BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Midwifery *contunity of care* (Asuhan Kebidanan Berkesinambungan)

2.1.1 Pengertian

Continuity of care merupakan upaya promotif dan preventif yang dilakukan melalui pendekatan intervensi yang diharapkan akan memberikan dampak yang yang signifikan terhadap kelangsungan dan kualitas hidup ibu dan anak (Kemenkes, 2018).

Continuity of care dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan peladenan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru baru lahir, serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu (Homer, et.al, 2014).

Continuity of care merupakan bagian dari filosofi kebidanan yang mempunyai arti bahwa seorang wanita mengembangkan kemitraan dengan bidan untuk menerima asuhan selama kehamilan, masa persalinan, masa nifas (Astuti, 2017).

2.1.2 Tujuan

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

2.1.3 Dampak Tidak Dilakukan Asuhan Berkesinambungan

Dampak yang akan timbul jika tidak dilakukan asuhan kebidanan yang berkesinambungan adalah meningkatnya resiko komplikasi pada ibu dan bayi yang tidak segera tertangani sehingga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Komplikasi yang dapat timbul pada kehamilan diantaranya meliputi anemia, hipertensi, perdarahan, abortus, oedema pada wajah dan kaki, dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada persalinan meliputi distosia, inersia uteri, presentasi bukan belakang kepala, prolap tali pusat, Ketuban Pecah Dini (KPD), dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada masa nifas meliputi,

bendungan Air Susu Ibu (ASI), dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada BBL meliputi BBLR, asfiksia, kelainan kongental, tetanus neonatorum, dan lain-lain (Saifuddin, 2014).

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan 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).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagai 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).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 hingga atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) (Saifuddin, 2014).

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah suatu proses ilmiah yang dimulai dari konsepsi (pembuahan antara sel sperma dan sel telur), hasil konsepsi akan bernidasi (implantasi) pada uterus, hingga tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Kehamilan sendiri terbagai menjadi 3 trimester yaitu trimester I, trimester II, dan trimester III, yang normalnya berlangsung dalam waktu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari).

2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

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

1. Perkembangan Konseptus

   Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu *zigot* mengalami pembelahan menjadi *morula* (terdiri atas 16 sel blastomer), selanjutnya menjadi *blastokis* (terdapat cairan tengah) yang mencapai *uterus*,

dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi *embrio*, setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin. Konseptus ialah semua jaringan konsepsi yang membagi diri menjadi berbgai jaringan *embrio, korion, amnion,* dan *plasenta.*

2. Embrio dan Janin

Dalam beberapa jam setelah ovulasi akan terjadi *fertilisasi* di *ampula tuba*. Oleh karena itu, sperma harus sudah ada disana sebelumnya. Berkat kekuasaan Allah SWT, terjadilah *fertilisasi ovum* oleh *sperma*.

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 USG. Pada akhir minggu ke-8 usia gestasi sampai 6 minggu usia *embrio*, *embrio* berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relativ 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.

Tabel 2.1 Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi	Organ
6 Minggu	Pembentukan hidung, dagu, *palatum,* dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih tergenggam dan Jantung telah terbentuk penuh.
7 Minggu	Mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah.
8 Minggu	Mirip dengan manusia, mulai pembentukan *genetalia eksterna*, sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk.
9 Minggu	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk ‘muka’ janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16 Minggu	Janin berukuran 15 cm, merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin transparan, telah mulai tumbuh *lanugo* (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk *meconium* (faeses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150/menit.
17- 24 Minggu	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh *verniks caseosa* (lemak). Janin mempunyai *reflex.*
25-28 Minggu	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini

Usia Gestasi	Organ
	sangat sulit bila lahir.
29-32 Minggu	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relative stabil.
33-36 Minggu	Berat janin 1500-2500 gram, *lanugo* (rambut janin) muali berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40 Minggu	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: (Prawirohardjo, 2016).

2.2.3 Tanda-tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan maka dapat ditetapkan dengan melakukan penelitian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil sehingga bidan dapat mendiagnosa kehamilan. Menurut (Manuaba, 2010), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Tanda tidak pasti (Presumtif)

a. Amenorrhea. Biasanya, seorang wanita akan mengalami mestruasi setiap bulan. Tidak menstruasi dapat menandakan kehamilan, tetapi dapat juga merupakan tanda gangguan atau penyakit fisik yang berat, syok, kelelahan akibat perjalanan, pasca-operasi, bahkan gelisah pun dapat menyebabkan menstruasi terlambat.

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

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

d. Perdarahan sedikit. Terjadi perdarahan yang biasanya muncul pada hari ke-

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

e. Suhu tubuh naik. Metabolisme (pembakaran kalori) di dalam tubuh wanita hamil menjadi lebih cepat. Hal tersebut dilakukan untuk memenuhi zat gizi bagi ibu dan janin. Oleh sebab itu, suhu tubuh akan meningkat 2-3ºc dari biasanya sehingga ibu merasa sedikit demam.
f. Penciuman lebih sensitiv. Peningakatan hormon esterogen yang drastis juga menyebakan terjadi pelebaran pembukuh darah, termasuk yang ada di daerah hidung dan sekitarnya sehingga kerja saraf penciuman menjadi lebih sensitiv. Misalnya kopi, bumbu, aroma makanan, parfum dan rokok.
g. Mual dan muntah. Mual dan muntah pada ibu hamil disebabkan oleh pengaruh peningkatan hormon progesteron dan HCG yang tejadi selama kehamilan. Hormon ini menyebabkan kerja lambung dan usus menjadi lambat sehingga makanan yang ada di lambung pun lambat dicerna. Selain itu, hormon ini juga menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga ibu menjadi mual. Asam lambunng akan meningkat di malam hari ketika lambung kosong sehingga di pagi hari timbul rasa mual, bahkan sampai muntah.
h. Lelah. Hormon progesteron menyebabkan terjadinya penurunan fungsi beberapa organ tubuh sehingga tubuh bekerja keras untuk mengstabilkan dan membantu kerja organ tersebut. Salah satu organ yang dipengaruhi adalah lambung. Lambatnya proses pencernaaan makanan menyebabkan kebutuhan oksigen di lambung meningkat sehingga oksigen untuk organ lain, misalnya mata, otak dan organ lainnya menjadi berkurang. Oleh sebab itu, timbul perasaan mengantuk, lelah dan lemas.
i. Payudara membesar. Pada awal kehamilan, tepatnya 1-2 minggu setelah kehadiran menstruasi terlambat, timbul rasa nyeri dan tegang di payudara. Hal ini disebabkan oleh hormon esterogen dan progesteron yang merangsang kantong air susu dan kelenjar monntgomery di payudara sehingga membesar sebagai persiapan untuk menyusui kelak. Rasa nyeri

dan tegang juga diikuti pembesaran payudara secara bertahap. Rasa nyeri ini hampir sama depan ketika rasa nyeri saat menstruasi.

j. Sering berkemih. Pada awal kehamilan, ibu akan sering berkemih. Hal ini disebabkan oleh penebalan rahim yang terisi janin dan terus membesar. Rahim tersebut berada di bawah kandung kemih sehingga menekan kandung kemih dan menimbulkan rangsangan untuk berkemih lebih awal, tanpa menunggu kandung kemih penuh seperti biasanya. Produksi urin juga bertambah karena adanya peningkatan sirkulasi darah cairan di dalam tubuh ibu.
k. Sembelit. Ibu hamil biasanya akan timbul sembelit (susah buang air besar) yang terjadi 2-3 hari sekali. Hal ini disebabkan oleh hormon steroid yang meningkat sehingga menyebabkan peristaltik atau kerja usus menjadi lambat. Kotoran menjadi lambat dikeluarkan, sedangkan cairan yang tersisa terus diserap. Akibatnya, kotoran menjadi keras dan sulit dikeluarkan. Selain itu, penekanan rahim terhadap usus besar juga menyebabkan kerja usus halus dan usus besar menjadi lambat.
l. Pigmentasi kulit. Warna kulit di wajah, payudara (bagian *areola*), perut, paha dan ketiak biasanya bertambah gelap. Muncul bercak kehitaman atau kecoklatan yang disebut hiperpigmentasi. Hal ini merupakan pengaruh hormon dalam kehamilan.
m. Epulsi. Gusi dan murkosa (selaput lendir) menjadi mudah berdarah akibat pembuluh darah yang melebar selama kehamilan.
n. Varises. Pelebaran pembuluh darah vena sering terjadi pada wanita hamil, tetapi biasanya pada triwulan akhir kehamilan.

2. Tanda Mungkin Hamil

a. Perut membesar. Perut yang besar sangat identik dengan adanya kehamilan. Namun, tidak semua perut yang membesar merupakan akibat kehamilan, mungkin saja akibat faktor kegemukan atau terdapat penyakit pada abdomen, misalnya tumor atau adanya cairan di rongga perut (*asites*).
b. Uterus membesar. Dengan kehamilan yang sehat, uterus pun akan membesar sedikit demi sedikit sesuai dengan usia kehamilan tersebut. Namun demikian, pembesaran uterus dapat juga terjadi akibat suatu

penyakit, misalnya mioma uteri, kista atau kanker stadium lanjut.

c. Tanda hegar. Melunaknya segmen bawah rahim. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga medis, dengan cara melakukan pemeriksaan dalam dengan tangan kanan dan tangan kiri berada di atas fundus. Dengan penekanan kearah dalam, pemeriksa dapat merasakan kedua tangan seolah-olah bertemu.
d. Tanda Chadwick. Terjadi perubahan warna pada portio, yang pada awalnya berawarna merah muda, menjadi kebiru-biruan. Selaput lendir dan vagina pun berwarna keungu-unguan.
e. Tanda piscacek. Terjadi pembesaran dan pelunakan yang tidak simetris pada tempat hasil konsepsi (tempat implantasi) tertanam.
f. Braxton-hicks. Ibu yang hamil dapat merasakan kontraksi yang timbul sesekali, tepatnya berada di perut bagian bawah, misalnya perasaan nyeri dan tegang. Nyeri tersebut juga dapat timbul secara tiba-tiba pada saat perut ibu dilakukan palpasi (periksa raba) dan saat periksa dalam.
g. Teraba ballottement. Ballottement adalah pantulan pada saat rahim digoyangkan. Memeriksa kontraksi ini dilakukan dengan cara memegang bagian rahim yang mengeras sambil sedikit digoyangkan sehingga akan terasa bahwa rahim tersebut bergoyang.

3. Tanda pasti hamil

Ada beberapa tanda yang memastikan adanya, meliputi:

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

4) Dilihat dengan USG mulai usia kandungan 6 minggu.

2.2.4 Perubahan Fisik Ibu Hamil

Menurut (Mochtar, 2013), 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 kehamilanseperti bujur telur. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan *hipertrofi* dan bertambah panjang sehingga jika di raba terasa lebih lunak disebut *Tanda Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. Posisi rahim dalam kehamilan :
      1) Pada permulaan kehamilan dalam letak *antefleksi* atau *retrofleksi*,
      2) Pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga *pelvis*,
      3) Setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati,
      4) Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri
   b. Serviks. Serviks uteri, serviks bertambah *vaskularisasinya* dan menjadi lunak disebut *Tanda Goodell*. Kelenjar *Endoservikal* membesar dan mengeluarkan banyak cairan *mucus*. Karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan perubahan itu disebut *Tanda Chadwick*.
   c. Indung Telur (*ovarium*). Ovulasi terhenti, masih terdapat *korpus lauteum graviditas* sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran *estrogen* dan *progresteron*.
   d. Vagina dan Vulva. Karena pengaruh *estrogen*, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat *hipervaskularisasi*, vagina 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 elastis di bawah kulit sehingga timbul Striae Gradvidarum, 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. Sisem 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 outout*), yang meningkat sebanyak ± 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 menuru lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan.

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 ekstreimitas atas dan bawah, cenderung naik, nilai rata-rata 84 per menit.

4) Protein Darah, jumlah protein (*albumin*) dan *gamaglobulin* menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan

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

c. Saluran Perncernaan (Traktus Digestivus). Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motolitas dan makanan akan lebih lama

berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah *emesis Gradvidarum* sering terjadi pada pagi hari *Morning Sickness*.

d. Tulang dan Gigi. Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligament-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 komsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. *Gingivitis* kehamilan yang disebabkan oleh berbagai factor, misalnya yang buruk pada rongga mulut.

e. Kulit. Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu pada:
   1) Muka : Disebut masker kehamilan *Cloasma Gravidarum*
   2) Payudara : Putting 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 metabolic basal (*Basal Metabolic Rate*/BMR) pada wanita hamil meninggi hingga 15-25% terutama pada trimester akhir. Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
   2) Hidrat arang: seorang wanita hamil sering haus, nafsu makan kuat, sering kencing, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang meningkatkan kita pada DM.
   3) Metabolisme lemak juga terjadi kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomatropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat

dobadan, perut, paha, dan lengan.

4) Metabolisme mineral
   a) Kalsium : Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
   b) Fofor : Dibutuhkan rata-rata 2 gram per hari.
   c) Zat besi : Dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg atau 30-50 mg per hari
   d) Air : Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
5) Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 5,5 sampai 16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil (preeklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh
   a) Janin, uri, air ketuban, uterus
   b) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air.
6) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang. Khususnya kehamilan lima bulan keatas.
7) Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein. Di Indonesia masih banyak dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vitamin B, oleh karena itu wanita hamil harus diberikan fe dan robansia yang berisi mineral dan vitamin.

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

2.2.5 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Menurut (Manuaba, 2010), perubahan psikologi pada hamil adalah:

1. Perubahan Pada Trimester 1

Adaptasi yang harus dilakukan oleh ibu yaitu menerima kenyataan bahwa dirinya sedang hamil. Respon emosional pada trimester 1 yang dapat muncul

berupa perasaan ambivalen, kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi, dan kesedihan. Pada trimester 1 ini, akan muncul sejumlah ketidaknyamanan, misalnya mual, kelelahan, perubahan nafsu makan, emosional, dan cepat marah.

Kemungkinan hal ini, mencerminkan konflik atau depresi yang dialami selain pengingat akan kehamilannya. Pada kehamilan trimester 1, ekspresi seksual bersifat individual. Umumnya, rasa keinginan seksual ibu akan menurun, jika ibu merasa mual, letih, depresi, nyeri payudara, khawatir dan cemas.

2. Perubahan pada Trimester 2

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

3. Perubahan Trimester 3

Pada kehailan trimester 3, ibu akan lebih nyata mempersiapkan diri untuk menyambut kelahiran anaknya. Selama menjalani kehamilan trimester ini, ibu dan suaminya sering kali berkomunikasi dengan janin yang berada dalam kandungannya dengan cara mengelus gerakan janin di dalam perut hanyalah ibu hamil itu sendiri.

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

2.2.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut (Prawirohardjo, 2016), Kebutuhan dasar ibu hamil menurut adalah:

1. Nutrisi yang adekuat
   a. Kalori. Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2,500 kalori.
   b. Protein. Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram perhari.
   c. Kalsium. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari.

d. Zat besi. Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan 1 tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang yang tiap tablet mengandung $FeSO_4$ 320 mg (zat besi 60 mg dan asam folat 500 µg, minimal masing-masing 90 tablet selama kehamilan. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hami dnegan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua.
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.

Tabel 2.2 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: (Marmi, 2013).

2. Perawatan Payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. 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 uteronika.

3. Perawatan Gigi

Dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. 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. Gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman, hindarkan sepatu hak tinggi (high heels) dan alas

kaki yang keras (tidak elastis), serta korset penahan perut. Penggunaan bra yang dapat menopang payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara. Selain itu untuk menjaga kebersihan genetalia, memakai celana dalam yang selalu bersih dan bahan yang terbuat dari katun.

5. Olahraga

Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari.

6. Aktivitas

Tidak melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan menghindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan.

2.2.7 Keluhan Ringan Dan Penanganan Dalam Kehamilan

Menurut (Medforth, et.al, 2011), gangguan minor pada kehamilan adalah serangkaian gejala yang ia alami secara umum yang dikaitkan dengan efek hormonal kehamilan dan akibat pembesaran uterus saat janin tumbuh selama kehamilan. Kondisi umum ini tidak menimbulkan resiko serius pada ibu, tetapi gangguan ini terasa tidak menyenangkan dan dapat mempengaruhi kesenangan ibu terhadap kehamilan secara menyeluruh.

Menurut (Medforth, et.al, 2011), Keluhan ringan dalam kehamilan dan penangananya adalah sebagai berikut:

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 minggku ke-2 sampai ke-14 kehamilan, bersamaan dengan kemampuan plasenta mengambil alih dukungan untuk perkembangan embrio. Alasan mual tidak di ketahui tetapi dikaitkan dengan peningkatan kadar HCG, hipoglikemi, peningkatan kebutuhan metabolik, efek progesterone pada sistem pencernaan.

Saran kepada wanita harus terdiri atas :

a. Makan sesuatu sebelum tidur
b. Makan dan minum sedikit tapi sering pada siang hari
c. Sediakan selalu makanan ringan di tempat tidur

d. Makan sedikit tapi sering sebelum tidur malam
e. Beristirahat dipertengahan siang hari
f. Bangun dari tempat tidur secara perlahan
g. Makan biskuit tanpa rasa, sepotong kecil buah, roti panggang keris atau yoghurt
h. Hindari alkohol, kafein dan makanan pedas atau berlemak
i. Jahe dalam bentuk teh atau tablet untuk mengurangi mual.

Harus di konsultasikan ke dokter jika:

1) Wanita muntah > dari 4x sehari
2) Saran diatas tidak bermanfaat
3) Wanita mengalami penurunan berat badan
4) Wanita tidak mempertahankan konsumsi cairan
5) Kemungkinan perlu di resepkan antiemetic
6) Wanita mengalami dehidrasi. Masuk ke Rumah Sakit (RS) dianjurkan untuk pemberian makan melalui intravena, koreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan rehidrasi.

2. Konstipasi

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

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

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

a. Makan makanan yang mengandung serat tinggi, seperti roti gandum utuh, sereal, dan buah prem.
b. Minum ekstra cairan, jus buah, atau teh herbal. Cairan ini harus berjumlah 2 liter/hari, dan jumlahnya lebih besar jika suhu sedang panas.

c. Makan makanan secara teratur
d. Makan lima porsi buah dan sayur/hari
e. Lakukan olahraga ringan, 20-30 menit, 3x/minggu
f. Laksafatif ringan, seperti laktulosa 15 ml 2x 1 dapat di resepkan jika saran di atas tidak meredakan gejala.

3. Indigesti dan nyeri ulu hati

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

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

4. Varises vena dan hemoroid

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

Selama kehamilan, ekstra volume darah yang bersirkulasi meningkatkan tekanan di dinding pembuluh darah dan progesterone merelaksasi dinding pembuluh darah 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 di latasi di vulva atau tungkai

d. Vulva dapat membengkak dan terasa sangat nyeri
e. Ketidaknyamanan dan rasa gatal di sekitar anus

Saran:

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

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, ligamen menjadi lebih lunak dalam pengaruh relaksin dan merengang untuk mempersiapkan tubuh untuk persalinan.
b. Hal tersebut terutama di fokuskan pada sendi panggul dan ligament yang menjadi lebih fleksibel untuk mengakomodasi bayi saat pelahiran.
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.
b. Berat benda yang berat harus di pegang di dekat tubuh

c. Setiap permukaan kerja yang yang di gunakan 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. Ajari cara duduk dan berdiri dengan tulang belakang berada dalam posisi netral sehingga tubuh dapat di pertahankan
f. Kasur yang keras dapat memberikan topongan yang lebih selama tidur, penggunaan papan dapat membuat kasur yang empuk menjadi lebih menopong
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 topongan 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 jumlah besar sebelum 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.

2.2.8 Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut (Prawirohardjo, 2016), tanda bahaya kehamilan ialah sebagai berikut:

1. Perdarahan Vagina

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu,

umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa atau ovum, Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan mudan 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 implantasiplasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2. Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usisa kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darat 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 pre-eklamsia adalah sebagai berikut.

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

3. Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda dibawah ini, maka diagnosinya 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. Janin mati dalam rahim

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

a. Muntah berlebihan yang berlangsung selema kehamilan.
b. Disuria
c. Menggigil atau demam.
d. Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
e. Uterus lebih besar atau lebih kecil dari UK

2.2.9 Standart Pelayanan Kehamilan (10T)

Menurut (Kemenkes, 2018), Standar Pelayanan Minimal Asuhan Kehamilan termasuk dalam "10T" meliputi:

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamildihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar antara 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4-0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

2. Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsia.

3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Nilai normal LILA adalah 23,5 cm. Apabila seorang Wanita Usia Subur

(WUS) ukuran LILA < 23,5 cm dikatakan wanita itu mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Dalam masa kehamilan harus mendapatkan pengawasan dan penanganan tertentu.

4. Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*)

Tujuan pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) menggunakan teknik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis HPHT dan kapan gerakan janin mulai dirasakan.

Tabel 2.3 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12 Minggu	3 jari diatas simfisis
16 Minggu	Pertengahan pusat – simfisis
20 Minggu	3 jari di bawah pusat
24 Minggu	Setinggi pusat
28 Minggu	3 jari diatas pusat
32 Minggu	Pertengahan Pusat – proseus xiphoideus (Px)
36 Minggu	3 jari di bawah proseus xiphoideus (Px)
40 Minggu	Pertengahan pusat – proseus xipoideus (Px)

Sumber: (Kemenkes, 2018)

5. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
6. Penentuan status imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) dan pemberian imunisasi TT sesuai status imunisasi

Harus segera diberikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi TT

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

Sumber; (Saifuddin, 2014)

7. Penentuan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Tujuan menentukan presentasi janin dan DJJ adalah melihat kesejahteraan janin dalam kandungan. Batas normal DJJ adalah 120-160 × per menit.

8. Pelaksanaan temu wicara

Pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk diantaranya adalah pemberian konseling tentang KB pasca bersalin.

9. Pelayanan tes laboratorium

Pelayanan tes laboratorium kali ini meliputi pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin, reduksi urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya) serta tes HBSAg. Pemeriksaaan Hb pada bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke-28. Bila kadar Hb < 11gr% bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg Asam Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

10. Tatalaksana kasus sesuai indikasi

2.2.9 P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

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

Tujuan P4K adalah meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman, serta persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga ibu dapat melahirkan bayi yang sehat (Kemenkes, 2015).

Menurut (Kemenkes, 2015) Persiapan Persalinan termasuk :

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

Gambar 2.1 Stiker P4K
Sumber: (Kemenkes, 2015)

2.2.10 ANC Terpadu

Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 97 tahun 2004 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual.

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendekteksi 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 resiko 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. Perencanan 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.

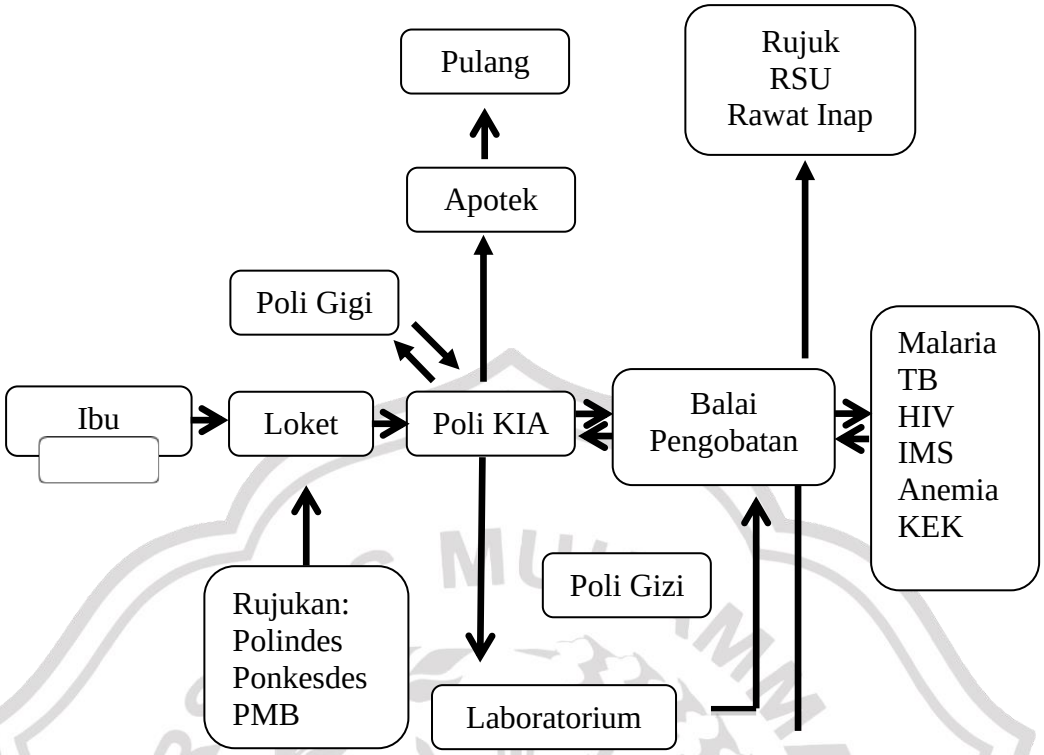
Pelayanan kesehatan ibu hamil harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 13-27 minggu), dan minimal 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28-minggu sampai menjelang persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes, 2018).

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

Pelayanan antenatal terpadu diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten, yaitu dokter, bidan, dan perawat terlatih, sesuai dengan ketentuan yang berlaku, misalnya terjadi kasus kegawatdaruratan maka dapat dilakukan kolaborasi atau kerja sama dengan tenaga kesehatan yang kompeten (Kemenkes, 2018).

Menurut (Kemenkes, 2018), dalam pemberian antenatal terpadu diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu:

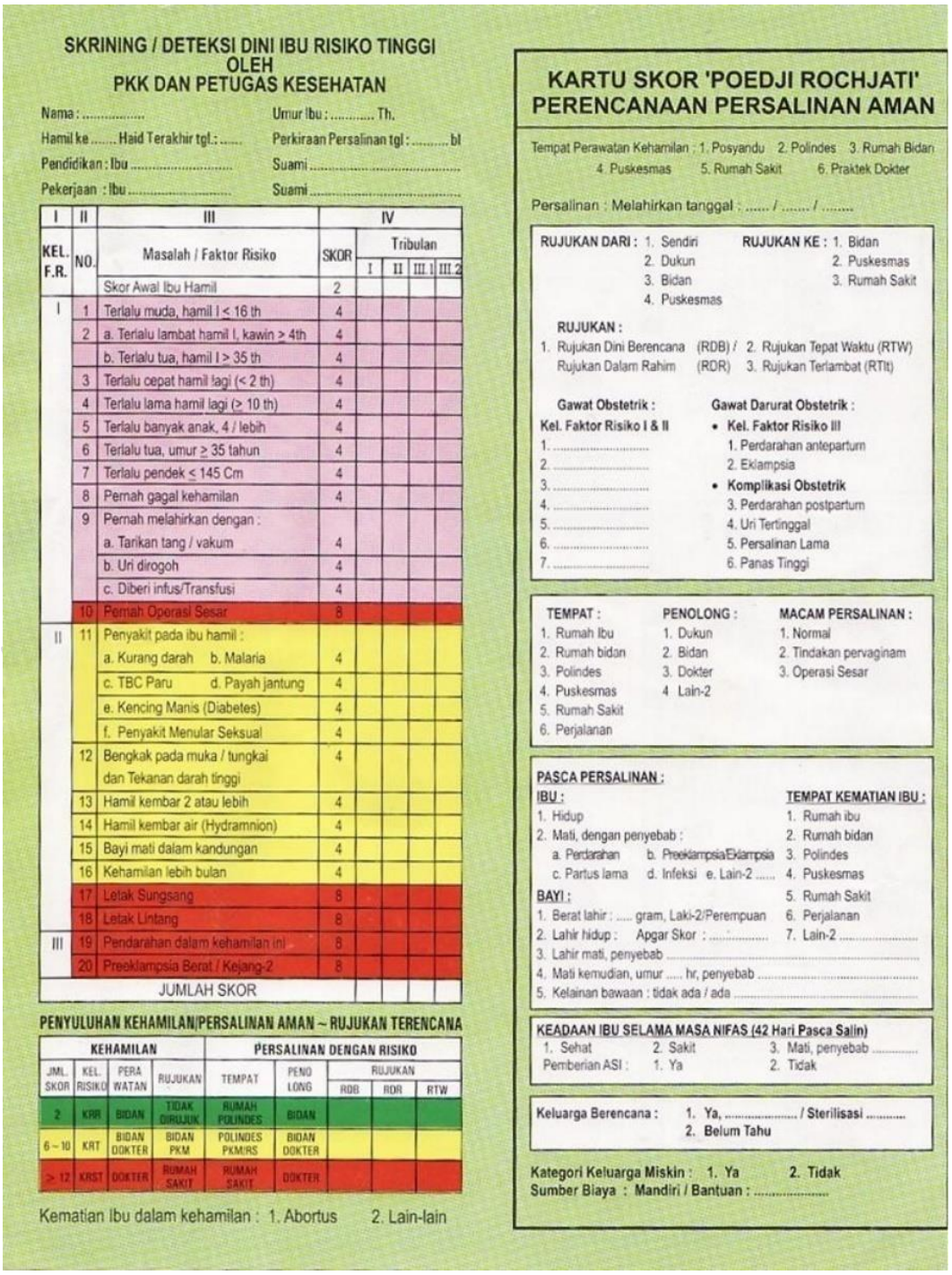
a. Kontak dengan dokter Spesialis Obsteri dan Ginekologi (SpOG)
b. Kontak dengan dokter gigi
c. Kontak dengan dokter umum
d. Kontak dengan dokter paru-paru
e. Kontak dengan ahli gizi



Gambar 2.2 Alur Pelayanan Antenatal Terpadu di Puskesmas
Sumber : (Kemenkes, 2018)

1) 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 :



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				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	II	III.1	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 dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

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

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : ..... / ..... / .....

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

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

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 .....

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

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

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

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

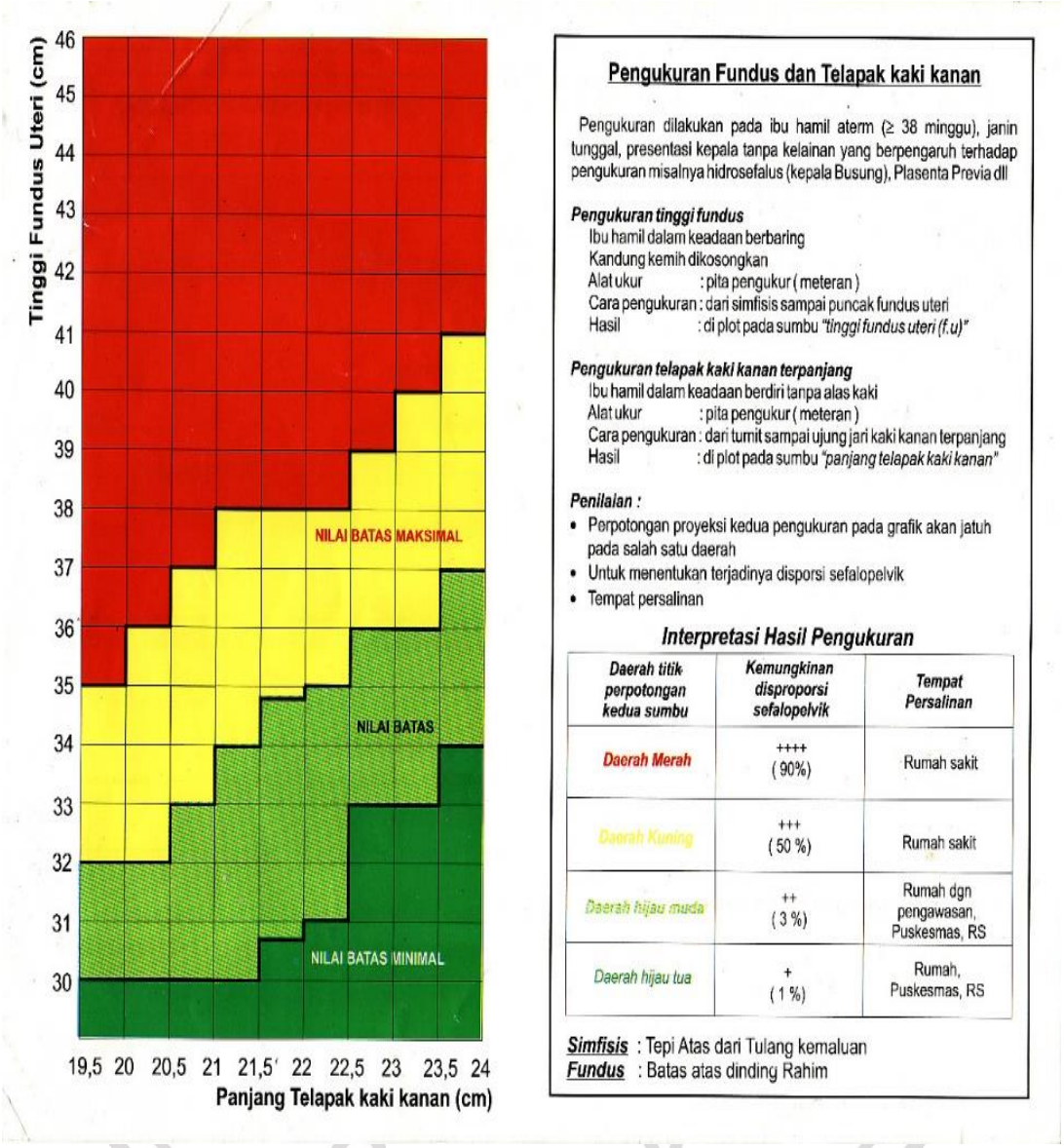
Gambar 2.3 Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)
Sumber: (Rochjati Poedji, 2015)

2) 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 dilakukan untuk mendeteksi adanya

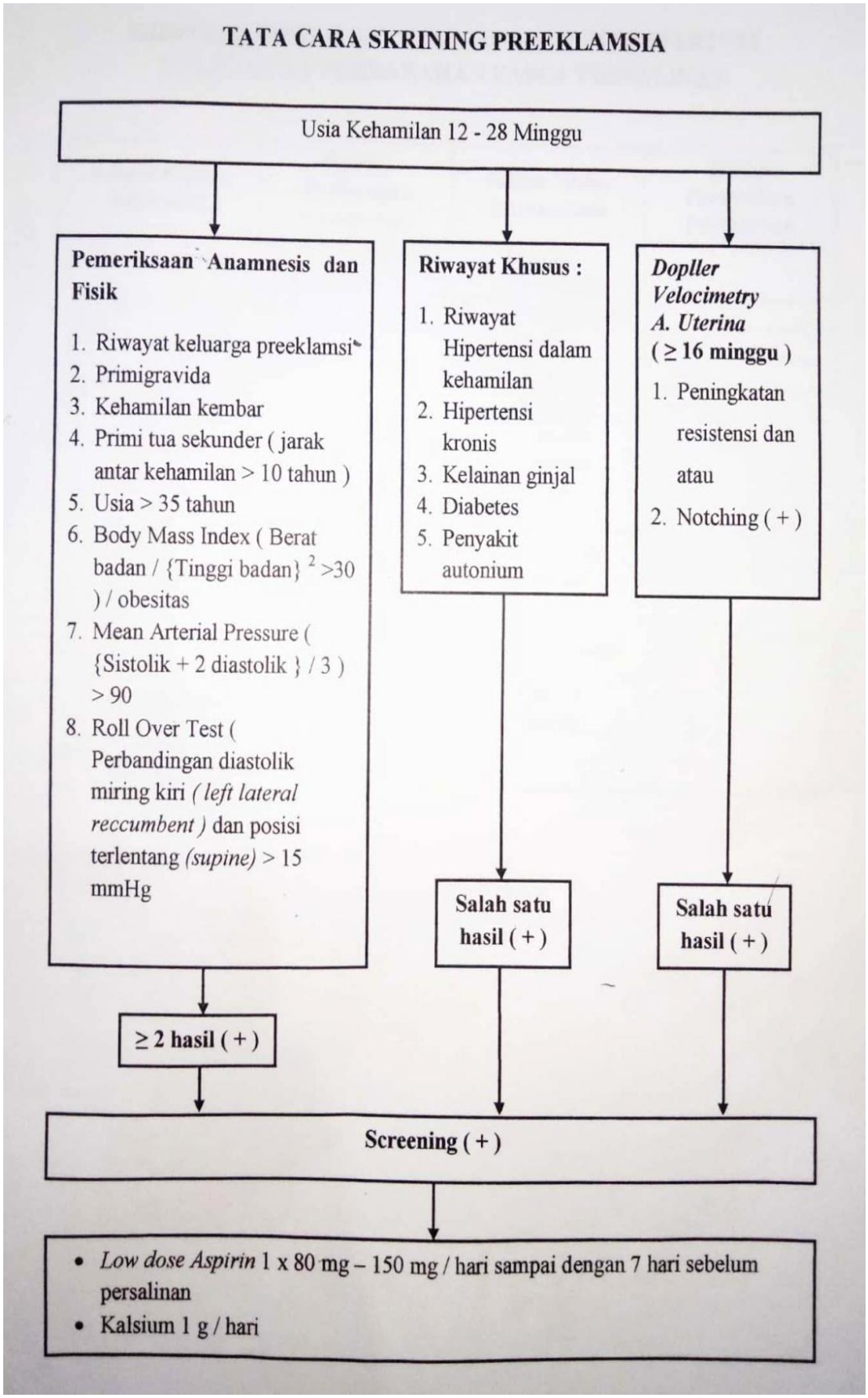
cephalo pelvic disproportion.



Gambar 2.4 Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan
Sumber: (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2016)

3) Skrining Pre Eklamsia (PEDANG)

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


TATA CARA SKRINING PREEKLAMSIA
Usia Kehamilan 12 - 28 Minggu
Pemeriksaan Anamnesis dan Fisik
1. Riwayat keluarga preeklamsi
2. Primigravida
3. Kehamilan kembar
4. Primi tua sekunder (jarak antar kehamilan > 10 tahun)
5. Usia > 35 tahun
6. Body Mass Index (Berat badan / {Tinggi badan} 2 >30) / obesitas
7. Mean Arterial Pressure ({Sistolik + 2 diastolik } / 3) > 90
8. Roll Over Test (Perbandingan diastolik miring kiri (left lateral reccumbent) dan posisi terlentang (supine) > 15 mmHg
Riwayat Khusus :
1. Riwayat Hipertensi dalam kehamilan
2. Hipertensi kronis
3. Kelainan ginjal
4. Diabetes
5. Penyakit autonium
Dopller Velocimetry A. Uterina (≥ 16 minggu)
1. Peningkatan resistensi dan atau
2. Notching (+)
≥ 2 hasil (+)
Salah satu hasil (+)
Salah satu hasil (+)
Screening (+)
• Low dose Aspirin 1 x 80 mg – 150 mg / hari sampai dengan 7 hari sebelum persalinan
• Kalsium 1 g / hari

SKRINING RESIKO ANTEPARTUM DAN INTRAPARTUM TERJADINYA PERDARAHAN PASCA PERSALINAN

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

Gambar 2.5 Skrining pre eklamsia
Sumber: (Kemenkes, 2015)

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan dan kelahiran normal adalah 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 janin (Saifuddin, 2014).

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

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikategorikan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks (Affandi, 2017).

Dari beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah suatu proses pengeluaran janin, plasenta dan selaput ketuban dari uterus ibu yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 – 42 minggu) tanpa disertai penyulit.

2.3.2 Bentuk Persalinan

Menurut (Manuaba, 2010), bentuk persalinan menurut definisi adalah sebagai berikut:

1. Persalinan spontan. Bila persalinannya seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri
2. Persalinan buatan. Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar
3. Persalinan anjuran (partus presipitatus).

2.3.3 Tanda Gejala Persalinan

Menurut (Mochtar, 2013), tanda dan gejala persalinan antara lain :

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

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

2.3.4 Deteksi Dini Masa Persalinan

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

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

1. Penapisan

   Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Langkah dan tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberi manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan lancar sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilanjutkan. Temuan masalah harus mendapatkan asuhan seperti yang terdapat pada tabel 2.5 yang ada dihalaman berikutnya.

Tabel 2.5 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala I

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Riwayat Bedah sesar	1. Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan Semangat
Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show)	Jangan lakukan periksa dalam 1. Baringkan Ibu ke sisi kiri 2. Pasang infus menggunakan jaum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat/garam fisiologis (NS). 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan.
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	1. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan neonatal. 2. Dampingin Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	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 untuk antisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan.
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.	1. Dengarkan DJJ, Jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai.
Ketubah pecah (lebih dari 24 jam) atau **Ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi < 37 minggu**	1. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat.
Tanda-tanda atau gejala infeksi : 1. Temperatur > 38º C 2. Menggigil 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan ketuban berbau	1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke RS rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin (pre eklamsia berat)	1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgS04 atau 40% IV (5-8 menit)

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
	4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomnia, polihidramnion, kehamilan ganda)	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat *Alasan: polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir.*
Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (Gawat janin)	1. Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur. 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam. 3. Segera rujuk ibu ke RS Rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan.
Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesarea 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll)	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	1. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan : Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam Kontraksi > 2 dalam 10 menit	1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tanda dan gejala syok : 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 dari30 kali per menit)	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 1 liter dalam waktu 15-20 menit : dilanjutkan dengan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian turunkan tetesan menjadi 125 ml/jam. 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
6. Delirium atau tidak sadar **7.** Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml per jam)	
Tanda dan gejala belum inpartu : 1. Frekensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik 2. Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam	1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan 2. Anjurkan ibu untuk begerak bebas Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang dan dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar: a. Cukup makan dan minum b. Kembali jika frekuensi dan lam kontraksi meningkat.
Tanda dan gejala inpartu lama : 1. Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf) 2. Pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam. 3. Frekuensi, kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit. Dan lamanya kurang dari 40 detik.	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memilik penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

Sumber: (Affandi, 2017)

Tabel 2.5 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala II

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Tanda dan gejala syok: 1. Nadi cepat, isi kurang (100x/menit atau lebih) 2. Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg) 3. Pucat pasi 4. Berkeringat atau dingin, kulit lembab 5. Nafas cepat (>30x/menit) 6. Cemas, binggung atau tidak sadar 7. Produksi urin sedikit (<30 cc/jam)	1. Baringkan miring kekiri 2. Naikkan kedua kaki untuk meningkat aliran darah kejantung 3. Pasang infus mengunakan 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
Tanda atau gejala dehidrasi: 1. Nadi cepat (100x/menit atau lebih) 2. Urin pekat 3. Produksi urin(>30cc/jam)	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 RS dan damping ibu.

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Tanda atau gejala infeksi: 1. Nadi cepat (110x/menit atau lebih) 2. Suhu lebih >38oC 3. Menggigil 4. Air ketuban atau cairan vagina yang berbau	1. Baringkan miring kekiri 2. Psang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 4. gram/oral 5. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 6. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala preeklamsi: 1. Tekanan darah diastolic 90-110 mmHg 2. Protein urinaria hingga 2+	1. Baringkan miring kekiri 2. Psang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala preeklamsi berat atau eklamsi: 1. Tekanan darah diastolic 110 mmHg atau lebih 2. Tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih dengan kejang 3. Nyeri kepala 4. Gangguan penglihatan 5. Kejang (eklamsi)	1. Baringkan miring kekiri. 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 3. Berikan dosis awal 4 G MgSO4 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit. 4. Berikan dosis pemeliharaan MgSO4 40%, 1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK. 5. Dampingi ibu ketempat rujukan.
Tanda-tanda inersia uteri: 1. Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik	1. Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan. 2. Anjurkan untuk minum. 3. Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan > 6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT) 4. Stimulasi putting susu. 5. Kosongkan kandung kemihnya. 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk dan dampingi kefasilitas kesehatan rujukan.
Tanda awal gawat janin **DJJ kurang dari 100 atau lebih 180 x/menit**	Nilai ulang DJJ selama 5 menit: 1. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. 2. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obtetri dan bayi baru lahir 3. Dampingi ibu ketempat rujukan
Kepala bayi tidak turun	1. Minta ibu meneran jongkok/berdiri. 2. Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi memadai 3. maka rujuk pasien dan dampingi.

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Tanda-tanda distosia bahu: 1. Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar. 2. Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali kedalam vagina (kepala'kura-kura') Bahu bayi tidak dapat lahir	Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan): 1. Prasat Mc Robert 2. Prolong Mc Robert (menungging) 3. Anterior dysiempact 4. Perasat Corkscrew dari Wood 5. Perasat Schwartz-Dixon
Tanda-tanda lilitan tali pusat: 1. Tali pusat melilit leher bayi	1. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi. 2. Jika tali pusat melilit erat dileher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem didua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.
Tanda-tanda cairan ketuban bercampur meconium: 1. Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung meconium)	1. Nilai DJJ: a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. b. Jika DJJ tidak normal, tangani sebagai gawat janin (lihat diatas). Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisab lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee DTT/steril) atau bola karet (penghisap (baru dan bersih). Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penelitian. 2. Nilai DJJ, jika ada: a. Segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan. b. Didampingi ibu ketempat rujukan. c. Posisikan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur/brancrat atau isi kandung kemih dengan larutan NS 0,9/air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan tinggikan bokong sambil ibu miring kekiri agar kepala bayi agar tidak menekan tali pusat dan tangan lain diabdomen untuk menahan bayi pada posisinya (keluarga dapat membantu melakukannya). 3. Jika DJJ tidak ada: a. Beritahukan ibu dan keluarganya. b. Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman.
Kehamilan tak terdeteksi	1. Nilai DJJ. 2. Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama. 3. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring kekiri dan segera rujuk.

Sumber: (Affandi, 2017)

Tabel 2.6 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala III dan IV

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Tanda atau gejala retensio plasenta: 1. Plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan	1. Jika tampak plasenta, lakukan penegangan plasenta terkendali dan tekanan dorso kranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta dapat dilahirkan. 2. Setelah plasenta: lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta (dijelaskan di awal bab ini). ATAU 1. Lakukan periksa dalam jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso kranial pada uterus. 2. Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infuse menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS a. Segera rujuk ke RS PONEK b. Dampingi ibu ke tempat rujukan 3. Jika retensio plasenta diikuti dengan perdarahan hebat, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), guyur RL atau NS dan 20 unit oksitosin 30 tetes permenit a. Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan b. Bila syarat untuk plasenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK. c. Dampingi ibu ke tempat rujukan 4. Tawarkan bantuan walaupun ibu ditangani oleh RS rujukan
Tanda atau gejala avulsi (putus): 1. Talipusat putus 2. Plasenta tidak lahir	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
Tanda atau gejala atonia uteri: 1. Perdarahan pasca persalinan 2. Uterus lembek dan tidak berkontraksi	1. Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri
Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan: 1. Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali 2. Selaput ketuban tidak lengkap 3. Perdarahan pasca persalinan 4. Uterus berkontraksi	1. Lakukan periksa dalam keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan masase uterus. Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa danya separasi parsial atau robekan jalan lahir.

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau servik 1. Perdarahan pasca persalinan 2. Plasenta lengkap 3. Uterus berkontraksi	1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir 2. Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2 lakukan penjahitan 3. Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks: a. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS. b. Segera rujuk ibu ke RS PONEK 4. Dampingi ibun ke tempat rujukan.
Tanda atau gejala syok: 1. Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit 2. Sistolik kurang dari 90 mmHg 3. Pucat 4. Keringat dingin, kulit lembab 5. Nafas cepat lebih dari 30x/menit 6. Delirium atau tidak sadar 7. Produksi urine kurang dari 20 cc/jam	1. Baringkan miring kiri 2. Naikkan kedua tungkai (posisi syok) 3. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS infuskan 1 L dan15 sampai 20 menit lanjutkan hingga 2 L kemudian 500 cc per jam 4. Jika terperatur tubuh tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 5. Segera rujuk ke RS PONEK 6. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda gejala dehidrasi: 1. Nadi lebih dari 100x/ menit 2. Temperatur lebih dari 38°C 3. Urine pekat 4. Produksi urine sedikit (20 cc/jam)	1. Anjurkan ibu untuk minum 2. Nilai kondisi setiap 15 menit (jam pertama) dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca persalinan 3. Jika dalam jam pertama kondisi tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL atau NS 500 cc/jam Jika temperatur ibu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 4. Segera rujuk ke RS PONEK dan damping.
Tanda atau gejala infeksi : 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur tubuh lebih dari 38°C 3. Keringat dingin 4. Lochea berbau	1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS 500 cc/jam 3. Berikan ampisilin atau amoxcilin 2 G/ oral 4. Segera rujuk ke RS PONEK Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda gejala preeklamsia ringan: 1. Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg 2. Protenuria	1. Nilai TD setiap 15 menit (pada saat beristirahat diantara kontraksi dan meneran). 2. Jika diastolik > 110 mmHg, pasang infus, berikan RL/NS 100 cc/jam 3. Baringkan miring kekiri 4. MgSO4 4 G dilanjutkan 1 G per jam dan nefidipin 10 mg. Rujuk ke RS PONEK
Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia: 1. Sistolik > 160 mmHg 2. Diastolik 110 mmHg 3. Kejang	1. Baringkan miring kekiri 2. Pasang infus dan berikan RL/NS 100 cc/jam 3. 20 cc MgSO4 20 % IV 8-10 menit dan lanjutkan dengan MgSO4 1 g/jam melalui infus Segera rujuk ke RS PONEK.

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Tanda dan gejala kandung kemih penuh: 1. Teraba bantalan air suprasympisis 2. Tinggi fundus diatas pusat 3. Uterus terdorong kekanan	1. Kosongkan kandung kemih. 2. Masagge uterus hingga berkontraksi baik 3. Jika tidak dapat berkemih, kateteresasi dengan teknik aseptic 4. Kemudian dengan massage uterus hingga berkontraksi baik. 5. Jika ibu mengalami perdarahan, periksa penyebabnya.

Sumber: (Affandi, 2017)

PENAPISAN IBU BERSALIN

DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

		Ya	Tidak
1.	Riwayat bedah sesar	☐	☐
2.	Perdarahan pervaginam	☐	☐
3.	Persalinan kurang bulan (<37 minggu)	☐	☐
4.	Ketuban pecah dengan mekonium yang kental	☐	☐
5.	Ketuban pecah lama (>24 jam)	☐	☐
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<27 minggu)	☐	☐
7.	Ikterus	☐	☐
8.	Anemia berat	☐	☐
9.	Tanda/gejala infeksi	☐	☐
10.	Pre eklamsi/hipertensi dalam kehamilan	☐	☐
11.	Tfu 40 cm atau lebih	☐	☐
12.	Gawat janin	☐	☐
13.	Primi para fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5	☐	☐
14.	Presentasi bukan belakang kepala	☐	☐
15.	Presentasi ganda	☐	☐
16.	Kehamilan gemelli	☐	☐
17.	Tali pusat menumbung	☐	☐
18.	Syok	☐	☐

Gambar 2.6 Lembar Penapisan
Sumber: (Affandi, 2017)

2. Partograf

Menurut (Affandi, 2017), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

a. Pencatatan Selama Fase Laten Kala Satu Persalinan

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

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

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

b. Pencatatan Selama Fase Aktif Kala Satu Persalinan

Menurut (Affandi, 2017), dijelaskan bahwa halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan yaitu:

1) Informasi tentang ibu
   a) Nama, umur
   b) Gravida, para, abortus (keguguran)
   c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas
   d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu

penolong persalinan mulai merawat ibu)

e) Waktu pecahnya selaput ketuban

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

2) Kondisi Janin

a) DJJ

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

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan pemeriksan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah:

U: Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium

D: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K: Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir

c) Penyusupan (molase) kepala janin

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

0 : Tulang tulang janin terpisah, sutura dengan mudah dipalpasi.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanyasaling bersentuhan.

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

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

3) Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan centimeter dan dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, denyut jantung janin, kontraksi uterus, dan frekuensi nadi ibu.

a) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda X harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Hubungkan tanda X dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terbawah janin

Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm. Tulisan turunnya kepala dan garis tidak putus dari 0-5 di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda O yang ditulis pada garis waktu yang sesuai.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjaraj 4 cm) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus sudah berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

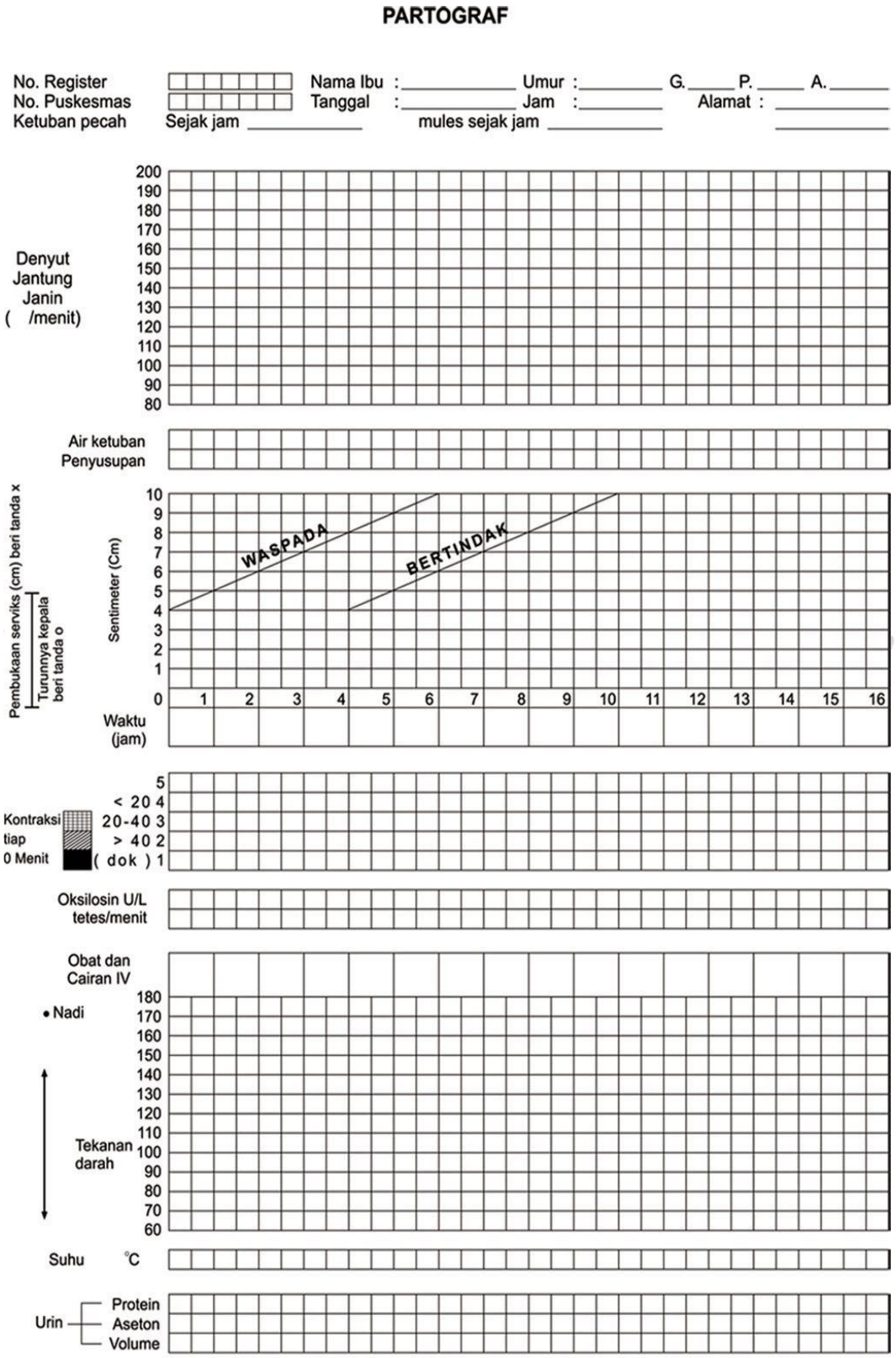
4) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

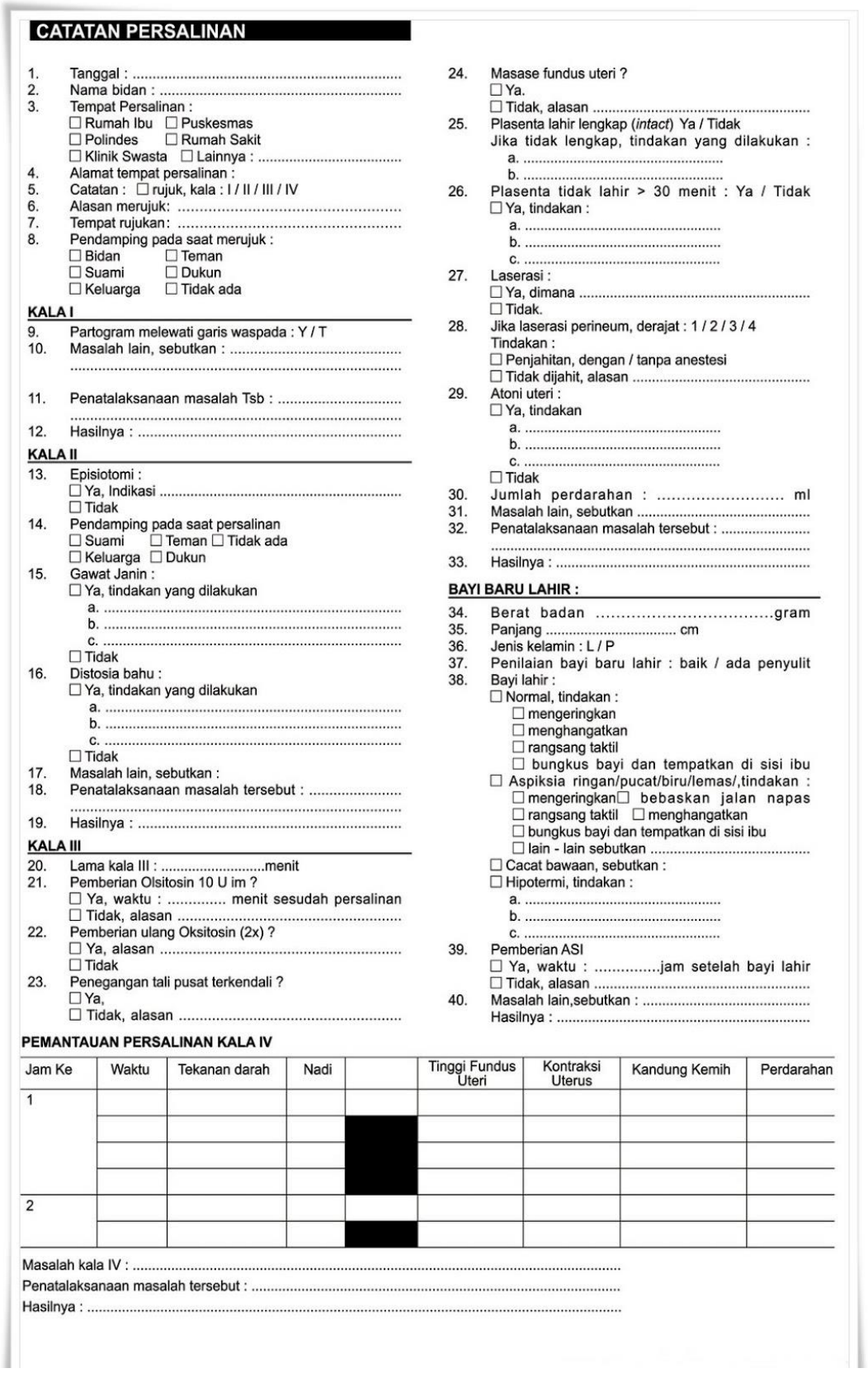
Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-12. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu actual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit.



Gambar 2.7 Partograf Halaman Depan
Sumber : (Affandi, 2017)



CATATAN PERSALINAN

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

KALA I

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

KALA II

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

KALA III

20. Lama kala III : .....menit
21. Pemberian Olsitosin 10 U im ?
    ☐ Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan
    ☐ Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
    ☐ Ya, alasan .....
    ☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
    ☐ Ya,
    ☐ Tidak, alasan .....
24. Masase fundus uteri ?
    ☐ Ya.
    ☐ Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
    a. .....
    b. .....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
    ☐ Ya, tindakan :
    a. .....
    b. .....
    c. .....
27. Laserasi :
    ☐ Ya, dimana .....
    ☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    Tindakan :
    ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    ☐ Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri :
    ☐ Ya, tindakan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ..... ml
31. Masalah lain, sebutkan .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
    .....
33. Hasilnya : .....

BAYI BARU LAHIR :

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

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 : .....

Gambar 2.8 Partograf Halaman Belakang
Sumber : (Affandi, 2017)

2.3.5 Tahapan Persalinan

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

1. Kala I

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

Fase-fase dalam persalinan kala I :

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 umunya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam
   4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik.
b. Fase aktif dibagi dalam 3 fase :
   1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, 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 (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2cm (multipara).
   3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin

2. Kala II

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

Tanda dan gejala kala II persalinan :

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

e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3. Kala III

Kala III persalinan dimulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya placenta dan selaput ketuban janin. Kala III persalinan di sebut juga sebagai stadium pemisahan dan ekspulsi plasenta (Prawirohardjo, 2016).

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah:

a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
b. Tali pusat memanjang.
c. Semburan darah mendadak dan singkat.

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Keuntungan – keuntungan manajemen aktif kala III yaitu persalinan kala III yang lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian reensio plasenta. Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama yaitu pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri.

4. Kala IV

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

a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
b. Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
c. Pantau tempertur tubuh tiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan ttalaksanan sesuai dengan apa yang diperlukan.

d. Nilai perdarahan. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat.
e. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yahng keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.
f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibub untuk mengenakan baju bersih dan kering, autr posisi ibu agar nyaman, duudk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, dengan bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan dipeluk dan diberik ASI.
g. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.

2.3.6 Mekanisme Persalinan

Hampir 96% janin berada dalam uterus dengan presentsi kepala dan pada presentasi kepala ini ditemukan ± 58% ubun-ubun kecil terletak di kiri depan, ± 23% di kanan depan, ± 11% di kanan belakang dan ± 8% di kiri bealakang. Keadaan ini mungkin di sebabkan terisinya ruangan di sebelah oleh kolon sigmoid dan rektum. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, keapala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul.

Masuknya kepala melintasi pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul (PAP). Dapat pula kepala masuk dalam keadaan asinklitismus, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul (PAP). Asinklitismus anterior menurut Naegele ialah apabila arah sumbu kepal membuat sudut lancipke depan dengan pintu atas panggul. Asinklitismus posterior menurut Litzman ialah apabila keadaan adalah sebaliknya dari asinklitismus anterior.

Keadaan asinklitimus anterior lebih menguntungkan dari mekanisme turunnya kepala dengan asinklitismus posterior karena ruangan pelvis di daerah posterior lebih luas jika di bandingkan ruangan pelvis di daerah anterior. Dengan fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil, yakni dengan diameter suboksipitobregmatikus (9,5cm) dan dengan sirkumferensia suboksipitobregmatikus (32cm) sampai didasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal.

Akibat kombinasi elastisitas diagfragma pelvis dan tekanan intrauterin di sebabkan oleh his berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi, disebut pula putaran pakasi dalam. Di dalam hal mengadakan rotasi ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil di bawah simfisis, dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat di lahirkan. Pada tiap his vulva lebih membuka dan keapala janin makin tampak. Perinium menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatan mengejan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka, dan akhirnya dagu. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang di sebut putaran paksi luar. Putaran paksi luar ini ialah gerakan kembali ke posisi sebelum putaran paksi dalam terjadi untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Apabila kepala telah di lahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang selanjutnya di lahirkan bahu depan terlebih dahulu, baru kemudian bahu belakang. Demikian pula di lahirkan trokanter depan terlebih dahulu, baru kemudian trokanter belakang. Kemudian, bayi lahir seluruhnya (Prawirohardjo, 2016).

2.3.7 Perubahan Fisik dan Psikologi Persalinan

1. Perubahan Fisik

Menurut (Prawirohardjo, 2016), perubahan fisik pada ibu ketika proses melahirkan adalah sebagai berikut :

a. 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 palapsi 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. Pertama pengurangan diameter horizontal menimbulkan pelurusan kolumna vertebralis janin, dengan menekankan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri, sementara kutub bawah di dorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke punggul. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang di timbulkannya di perkirakan telah mencapai antara 5 sampai 10 cm, tekanan yang di berikan dengan cara ini di kenal sebagai takanan sumbu janin. Kedua 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.

b. Serviks

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

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

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

Dilatasi serviks, jika di bandingkan dengan korpus uteri, segmen bawah rahim dan serviks merupakan daerah yang resistensinya lebih kecil. Oleh

karena itu, selama terjadi kontraksi, struktur-struktur ini mengalami peregangan, yang dalam prosesnya serviks mengalami tarikan sentrifugal. Ketika kontraksi uterus menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan 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.

c. Vagina dan dasar panggul

Jalan lahir di sokong dan secara fungsional di tutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Srtuktur yang paling penting adalah M. Levator ani dan fasia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat di anggap sebagai dasar panggul. Ketebalan M. Levator ani bervariasi 3 sampi 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. Perubahan psikologi ibu

Menurut (Astuti, 2017), perubahan psikologis yang dialami ibu bersalin sebagai berikut:

a. Khawatir bayi lahir sebelum waktunya dan konsisinya tidak normal.
b. Waspada munculnya tanda persalinan.
c. Lebih protektif.
d. Khawatir dan takut proses persalinan.
e. Merasa dirinya buruk dan aneh.
f. Penurunan libido.
g. Khawatir kehilangan perhatian.

2.3.8 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

1. Dukungan Emosional

Menururt (Medforth, et.al, 2011), jika wanita mendapat dukungan dari bidan selama pengalaman mereka melahirkan maka:

a. Lebih sedikit intervensi-induksi persalinan, SC, forcep, vakum, dan ketuban pecah artificial
b. Lebih sedikit analgetik farmokologis
c. Lebih sedikit episiotomi
d. Lebih sedikit imobilitas selama melahirkan dan selama persalinan
e. Lebih sedikit pemantauan eksternal janin dan abnormalitas jantung janin.

2. 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 sering kali memperpendek waktu persalinan. Memberitahukan pada ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit (Affandi, 2017).

3. 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 (Affandi, 2017).

4. 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 (Affandi, 2017).

2.3.9 Tanda Bahaya Persalinan

1. Menurut (Affandi, 2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala I berikut ini:
   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 > 38^0C, 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 menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
   n. Syok (nadi cepat lemah lebih dari 110x/menit, tekanan darah sistolik menurun, pucat, berkeringat dingin, napas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urin kurang dari 30 ml/jam).
   o. Fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit).
   p. Partus lama (pembukan 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. Menurut (Affandi, 2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala II di bawah ini:
   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° 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. Menurut (Affandi, 2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV berikut ini :
   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 38^0C, 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 Standart Asuhan Persalinan

Menurut (Depkes RI, 2012), ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar, untuk pengelompokan terdapat 4 standar dalam standar pertolongan persalinan yang harus ditaati seorang bidan, yaitu :

1. Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I

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

2. Standar 10 : Persalinan Kala II Yang Aman

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

3. Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

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

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

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

memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

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

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2013).

Menurut WHO (2010) dalam buku panduan pelayanan pasca persalinan, nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau masa puerperium mulai setelah partus selesai dan berakhir setelah 6 minggu atau 42 hari (Kemenkes, 2019).

Jadi dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa masa nifas atau masa puerperium adalah masa kembalinya alat-alat kandungan seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung mulai dari selesainya proses persalinan hingga 6 minggu atau 42 hari.

2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

Menurut (Mochtar, 2013), perubahan fisik yang terjadi pada seorang ibu nifas antara lain:

1. Uterus

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

Tabel 2.8 Tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi fundus uterus	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: (Mochtar, 2013)

2. Bekas Implantasi uri

Plasenta 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. Lokhia

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

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

6. Serviks

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

7. Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan. Setelah bayi lahir, secara beangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali.

2.4.3 Perubahan Psikologi

Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi dan tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Menurut (Winkjosastro, 2009), fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain :

1. Fase Taking In

   Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

2. Fase Taking Hold

   Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif dan mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3. Fase Letting Go

   Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu merawat bayinya.

2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut (Maryunani, 2015), 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 menggangu 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, membersihkan bagian genetalianya, mengganti pembalut minimal 2 kali/ hari atau saat pembalut mulai tampak kotor dan basah serta menggunakan pakaian dalam yang bersih.

5. Istirahat

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

6. Seksual

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

2.4.5 Tanda bahaya Nifas

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

1. Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan pasca persalinan atau perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir dengan jumlah darah ≥500 ml atau jumlah perdarahan yang keluar melebihi normal berpotensi memengaruhi perubahan

tanda-tanda vital (sitolik <90 mmHg, nadi >100 denyut/menit), pasien lemah, kesadaran menurun, berkeringat dingin, menggigil, hiperkapnia, dan kadar Hb <8 g%. Perdarahan post partum dibagi menjadi 2, yaitu perdarahan primer yang terjadi pada 24 jam pertama postpartum dan perdarahan sekunder yang terjadi setelah 24 jam postpartum.

Manajemen Aktif Kala III adalah upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan yang didiskusikan secara komprehensif oleh WHO. Bila placenta masih terdapat di dalam rahim atau keluar secara tidak lengkap pada jam pertama setelah persalinan, harus segera di lakukan placenta manual untuk melahirkan placenta.

Pengosongan kandung kemih mungkin dapat membantu terjadinya kontraksi. Bila perdarahan tidak segera berhenti, terdapat perdarahan yang segar yang menetap. Atau terjadi perubahanpada keadaan umum ibu, harus segera di lakukan pemberian cairan secara intravenadan transportasi ke fasilitas kesehatan yang sesuai bila tidak memungkinkan pengobatan secara efektif.

2. Infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah persalinan ditandai dengan adanya kenaikansuhu sampai 38^{o}C atau lebih yang terjadi antara hari kedua sampai kesepuluh postpartum, suhu diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari.

Infeksi nifas seperti sepsis, masih merupakan penyebab utama kematian ibu di negara berkembang. Demam merupakan salah satu gejala yang paling mudah di kenali. Pemberian antibiotika merupakan tindakan utama dan upaya pencegahan dengan persalinan yang bersih dan aman masih merupakan upaya utama. Faktor predisposisinya infeksi genetal pada masa nifas di sebabkan oleh persalinan macet, ketuban pecah dini dan pemeriksaan dalam yang terlalu sering.

3. Eklamsia (kejang)

Eklamsia merupakan keadaan serangan kejang tiba-tiba pada wanita hamil, bersalin atau nifas yang telah menunjukkan gejala preeklamsia sebelumnya.

Diagnosis:

a. Preeklamsia berat

1) Tekanan darah >160/110 mmHg paa usia kehamilan >20 minggu

2) Hasil tes celup urine menunjukkan proteinuria ≥2+ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil >5 g/ 24 jam
3) Adanya gejala lain yang menyertai seperti: trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemolisis mikroangiopati, peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran kanan atas, sakit kepala, skotomata penglihatan, pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, edema paru, dan oliguria (<500 ml/24jam)

b. Eklamsia

1) Kejang umum dan/atau koma
2) Ada tanda dan gejala preeklampsia
3) Tidak ada kemungkinan penyebab lain, misalnya: epilepsi, perdarahan subrakhnoid, dan meningitis.

Eklamsia adalah penyebab penting ketiga ibu di seluruh dunia. Ibu dengan persalinan yang di ikuti oleh eklamsia atau preeklamsia berat, harus di rawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesium sulfat (MgSO4).

4. Keadaan Abnormal pada Payudara

a. Puting susu lecet atau luka

Cara mengatasi:

1) Bayi disusui terlebih dahulu pada puting yang tidak lecet
2) Jangan menggunakan bahan bahan seperti sabun atau alkohol pada puting
3) Sehabis menyusu tidak perlu dibersihkan cukup dianginkan
4) Bubuhkan minyak kelapa pada puting susu
5) Menyusui dilakukan lebih sering 8-12 kali dalam 24 jam

b. Payudara bengkak

Cara mengatasi:

1) ASI dikeluarkan dengan menyusukannya, meskipun sedikit sakit, sebelum disusukan payudara dimasase
2) Kompres dengan air dingin agar kekejangan pembuluh vena berkurang dan mengurangi rasa sakit
3) Menyusu pada payudara yang tegang penuh tersebut dilakukan lebih lama dan lebih sering.

2.4.6 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

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

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

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

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

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

2. Kebijakan Pelayanan

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

Tabel 2.9 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	**6 – 8 jam setelah persalinan**	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan ; rujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

Kunjungan	Waktu	Tujuan
2	**6 hari setelah persalinan**	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan Istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari
3	**2 minggu setelah persalinan**	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal: Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari
4	**6 minggu setelah persalinan**	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber : (Saifuddin, 2014)

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang menangis spontan segera setelah lahir dan mempunyai berat badan ≥ 2500 gram dan cukup bulan (Saifuddin, 2014).

Bayi baru lahir normal adalah berat antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan yang berat). Bayi baru lahir adalah bayi yang baru dilahirkan sampai dengan usia 4 minggu (Marmi, 2014).

2.5.2 Tanda-Tanda BBL Normal

Menurut (Manuaba, 2010), Bayi baru lahir normal mempunyai ciri sebagai berikut :

1. Berat badan lahir 2500 – 4000 gram

2. Panjang badan lahir 48 – 52 cm
3. Lingkar kepala 33 – 35 cm
4. Lingkar dada 30 – 38 cm
5. Bunyi jantung dalam menit pertama koira-kira 160 ×/menit, kemudian menurun sampai 120 ×/menit
6. Pernafasan 40- 60 kali/menit
7. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi vernik caseosa
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku telah panjang (melewati jari) dan lemas
10. Genetalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora (perempuan), kedua testis sudah turun kedalam skrotum (laki – laki)
11. Refleks bayi sudah terbentuk dengan baik
12. Bayi berkemih dalam 24 jam pertama
13. Pengeluaran mekoneum dalam 24 jam pertama.

Menurut (Mochtar, 2013), Klasifikasi klinik nilai APGAR adalah:

a. Nilai 7-10 : bayi normal
b. Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
c. Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

Tabel 2.10 APGAR SCORE

SKOR	0	1	2
***Appearance Color* (warna kulit)**	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
***Pulse* (Denyut Jantung)**	Tidak ada	Kurang dari100	Diatas 100
***Grimace* (reaksi terhadap rangsangan)**	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/bersin
***Activity* (Tonus Otot)**	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
***Respiration* (usaha nafas)**	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : (Mochtar, 2013)

2.5.3 Masa Transisi BBL

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

1. Periode reaktifitas pertama

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

denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir melihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Pernapasan cepat, berada di tepi teratas rentang normal, dan terdapat ralesserta 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 putting susu ibu. Selama periode terjaga ini, setiap usaha harus dilakukan untuk memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir. Walaupun tidak direncanakan untuk memberikan ASI, membiarkan ibu menggendong bayi pada waktu ini membantu proses pengenalan. Bayi memfokuskan pandangan pada ibu atau ayah ketika mereka berada pada lapang penglihatan yang tepat. Bayi menunjukkan peningkatan tonus otot dengan ekstremitas atas fleksi dan ekstermitas bawah ekstensi posisi ini memungkinkan bayi untuk menyesuaikan tubuhnya dengan tubuh ibu ketika digendong.

Bayi seringkali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah bayi lahir. Bisisng 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 anteriosus tidak spenuhnya 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 menggangu 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 prmbrtian makan harus ditunda sampai penyebabnya telah diselidiki secara menyeluruh.

2.5.4 Kebutuhan Dasar BBL

Menurut (Affandi, 2017), kebutuhan dasar BBL meliputi pencegahan infeksi, penilaian awal BBL, pencegahan kehilangan panas, perawatan 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.

a. Cuci Tangan. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan

dengan bayi,serta memakai sarung tangan bayi pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

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

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

2. Penilaian awal BBL

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

a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
b. Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?

Jika bayi tidak bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitai bayi baru lahir.

3. Pencegahan kehilangan panas

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

4. Merawat tali pusat

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

5. Pemberian ASI

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

6. Pencegahan infeksi pada mata

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

7. Profilaksis perdarahan bayi baru lahir

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

8. Pemberian imunisasi Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu bayi. Pemberian imunisasi hepatitis B diberikan di paha kanan sesegera mungkin setelah bayi lahir.

2.5.5 Tanda Bahaya BBL

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

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

2.5.6 Standar Asuhan BBL

1. Standar Pelayanan Minimal

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

   a. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

      1) Tujuan

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

2) Pernyataan Standar

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

2. Kebijakan Pelayanan

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

a. Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir dilaksanakan dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung. Asuhan bayi baru lahir meliputi:
   1) Pencegahan infeksi (PI).
   2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi.
   3) Pemotongan dan perawatan tali pusat.
   4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
   5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam.
   6) Kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.
b. Pemberian ASI eksklusif, pemeriksaan bayi baru lahir, antibiotika dosis tunggal, pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata, pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan, pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri.
c. Pencegahan infeksi, BBL sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya : Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan, pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT. Jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
d. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi. Periksa ulang pernafasan, bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu, membersihkan jalan nafas, hangat, kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.
e. Pemotongan dan perawatan tali pusat. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu

stabil, ikat atau jepit tali pusat.

f. Waktu pemeriksaan bayi baru lahir: Bayi baru lahir sebelum usia 6 jam, usia 6-48 jam, usia 3-7 hari, minggu ke 2 pasca lahir.
g. Pemeriksaan Fisik.
h. Imunisasi mencegah penyakit TBC, Hepatitis, Polio, Difteri, Pertusis, Tetanus dan Campak. Bayi baru lahir dan neonatus harus diimunisasi lengkap sebelum berusia 1 tahun. Timbang BB bayi baru lahir dan neonatus sebulan sekali sejak usia 1 bulan sampai 5 tahun di posyandu. Cara menjaga kesehatan bayi yaitu amati pertumbuhan bayi baru lahir dan neonatus secara teratur.
i. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu :
   1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
   2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari.
   3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.
j. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.
k. Asuhan 6 - 48 jam setelah bayi lahir
   1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir.
   2) Jaga selalu kehangatan bayi.
   3) Perhatikan intake dan output bayi.
   4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
   5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
   6) Dokumentasikan.

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

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

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

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.6.1 Pengertian Neonatus

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

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari sedangkan neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari (Kemenkes, 2018).

2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut (Maryunani, 2015), 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. *'Bounding 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/Odor (Bau Badan). Setiap anak memiliki aroma yang unik dan bayi belajar dengan cepat untuk mengenali aroma susu ibunya. Indera penciuman bayi sangat kuat, jika seorang ibu dapat memberikan baying ASI pada waktu tertentu.
f. Gaya bahasa (*Entraiment*). Bayi mengembangkan irama akibat kebiasaan. Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa mereka menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, menendang-nendangkan kaki. Entraiment 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.
b. ASI merupakan nutrisi yang paling lengkap untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.
c. 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.
d. Mandi, untuk menjaga bayi selalu tetap bersih, hangat dan kering. Untuk menjaga kebersihan tubuh bayi, tali pusat,dan memberikan kenyamanan pada bayi.
e. Kebutuhan Asah, asah merupakan stimulasi mental yang akan menjadi cikal bakal proses pendidikan dimana bertujuan untuk mengembangkan mental, kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, moral, produktifitas dan lain-lain.
f. 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.

2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

Tanda bahaya yang mungkin terjadi pada neonatus menurut (Maryunani, 2015), antara lain :

1. Tidak mau minum/menyusu atau memuntahkan semua.
2. Riwayat kejang.
3. Bergerak hanya jika dirangsang/letergis.
4. Frekuensi napas ≤ 30x/menit dan ≥ 60x/menit.
5. Suhu tubuh ≤ 35,5^{o}C dan ≥ 37,5^{o}C.
6. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.
7. Merintih.
8. Nanah banyak di mata.
9. Pusat kemerahan meluas ke dinding perut.
10. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
11. Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat.
12. Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI.
13. BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram.
14. Kelainan kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit

2.6.4 Standar Asuhan Neonatus

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

2.7 Konsep Keluarga Berencana (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. Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan diberikan untuk menjarangkan jarak kehamilan berikutnya dalam 2 tahun jika seorang wanita masih merencanakan memiliki anak. Jenis kontrasepsi yang digunakan sama seperti prioritas pemilihan kontrasepsi pada masa interval. Prinsip utama penggunaan kontrasepsi pada wanita pascasalin adalah kontrasepsi yaitu tidak menggangu proses laktasi (Affandi, 2015).

2.7.2 Macam Alat Kontrasepsi Efektif

Menurut (Affandi, 2015), macam-macam metode kontrasepsi yang ada didalam program KB di Indonesia antara lain :

1. Pil
   a. Pil Kombinasi
      1) Pengertian

         Merupakan kontrasepsi oral yang mengandung hormon progesterone dan esterogen.

      2) Jenis
         a) Monofisik pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
         b) Bifasik pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
         c) Trifasik pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan tiga dosis berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

3) Cara kerja

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

4) Indikasi

a) Usia reproduksi
b) Telah memiliki anak atau puyung belum memiliki anak
c) Gemuk atau kurus
d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
e) Setelah melahirkan dan menyusui
f) Pasca keguguran
g) Anemia karena haid berlebihan, siklus haid tidak teratur
h) Riwayat kehamilan ektopik kelainan payudara jinak, diabetes tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, saraf, dan penyakit *tuberculosis* (TB)
i) Penyakit tyroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak.

5) Kontraindikasi

a) Hamil
b) Menyusui ekslusif
c) Perdarahan pervaginaan yang belum diketahui penyebabnya
d) Penyakit hati akut (hepatitis)
e) Perokok dengan usia > 35 tahun
f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah > 180/110 mmHg, riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun
g) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
h) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari
i) Migraine dan gejala neurologik lokal (epilepsy/riwayat epilepsy).

6) Kelebihan

a) Memiliki efektifitas yang tinggi
b) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil

c) Tidak mengganggu hubungan seksual
d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haiid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid
e) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause
f) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan
g) Mudah dihentikan setiap saat
h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
i) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
j) Membantu mencegah Kehamilan ektopik, Kanker ovarium, Kanker endometrium, Kisa ovarium, Penyakit radang pinggul, Kelainan jinak pada payudara, Dismenorhea.

7) Keterbatasan
a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari
b) Pusing, mual terutama pada 3 bulan pertama
c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama pada 3 bulan pertama
d) Nyeri payudara
e) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif
f) Berhenti haid, jarang pada pil kombinasi
g) Tidak boleh diberikan pada perempuan yang menyusui
h) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat, dan tidak mencegah IMS.

8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi
a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil
b) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid
c) Setelah melahirkan atau pascakeguguran
d) Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai ibu telah menghabiskan paket

pil tersebut

e) Setelah 6 bulan pemberian ASI ekslusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui

f) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid.

9) Tanda Bahaya dan Efek Samping

a) Sakit perut yang hebat.

b) Sakit dada yang hebat atau nafas pendek.

c) Sakit kepala hebat.

d) Keluhan mata seperti penglihatan kabur atau tidak dapat melihat.

e) Sakit tungkai bawah yang hebat (betis atau paha).

b. Pil progestin (Minipil)

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi peroral, dikonsumsi sebagai usaha pencegahan kehamilan mengandung hormon progesterone.

2) Jenis

a) Kemasan dengan pil isi 35 pil : 300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretindron

b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 mg desogestrel

3) Cara kerja

Menekan sekresi gonadotropin dan sistesi steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba transportasi sperma terganggu.

4) Indikasi

a) Usia reproduktif

b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak

c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui

d) Pasca persalinan dan tidak menyusui atau pasca keguguran

e) Perokok segala usia

f) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama < 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah
g) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen

5) Kontraindikasi
a) Hamil atau diduga hamil
b) Perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya
c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
d) Menggunakan obat TBC atau obat untuk epilepsi
e) Kanker peyudara atau riwayat kanker payudara
f) Sering lupa menggunakan pil
g) Riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darah miom uterus, progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus.

6) Kelebihan
a) Sangat efektif bila digunakan secara teratur
b) Tidak menggangu hubungan seksual
c) Tidak mempengaruhi ASI
d) Kesuburan cepat kembali
e) Nyaman dan mudah digunakan
f) Sedikit efek samping
g) Dapat dientikan setiap saat
h) Tidak mengaganggu estrogen

7) Keterbatasan
a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid
b) Peningkatan atau penurunan berat badan
c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatis, atau jerawat
f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi
g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat TBC atau epilepsi
h) Tidak melindungi dari Infeksi Menular Seksual (IMS) atau HIV/AIDS

8) Waktu Menggunakan Kontrasepsi

a) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid
b) Dapat digunakan setiap saat, asal tidak terjadi kehamilan
c) Bila klien tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil
d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat
e) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan, dank lien telah mendapat haid minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid
f) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ungin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hami. Tidak perlu menunggu datangnya haid berikutnya
g) Minipil dapat diberikan segera pascakeguguran
h) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.

2. Suntikan

a. Suntikan Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi suntik yang mengandung hormon sintetis progesterone atau estrogen.

2) Jenis

a) 25 mg Depo Medroksi Progesterone Asetat dan 5 mg Estradio Sipionat, diberikan secara IM sebulan sekali (setiap 4 minggu)
b) 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat, diberikan secara IM sebulan sekali (setiap 4 minggu).

3) Cara kerja

Mencegah implantasi, menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menghambat transportasi gamet oleh tuba/menggangu motilitas tuba.

4) Indikasi

a) Usia reproduksi

b) Telah memiliki anak/belum
c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi
d) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan
e) Setlah melahirkan anak dan tidak menyusui
f) Anemia
g) Nyeri haid hebat
h) Haid teratur
i) Riwayat kehamilan ektopik
j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

5) Kontraindikasi
a) Hamil atau diduga hamil
b) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
c) Perdarahan pervaginaan
d) Usia > 35 tahun yang merokok
e) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg), penyakit hati akut (virus hepatitis)
f) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan diabetes > 20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine dan keganasan pada payudara.

6) Kelebihan
a) Risiko terhadapat kesehatan kecil
b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
d) Jangka panjang
e) Efek samping sangat kecil
f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

7) Kerugian
a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari.
b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali

setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.

d) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi atau obat tuberkulosis.
e) Penambahan berat badan.
f) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B, atau infeksi virus HIV.
g) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

8) Waktu mulai menggunakan suntikan kontrasepsi
a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.
b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakannya kontrasepsi lain untuk 7 hari
c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
d) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan asalkan dapat dipastikan tidak hamil.
e) Bila pasca persalinan > 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, maka suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari ke 1 dan 7.
f) Bila pasca persalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi.
g) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberi.
h) Pascakeguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
i) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan hormonal kombinasi.
j) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi

sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.

k) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakini ibu tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid.

9) Tanda bahaya dan komplikasi

a) Pertambahan berat badan yang menyolok.
b) Sakit kepala yang berat.
c) Perdarahan per-vaginaan yang banyak.
d) Depresi.
e) Polyuri.

b. Suntikan Progestin

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi dengan jalan penyuntikan sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormon progesterone wanita usia subur. Suntikan progestin seperti depo-provera dan noris-terat mengandung hormon progestin saja. Suntikan ini baik bagi wanita yang menyusui dan diberikan setiap dua atau tiga bulan sekali.

2) Jenis

a) Depo Medroksi Asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik Intro Muskuler.
b) Depo Nonsterat Enontat (Depo Nonsterat) yang mengandung 200mg noratin dionanontat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik Intra Muskuler.

3) Cara kerja

Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gemat oleh tuba.

4) Indikasi

a) Usia reproduktif
b) Nulipara dan yang telah memiliki anak
c) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

d) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
e) Setelah melahirkan dan menyusui
f) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi serta sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
g) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darat atau anemia bulan sabit
h) Menggunakan obat untuk epilepsi atau obat tuberkulosis
i) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen
j) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

5) Kontraindikasi
a) Hamil atau dicurigai hamil
b) Perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya
c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorrhea
d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
e) Diabetes militus disertai komplikasi.

6) Kelebihan
a) Sangat efektif
b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri
d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
f) Sedikit efek samping
g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
h) Dapat digunakam oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
i) Membantu mencegah kanker endrometrium dan kehamilan ektopik dan menurunkan kejadian penyakit radang panggul
j) Menurunkan Krisis anemia bulan sabit

7) Keterbatasan
   a) Sering ditemukan gangguan haid
   b) Klien sangat bergantung pada tempat saran pelayanan kesehatan
   c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
   d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
   e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularann infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
   f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian suntikan
   g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genetalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan otot suntikan dari deponya (tempat suntikan)
   h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
   i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang
   j) Pada penggunaan jangka panjang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.

8) Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin
   a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
   b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
   c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tersebut tidak hamil.
   d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan
   e) Bila ini sedang digunakan menggunakan jenis kontrasepsi jenis dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya
   f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu

haid berikutnya datang.

g) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil

h) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur

9) Tanda bahaya dan komplikasi

a) Pertambahan berat badan yang menyolok.

b) Sakit kepala yang hebat.

c) Perdarahan per-vaginam yang banyak.

d) Depresi.

e) Poliuri.

3. Kontasepsi Implan

a. Pengertian

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3-5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu organisasi yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.

b. Jenis

Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel. Panjang kapsul adalah 34 mm dengan diameter 2,4 mm. Kapsul terbuat dari bahan silastik medic (polydimethylsioxane) yang fleksibel dimana kedua ujungnya ditutup dengan penyumbat sintetik yang tidak menggangu kesehataan klien. Setelah penggunaan selama 5 tahun, ternyata masih tersimpan sekitar 50% bahan aktif levonogestrel asal yang belum terdistribusi ke jaringan interstisial dan sirkulasi. Enam kapsul Norplant dipasang menurut konfigurasi kipas di bagian subdermal lengan atas.

1) Jadelle (Norplant II)

Masa kerja Norplant adalah 5 tahun tetapi studi komparasi dengan implan-2 ternyata 5- *year pregnancy rates* dan efek samping dari kedua kontrasepsi subdermal ini adalah sama. *Population Council* baru baru ini menyatakan bahwa Jadelle direkomendasikan untuk penggunaan 5 tahun dan

Norplant untuk 7 bulan. Kumulasi dari 5 year *pregnancy rate per 100 women-years* Jadelle 0,8 – 1,0 dan Norplant sebesar 0,2 per tahun.

2) Implanon

Implanon (Organon, Oss, Netherlands) adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandug etonogestrel (3-ketodesogestrel), merupakan metabolit desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progestional yang lebih tinggi dan levonorgestrel. Kapsul polimer (ethylene vinly acetate) mempunyai tingkat pelepasan hormon yang lebih stabil dari kapsul silatik Norplant sehingga variabilitas kadar hormon dalam serum menjadi lebih kecil.

Implanon dikemas dalam trokar kecil yang sekaligus disertai dengan pendorong (inserter) kapsul sehingga pemasangan hanya membutuhkan waktu 1 – 2,5 menit. Tidak seperti implant-2 (Jadelle, Implan-2 dan Sinoplant), Implanon dirancang khusus untuk inhibisi ovulasi selama masa penggunaan, karena ovulasi pertama dan luteinisasi terjadi pada paruh kedua tahun ketiga penggunaan maka implanon hanya direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan walaupun ada penelitian yang menyatakan masa aktifnya dapat mencapai 4 tahun. Dengan tidak terjadi kehamilan selama penggunaan pada 70.000 siklus perempuan maka implanon dikategorikan sebagai alat kontrasepsi paling efektif yang pernah dibuat selama ini.

3) Implan lainnya

Nestorone adalah progestin kuat yang dapat menghambat ovulasi dan tidak terikat dengan seks hormon binding globulin (SHBG) serta tanpa efek estrogenik dan androgenik. Nestorone menjadi tidak aktif bila diberikan per oral karena segera di metabolism dalam hati sehingga aman bagi bayi yang mendapat ASI dari seorang ibu pengguna kontrasepsi hormon subdermal. Penelitian saat ini mengarah penggunaan kapsul 40mm dengan dosis normal atau 30mm dengan dosis yang lebih tinggi agar dapat bekerja aktif untuk jangka waktu 2 tahun. Kapsul tunggal 30mm sedang diteliti di 3 senter tetapi dengan waktu yang sama, Nestorone kapsul unggul 30mm telah diregistrasi di Brazil dengan nama El-Cometrine tetapi digunakan untuk pengobatan endometriosis dengan waktu kerja aktif 6 bulan.

c. Cara Kerja

Lendir serviks menjadi kental, menggangu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi.

d. Indikasi

1) Usia reproduksi
2) Telah memiliki anak atau belum
3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
5) Pascapersalinan dan tidak menyusui atau pascakeguguran
6) Tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak sterilisasi
7) Riwayat kehamilan ektopik
8) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, dan anemia bulan sabit
9) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen
10) Sering lupa menggunakan pil

e. Kontaindikasi

1) Hamil atau diduga hamil
2) Perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya
3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
5) Miom uterus dan kanker payudara
6) Gangguan toleransi glukosa.

f. Kelebihan

1) Daya guna tinggi
2) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)
3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat
4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
5) Bebas dari pengaruh estrogen
6) Tidak mengganggu kegiatan senggama

7) Tidak mengganggu ASI
8) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
9) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

g. Keterbatasan

Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan, bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea.

h. Waktu Mulai Menggunakan Implan

1) Setiap saat selama siklus haid ke-2 sampai hari ke-7
2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
3) Bila klien tidak dapat, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsilian untuk 7 hari saja.
4) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat
5) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari saja.
6) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil.
7) Pasca keguguran dapat segera diinsersikan.
8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tidak hamil
9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implant dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut.
10) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dank lien ingin mengantinya dengan implant, implant dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. AKDR segera dicabut.

i. Tanda Bahaya dan Komplikasi

1) Amenorhea/ tidak haid.
2) Perdarahan bercak ringan atau spotting.
3) Ekspulisi (tepatnya batang implant dari tempat pemasangan).
4) Infeksi pada darah pemasangan.
5) Perubahan berat badan.

4. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a. Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang terbuat dari bahan plastic dan tembaga yang hanya boleh dipasang oleh dokter atau bidan terlatih dan mencegah sperma pria bertemu dengan sel telur wanita. Pemakaian AKDR dapat sampai 10 tahun (tergantung kepada jenisnya) dan dapat dipakai oleh semua wanita umur.

b. Jenis

1) AKDR CuT-380A

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

2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering)

c. Cara Kerja

Mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi.

d. Indikasi

1) Usia reproduktif
2) Keadaan nulipara
3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
6) Setelah mengalami abortus dna tidak terlihat adanya infeksi
7) Risiko rendah dari IMS
8) Tidak menghendaki metode hormonal
9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari

10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.

e. Kontaindikasi

1) Sedang hamil
2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
3) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik
4) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, sevistis) Penyakit trofobal yang ganas, diketahui menderita TBC pelvic, Kanker alat genital dan ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm
5) Kelainan bawah uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri

f. Kelebihan

1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi
2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
4) Sangat efektif karena tidak perlu bagi mengingat-ingat
5) Metode jangka panjang (10 tahun dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
6) Tidak ada efek samping hormonal
7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
8) Dapat dipasng segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih lebih setelah haid terakhir)

g. Keterbatasan

1) Efek samping yang umum terjadi :
   a) Perubahan siklus haid
   b) Haid lebih lama dan banyak
   c) Perdarahan (spotting) antara menstruasi
   d) Saat haid lebih sakit
2) Komplikasi lain :
   a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
   b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan

penyebab anemia

c) Proforasi dinding uterus
d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
e) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
f) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
g) Prosedur medis termasuk perempuan pelvik diperlukan dalam pemasangan serta sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan AKDR

h. Waktu Penggunaan Kontrasepsi AKDR

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

i. Tanda Bahaya dan Komplikasi

1) Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
2) Terlambat haid/amenore.
3) Sakit perut.
4) Keputihan yang sangat banyak/ sangat berbau.
5) Spotting, perdarahan pervagina, haid yang banyak, bekuan-bekuan darah.
6) Perforasi dinding uterus (sangat jarang).

5. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)

a. Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara ekslusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi jika :

1) Menyusui secara penuh *full breast feeding* lebih efektif bila pemberian > 8x sehari.
2) Belum haid
3) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

b. Cara kerja MAL

Penundaan/penekanan ovulasi.

c. Kelebihan Kontrasepsi

1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan persalinan)
2) Segera efektivitas
3) Tidak menggangu senggama
4) Tidak ada efek samping secara sistemik
5) Tidak perlu pengawasan medis
6) Tidak perlu obat atau alat
7) Tanpa biaya.

d. Keuntungan

1) Untuk bayi
   a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI)
   b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
   c) Terhindar dari keterpaparan terkontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.
2) Untuk ibu
   a) Mengurangi pendarahan pasca persalinan
   b) Mengurangi resiko anemia
   c) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

e. Yang Tidak Boleh Menggunakan MAL

1) Sudah mendapatkan haid setelah bersalin
2) Tidak menyusui secara ekslusif
3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam.

2.7.3 Penapisan

Tujuan utama penampisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi (misaknya: pil KB, suntikan, atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada:

1. Kehamilan
2. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus

3. Masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang juga membutuhkan pengamatan dan pengolahan lebih lanjut.

Tabel 2.11 Daftar Penapisan Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	**Ya**	**Tidak**
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarhan/perdarahan bercak Antara haid setelah sanggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah anda nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin).	**Ya**	**Tidak**
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyaakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenore berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah sanggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyait jantung valvular atau congenital		

Sumber : (Affandi, 2015)

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

2.7.4 Konseling Pra dan Pasca pemasangan Alat Kontrasepsi

Konseling 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.

1. Menurut (Affandi, 2015), langkah-langkah konseling KB (SATU TUJU) yaitu:

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

   TU : Ban**TU**lah 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 : **J**elaskan 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 **U**lang. 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.

2. Menurut (Affandi, 2015), informed choice ialah sebagai berikut:
   a. Informed choice adalah suatu kondisi peserta/calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahan yang cukup setelah mendapat informasi yang lengkap melalui KIP.
   b. Memberdayakan para klien untuk melakukan informed choice adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
   c. Bagi calon peserta KB baru, informed choice merupakan proses memahami kontrasepsi yang akan dipakainya.
   d. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut karena sudah mengerti tentang kontrasepsi yang akan dipilihnya.
   e. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.
   f. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi akan cepat berobat ketempat pelayanan.
   g. Bagi peserta KB yang informed choice berarti akan terjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsinya.

2.7.4 Efek Samping dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi Efektif

1. Pil progestin (minipil)

Tabel 2.13 Penanganan efek samping pil progestin yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Amenorea	Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Cukup konseling saja. Bila amenore berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik. Bila hamil jelaskan kepada klien bahwa minipil sangat kecil menimbulkan kelainan pada janin. Bila diduga kehamilan ektopik, klien perlu dirujuk, jangan memberikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid.
Perdarahan tidak teratur/spotting.	Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Bila klien tetap saja tidak dapat menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

Sumber: (Affandi, 2015)

2. Suntikan progestin

Tabel 2.14 Penanganan efek samping suntikan progestin yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Amenore (tidak terjadi perdarahan/spotting).	1) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik. 2) Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan. 3) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. 4) Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3 – 6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.
Perdarahan/perdarahan bercak (spotting).	1) 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), Ibuprofen (sampai 80 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. 2) Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. 3) Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3 – 7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 mg etinoestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14 – 21 hari.
Meningkatnya/menurunnya berat badan	1) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 -2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan kontrasepsi lain.

Sumber: (Affandi, 2015)

3. Implant

Efek samping dari pemasangan implant adalah perubahan perdarahan haid, perdarahan yang lama selama beberapa bulan pertama pemakaian, perdarahan atau bercak perdarahan diantara siklus haid, lamanya perdarahan atau bercak perdarahan berkurang, dan tidak mengalami perdarahan atau bercak perdarahan sama sekali selama beberapa bulan (amenore).

4. AKDR dengan Progestin

Tabel 2.15 Penanganan efek samping AKDR progestin yang sering ditemukan

Efek samping/masalah	Penanganan
Amenore	1) Pastikan hamil atau tidak. 2) Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%).

Efek samping/masalah	Penanganan
	3) Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat.
Kram	1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) 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	1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) 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. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR dan bantu klien memilih metode kontrasepsi lain.
Benang hilang	1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan ‘amenore’.
Cairan vagina/dugaan penyakit radang panggul	1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai. 2) Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut. 3) Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai AKDR lagi, berikan antibiotika selama 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan bantu klien untuk memilih metode kontrasepsi lain.

Sumber: (Affandi, 2015)

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.1 Manajemen Varney

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

1. Standar I : Metode Asuhan

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

   Definisi operasional :

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

2. Standar II : Pengkajian

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

   Definisi Operasional :

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

3. Standar III : Diagnosa Kebidanan

   Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

Definisi operasional :

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

4. Standar IV : Rencana Asuhan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan dari diagnosa kebidanan.

Definisi operasional :

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

5. Standar V : Tindakan

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

Definisi operasional :

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

6. Standar VI : Partisipasi Klien

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

Definisi operasional :

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

keputusan dalam asuhan.

c. Pasien dan keluarga diberdayakan dalam terlaksananya rencana asuhan klien.

7. Standar VII : Pengawasan

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

Definisi operasional :

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

8. Standar VIII : Evaluasi

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

Definisi operasional :

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

9. Standar IX : Dokumentasi

Asuhan kebidanan di dokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan.

Definisi operasional :

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

2.8.2 Standart Kompetensi Bidan

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

1. Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dalam ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etika yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir, dan keluarganya.
2. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya, dan memberikan pelayanan yang menyeluruh di

masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan untuk menjadi orang tua.

3. Bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan, dan rujukan.
4. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap tehadap 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 BBL sehat sampai usia 1 bulan.
7. Bidan memberikan asuhan yang brmutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat.
8. Bidan memberikan asuhan yang brmutu tinggi dan komprehensif pada keluarga dan kelompok.
9. Bidan mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan ganguan sistem reproduksi.