah hari pertam haid terakhir 7 hari yang lalu		
2.	Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
3.	Apakh pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		

4.	Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
5.	Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
6.	Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih dari 8 hari)		
7.	Apakah pernah mengalami disminorhea berat yang membutuhkan analgesic dan atau istirahat baring		
8.	Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
9.	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.

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).

2.7.3 Pra dan Pasca Pemasangan Alat Kontrasepsi

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

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

SA : SApapun 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).

2.7.4 Efek Samping dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi Efektif

1. Pil progestin (minipil)

Table 2.15 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

Table 2.16 Penanganan Efek Samping Suntik 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kombinasi per hari selama 3 – 7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal atau

- diberi 50 mg etinol estradiol atau 1,25 mg estrogen untuk 14 – 21 hari.
- Meningkat atau a. Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat
menurunnya badan sebanyak 1 -2 kg dapat saja terjadi. Bila berat
berat badan badan lebih, hentikan suntikan dan
anjurkankontrasepsi lain.

Sumber : Affandi, 2015.

3. Implant

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

4. AKDR dengan Progestin

Table 2.17 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. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.
Perdarahan yang tidak teratur dan banyak	<ol style="list-style-type: none"> Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama.

Efek Samping	Penanganan
Benang hilang	<ul style="list-style-type: none"> 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. <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 danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. d. Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. e. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan ‘amenorrhea’.
Cairan vagina atau 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 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan dibantu klien untuk memilih metode kontrasepsi lain.

Sumber : Affandi, 2015

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.1 Standar Asuhan Praktek Kebidanan

Menurut (Kemenkes RI, 2016) standar praktek kebidanan dalam metode asuhan kebidanan yang menggambarkan tentang *Continuity of Care* adalah: 1. Standar I : Metode Asuhan

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

Definisi operasional :

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

2. Standar II : Pengkajian

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

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

3. Standar III : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

Definisi operasional :

- a. Diagnosa kebidanan dibuat sesuai dengan hasil analisa data.
- b. Diagnosa kebidanan dirumuskan secara sistematis.

4. Standar IV : Rencana Asuhan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan dari diagnosa kebidanan.

Definisi operasional :

- a. Ada format rencana asuhan kebidanan.

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

5. Standar V : Tindakan

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

Definisi operasional :

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

6. Standar VI : Partisipasi Klien

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

Definisi operasional :

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

7. Standar VII : Pengawasan

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

Definisi operasional :

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

8. Standar VIII : Evaluasi

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

Definisi operasional :

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

9. Standar IX : Dokumentasi

Asuhan kebidanan di dokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan.

Definisi operasional :

- a. Dokumentasi dilaksanakan pada setiap tahapan asuhan kebidanan.
- b. Dokumentasi dilaksanakan secara sistematis, tepat, dan jelas.

Dokumentasi merupakan bukti legal dari pelaksanaan asuhan kebidanan

2.8.2 Kompetensi Bidan

Menurut (Kemenkes RI, 2016) standar kompetensi bidan ada 9 yaitu:

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

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

