BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori *Continuity Of Care*

2.1.1 Pengertian

Continuity Of Care merupakan suatu kenyataan pada persaingan global yang semakin ketat yang menuntun kita semua untuk menyiapkan manusia Indonesia yang berkualitas tinggi sebagai generasi penerus bangsa yang harus disiapkan sebaik mungkin secara terencana, terpadu dan berkesinambungan. Upaya tersebut haruslah secara konsisten dilakukan sejak dini yakni sejak janin dalam kandungan, masa bayi dan balita, masa remaja hingga dewasa bahkan sampai usia lanjut (Yulizawati, 2017).

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

2.1.2 Tujuan

Menurut Saiffudin (2014), tujuan umum dilakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan adalah:

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

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan yang 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, 2014).

Masa kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Saiffudin, 2014).

Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ke 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016).

2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

Menurut Prawirohardjo (2016), pertumbuhan fisiologi pada janin antara lain:

1. Perkembangan Konseptus

   Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas 16 sel blastomer), kemudian menjadi blastokis (terdapat cairan di tengah) yang mencapai uterus, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi embrio (sampai minggu ke-7). Setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin.

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

2. Embrio dan janin

   Dalam beberapa jam setelah ovulasi akan terjadi fertilisasi di ampula tuba. Oleh karena itu, sperma harus sudah ada disana sebelumnya. Sehingga terjadilah fertilisasi ovum oleh sperma. Namun, konseptus tersebut mungkin sempurna, mungkin tidak sempurna. Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan USG akan tampak

sebagai kantong gestasi berdiameter 1 cm, tetapi embrio belum tampak. Pada minggu ke-6 usia konsepsi 4 minggu embrio berukuran 5 mm, kantung gestasi berukuran 2-3 cm. pada saat itu akan tampak denyut jantung secara USG. Pada akhir minggu ke-8 usia gestasi 6 minggu usia embrio berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relatif besar dan tonjolan jari. Gangguan atau teratogen akan mempunyai dampak berat apabila terjadi pada gestasi kurang dari 12 minggu, terlebih pada minggu ke 3.

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. Jantung telah terbentuk penuh.
7 Minggu	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8 Minggu	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai membentuk
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. ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk meconium dalam usus. Jantung berdenyut 120-150/menit.
17-24 Minggu	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28 Minggu	Perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir
29-32 Minggu	Bila bayi dilahirkan ada kemungkinan untuk hidup (50-70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah regular, suhu relative stabil.
33-36 Minggu	Berat janin 1500-2500 gram. Lanugo mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40 Minggu	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal

Sumber: Prawirohardjo, 2016.

3. Sistem kardiovaskuler

Mengingat semua kebutuhan janin disalurkan melalui vena umbilikal, maka sirkulasi menjadi khusus. Tali pusat berisi satu vena dan satu arteri. Vena ini berfungsi menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin. Sebaliknya,

kedua arteri berfungsi menjadi pembuluh balik yang menyalurkan darah kearah plasenta untuk dibersihkan dari sisa metabolisme.

4. Darah janin

Darah janin mengalami proses pembentukan yang unik yaitu bermula diproduksi di *yolk sac*, kemudian dihati dan disumsum tulang. Eritrosit janin relatif besar dan berinti. Hemoglobin mengalami peningkatan dari 12 g/dl pada pertengahan kehamilan menjadi 18 g/dl pada aterm. Eritrosit janin berbeda dengan eritrosit orang dewasa secara struktur dan metabolik yaitu lebih lentur karena berada dalam viskositas tinggi, dan mempunyai banyak enzim. *Eritropoiesis* janin dikendalikan oleh hormon eritropoetin janin. Terjadi peningkatan pada kondisi perdarahan, persalinan dan anemia akibat iso imunisasi. Volume darah diperkirakan 78 ml/kg berat. Sedangkan isi darah plasenta segera setelah pemotongan tali pusat ialah 45 ml/kg.

5. Sistem respirasi

Gerakan nafas janin telah dapat dilihat sejak kehamilan 12 minggu dan pada 34 minggu secara regular gerak nafas ialah 40-60/menit dan diantara jeda adalah periode *apnea*. Cairan ketuban akan masuk sampai bronkioli, sementara didalam alveolus terdapat cairan alveoli. Gerak nafas janin dirangsang oleh kondisi hiperkapnia dan peningkatan kadar glukosa. Sebaliknya, kondisi hipoksia akan menurunkan frekuensi nafas. Pada aterm normal, gerak nafas akan berkurang dan dapat terjadi *apnea* dalam 2 jam.

6. Sistem gastrointestinal

Perkembangan dapat dilihat di atas 12 minggu di mana akan nyata pada pemeriksaan USG. Pada 26 minggu enzim sudah terbentuk meskipun amilase baru nyata pada periode neonatal. Janin meminum air ketuban dan akan tampak gerakan peristaltik usus. Protein dan cairan amnion yang ditelan akan menghasilkan mekonium di dalam usus. Mekonium ini akan tetap tersimpan sampai partus, kecuali pada kondisi hipoksia dan stress, akan tampak cairan amnion bercampur mekonium.

2.2.3 Tanda-tanda Kehamilan

Menurut Manuaba (2010), tanda-tanda kehamilan dapat ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan sebagai berikut:

1. Tanda Tidak Pasti Kehamilan

a. *Amenorhea*

Pada saat wanita hamil terjadi sebuah konsepsi dan nidasi sehingga menyebabkan tidak terjadi pembentukan *Folikel de graff* dan ovulasi. Hal ini menyebabkan *amenorhea* pada seorang wanita yang sedang hamil. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dengan menggunakan perhitungan *Neagle* maka dapat ditentukan hari perkiraan lahir (HPL) yaitu dengan menambah tujuh pada hari, menggurangi tiga pada bulan, dan menambah satu pada tahun.

b. Mual dan Muntah

Pengaruh ketidakseimbangan antara hormon estrogen dan progesterone menyebabkan peningkatan asam lambung secara berlebihan. Mual dan muntah saat pagi hari disebut juga dengan *Morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis keadaan ini masih dapat diatasi. Akibat mual dan muntah nafsu makan menjadi berkurang.

c. Ngidam

Perempuan hamil biasanya menginginkan sesuatu, keinginan yang seperti itu dinamakan dengan ngidam.

d. Pingsan

Akibat adanya gangguan pada sirkulasi ke daerah kepala sehingga menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *sinkope*. Gangguan ini akan menghilang setelah usia kehamilan memasuki trimester kedua (saat UK 16 minggu).

e. Payudara Tegang

Pengaruh yang ditimbulkan dari hormone esterogen, progesterone dan *somatomamotrofin* menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan terasa tegang pada ujung saraf payudara tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f. Sering Buang Air Kecil (Miksi)

Akibat desakan Rahim kedepan yang disebabkan oleh kepala janin menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering Buang Air Kecil (Miksi), gejala ini menghilang saat kehamilan trimester 2.

g. Konstipasi dan Obstipasi

Pengaruh dari hormone progesterone dapat berpengaruh menghambat peristaltik pada usus, sehingga menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h. Pigmentasi Kulit

Terdapat pigmentasi kulit disekitar pipi (*cloasma gravidarum*), dan pada dinding perut terdapat *striae albican, striae livide* dan *linea nigra* semakin menghitam. Pada sekitar payudara bagian areola mammae terjadi hiperpigmentasi dan putting susu semakin menonjol.

i. *Epulis*

Saat kehamilan dapat terjadi hipertrofi gusi yang disebut *epulis*.

j. Varises

Karena pengaruh dari hormone esterogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, penampakan pembuluh darah terjadi di sekitar genetalia, kaki, betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini akan menghilang setelah persalinan.

2. Tanda Mungkin Kehamilan

a. Perut Membesar

b. Pada pemeriksaan dalam di temui:

1) Tanda *Hegar* yaitu perubahan pada rahim menjadi lebih panjang dan lunak sehingga seolah-olah kedua jari dapat saling bersentuhan.
2) Tanda *Chadwicks* yaitu vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah sehingga makin tampak dan kebiru-biruan karena pengaruh estrogen.
3) Tanda *Piscaceks* yaitu adanya pelunakan dan pembesaran pada unilateral pada tempat implantasi (rahim).
4) Tanda *Braxton Hicks* yaitu adanya kontraksi pada rahim yang disebabkan karena adanya rangsangan pada uterus.

3. Tanda Pasti Kehamilan

a. Gerakan janin dalam rahim

b. Terlihat dan teraba gerakan janin, teraba bagian-bagian janin.

c. Denyut jantung janin didengar dengan stetoskop Laenec, alat Kardiotografi, dan Doppler. Dilihat dengan ultrasonografi.

2.2.4 Perubahan Fisik Ibu Hamil

Menurut Prawirohardjo (2016), perubahan fisik pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

1. Perubahan pada sistem reproduksi

a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai berat rata-rata 1100 g.

Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk lengkung pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan lebarnya sehingga akan berbentuk oval. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih Panjang dan lunak yang dikenal dengan tanda *hegar*.

Pada akhir kehamilan 12 minggu uterus akan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong usus kesamping dan keatas , terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati. Pada triwulan akhir ismus akan berkembang menjadi segmen bawah uterus. Pada akhir kehamilan otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan menipis. Batas antara segmen atas yang tebal dan segmen bawah yang tipis disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis.

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual.

b. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Berbeda kontras dengan korpus, serviks hanya memiliki 10-15% otot polos. Jaringan ikat ekstraseluler serviks terutama kolagen tipe 1 dan 3 dan sedikit tipe 4 pada membrana basialis. Rasio tertinggi elastin terhadap kolagen terdapat di ostium interna. Baik elastin maupun otot polos semakin menurun jumlahnya mulai dari ostium interna dan ostium eksterna.

c. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selam 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relative minimal.

d. Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunggulan yang dikenal dengan tanda *Chadwick.* Perubahan ini meliputi penipisan mukosa hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina dan papilla mukosa juga mengalami hipertrofi.

2. Sistem Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *Striae Gravidarum.* Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan *sikatrik* dari striae sebelumnya.

Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya *(Linea Alba)* akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *Linea Nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *Chloasma.* Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan.

3. Sistem payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut *Colostrum* dapat keluar. Colostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *Prolactin Inhibiting Hormone.*

4. Sistem Metabolik

Sebagian besar perubahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester kedua dan ketiga pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebihan dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg.

Peningkatan jumlah cairan selama kehamilan adalah suatu hal yang fisiologis. Hal ini disebabkan oleh turunnya osmolaritas dari 10 mosm/kg yang diinduksi oleh makin rendahnya ambang rasa haus dan sekresi vasopressin. Fenomena ini mulai terjadi pada awal kehamilan. Pada saat aterm 3,5 liter cairan berasal dari janin, plasenta, dan cairan amnion, sedangkan 3 liter lainnya berasal dari akumulasi peningkatan volume darah ibu, uterus, dan payudara sehingga minimal tambahan cairan selama kehamilan adalah 6,5 liter.

5. Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 kardiak output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi

peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke 10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan esterogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer.

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan *preload* (peregangan) dan cardiak output sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan *sindrom hipotensi supine* dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi terlentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi terlentang pada akhir kehamilan.

6. Sistem Traktus Digestivus

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin dilambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pirosis *(Heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esophagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunya tonus sfingter esophagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah.

Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. *Epulis* selama kehamilan akan muncul, tetapi setelah persalinan akan berkurang secara spontan. *Haemoroid* juga merupakan suatu hal yang sering terjadi sebagai akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

7. Sistem Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuannya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

8. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar kurang lebih 135%. Akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon *prolaktin* akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm.

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar *adrenal* pada kehamilan fisiologi akan mengecil, sedangkan hormone *androstenedione, testosterone, dioksikortikosteron, aldosterone,* dan *kortisol* akan meningkat.

9. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang kearah dua tungkai. Sendi sakroilliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.

2.2.5 Perubahan Psikologi Ibu Hamil

Menurut Yulizawati (2017), perubahan psikologi pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

1. Trimester 1
   a. Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
   b. Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan ibu berharap dirinya tidak hamil.

c. Ibu selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan hanya sekedar untuk meyakinkan dirinya.
d. Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
e. Ketidakstabilan emosi dan suasana hati.

2. Trimester 2

a. Ibu sudah merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
b. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
c. Ibu sudah bisa merasakan gerakan bayi.
d. Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
e. Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
f. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya/pada orang lain.
g. Ketertarikan dan aktifitasnnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan peran baru.
h. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasa beban oleh ibu.

3. Trimester 3

a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
e. Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
f. Semakin ingin menyudahi kehamilannya.
g. Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya.
h. Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya.

2.2.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

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

1. Nutrisi yang adekuat

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklampsia. Jumlah pertambahan berat badan setidaknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran *premature*, anemia dan *edema*.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari.defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu.

d. Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui haemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi haemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi per minggu cukup adekuat.

e. Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang di butuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari.

f. Perawatan payudara

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

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

g. 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. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan *gingivitis*.

h. Kebersihan tubuh dan pakaian

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

i. Olahraga

Terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik atau mental, pada persalinan cepat, aman dan spontan. Jenis olah tubuh yang paling sesuai untuk ibu hamil, disesuaikan dengan banyaknya perubahan fisik seperti pada organ genital, perut kian membesar dan lain-lain. Dengan mengikuti senam hamil secara teratur dan intesif, ibu hamil dapat menjaga kesehatan tubuh dan janin yang dikandungnya secara optimal.

j. Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang nyaman dan dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan ganjal

dengan menggunakan bantal dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri.

2.2.7 Keluhan Ringan Dan Penanganan Dalam Kehamilan

Menurut Husin (2014), keluhan ringan dan penangganan kehamilan adalah sebagai berikut:

1. Keluhan ringan pada trimester I

a. Mual Muntah

Mual dan muntah merupakan interaksi yang kompleks dari pengaruh endokrin, pencernaan, faktor festibular, penciuman, genetik, psikologi. Berdasarkan beberapa studi dikemukakan bahwa mual muntah dalam kehamilan berhubungan dengan plasenta. Hal tersebut didasarkan pada hasil studi kasus pada pasien mola hidatidosa yang ternyata tetap menunjukan gejala mual muntah, hal tersebut mengindikasikan bahwa rangsangan mual muntah berasal dari plasenta, bukan janin. Teori ini diperkuat dengan gejala mual muntah yang biasannya terjadi setelah implantasi dan bersamaan saat produksi HCG mencapai puncaknya. HCG dihasilkan karena plasenta yang berkembang. Diduga bahwa hormon inilah yang memicu mual dan muntah dengan bekerja pada *chemoreseptor trigger zone* pada pusat muntah melalui rangsangan terhadap otot dari poros lambung.

Penanganan yang dapat dilakukan:

1) Melakukan pengaturan pola makan yaitu dengan memodifikasi jumlah dan ukuran makanan.
2) Menghindari ketegangan yang dapat meningkat stress dan menggangu istirahat tidur.
3) Meminum air jahe dapat mengurangi gejala mual dan muntah secara signifikan karena dapat meningkatkan mortilitas saluran cerna, yaitu dengan menggunakan 1 gr jahe sebagai minuman selama 4 hari.
4) Berikan tablet vitamin B6 1.5 mg/hari, untuk meningkatkan metabolisme serta mencegah terjadinya *enchepalopaty*.

b. *Hipesalivasi*

Hipersalivasi disebabkan oleh peningkatn keasaman di dalam mulut atau peningkatan asupan zat pati, yang menstimulasi kelenjar mengalami sekresi

berlebihan. Kondisi ini berlangsung terus menerus dan menjadi suatu siklus. Hal ini disebabkan bukan hanya karena efek mual dari peningkatan sekresi saliva yang berlebihan, tetapi juga karena ketidakmampuan menelan makanan yang berakibat semakin meningkatnya jumlah saliva didalam mulut. *Hipersalivasi* dapat diatasi dengan menyikat gigi, berkumur atau menghisap permen yang mengandung mint.

c. Pusing

Pusing biasanya terjadi pada awal kehamilan. Penyebab pasti belum diketahui. Akan tetapi diduga kerena pengaruh hormon progesteron yang memicu dinding pembuluh darah melebar, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan tekanan darah dan membuat ibu merasa pusing.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Bila disebabkan oleh hormon maka penanganannya cukup dengan istirahat dan tidur serta menghilangkan stress.
2) Bila disebabkan oleh anemia dan hipertensi maka harus diatasi dulu faktor penyebabnya. Dalam hal ini, bidan harus melakukan kolaborasi dokter.
3) Jika disebabkan karena hipotensi atau tekanan darah rendah maka dapat diatasi dengan mengurangi aktivitas dan menghemat pengeluaran energi.

d. Mudah Lelah

Pada awal kehamilan, wanita sering mengeluhkan mudah Lelah. Penyebab pastinya belum diketahui. Teori yang muncul yaitu diakibatkan oleh penurunan drastis laju metabolisme dasar pada awal kehamilan. Selain itu, peningkatan progesteron memiliki efek menyebabkan tidur. Keluhan ini akan hilang pada akhir trimester pertama.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Meyakinkan ibu bahwa kelelahan adalah hal yang normal dan bahwa kelelahan akan hilang secara spontan pada trimester II.
2) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di siang hari.
3) Menganjurkan ibu untuk minum lebih banyak, karena efek dari dehidrasi adalah kelelahan.
4) Menganjurkan ibu untuk melakukan latihan fisik ringan.
5) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan seimbang.

e. Peningkatan frekuensi berkemih

Selama kehamilan, terjadi perubahan yang besar baik secara anatomi maupun fisiologi dalam sistem perkemihan yang mengakibatkan munculnya keluhan fisik baik fisiologi ataupun patologi. Peningkatan progesteron dan esterogen pada kehamilan menyebabkan mukosa pada kandung kemih menjadi meningkat jumlah aliran darahnya. Dan selain itu letak kandung kemih yang bersebelahan dengan rahim membuat kapasitasnya berkurang.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Menyarankan untuk latihan kegel.
2) Tidak menyarankan ibu untuk mengurangi minum.
3) Menyarankan ibu untuk buang air kecil secara teratur.

2. Keluhan ringan pada trimester II

a. Pusing

Pusing merupakan timbulnya perasaan melayang karena peningkatan volume plasma darah yang mengalami peningkatan hingga 50%. Peningkatan volume plasma akan meningkat sel darah merah sebesar 15-18%. Peningkatan jumlah sel darah merah tidak diimbangi dengan kadar haemoglobin yang cukup, akan mengakibatkan anemia. Perubahan pada komposisi darah tubuh ibu hamil terjadi mulai minggu ke 24 kehamilan dan akan memuncak pada minggu ke 28-32 dan keadaan tersebut akan menetap pada minggu ke-36.

Penagganan yang bisa dilakukan:

1) Menghindari secara tiba-tiba dari keadaan duduk.
2) Hindari berdiri dalam waktu yang lama.
3) Makan teratur.
4) Berbaring dalam keadaan miring serta waspadai keadaan anemia.

b. Nyeri perut bawah

Nyeri perut bagian bawah biasa dikeluhkan 10% sampai 30% ibu hamil pada akhir trimester I atau ketika memasuki trimester II. Keluahan ini biasa terasa lebih pada ibu multigravida disebabkan karena tertariknya ligamentum, sehingga menimbulkan nyeri seperti kram ringan dan atau terasa seperti tusukan yang akan lebih terasa akibat gerakan tiba-tiba, di bagian perut bawah.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Menganjurkan ibu untuk menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi jongkok.
2) Mengajarkan ibu posisi tubuh yang baik, memperingan gejala nyeri yang mungkin timbul.

c. Nyeri punggung

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan dan perkembangan janin yang menyebabkan muatan di dalam uterus bertambah, menjadikan uterus terus membesar. Pembesaran uterus ini akan memaksa ligament, otot-otot, serabut saraf dan punggung teregangkan, sehingga beban tarikan tulang punggung ke arah depan akan bertambah dan menyebabkan lordosis fisiologis. Hal inilah yang menyebabkan nyeri punggung pada ibu hamil.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Memberitahu ibu untuk menjaga posisi tubuhnya.
2) Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga untuk melatih otot-otot tubuh serta membantu dalam menyesuaikan dengan perubahan fisiologis yang terjadi.
3) Menganjurkan ibu untuk menggurangi aktivitas fisiknya.

d. Flek kecoklatan pada wajah dan *Sikatrik*

Perubahan kulit yang terjadi selama kehamilan merupakan efek dari ketidakseimbangan hormon selama kehamilan, yang mempengaruhi perubahan pada kulit dan dialami oleh 90% wanita selama kehamilan. Hal ini tidak menimbulkan rasa kurang nyaman ibu hamil, namun lebih menimbulkan efek yang berkenaan dengan estetika wanita, sehingga mempengaruhi psikologi seorang ibu.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Anjurkan ibu untuk menggunakan lotion yang berasal dari bahan-bahan alami seperti ekstra tumbuhan dan atau minyak alami yang mengandung vitamin A dan E pada tubuh.
2) Beri dukungan dan informasi pada ibu bahwa hal ini terjadi pada kebanyakan wanita hamil dan akan berkurang setelah kehamilan berakhir.

e. Sekret vagina berlebihan

Peningkatan cairan servik selama kehamilan karena pengaruh peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada bagian servik vagina dan perineum. Hal ini menyebabkan terjadi pengentalan mukosa, jaringgan ikat melonggar dan sel-sel otot hipertropi. Akibat tingginya kadar esterogen memicu serviks menggeluarkan *leucorrhea*.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Ibu disarankan untuk menjaga kebersihan dirinya, yaitu dengan mengganti celana dalam sesering mungkin.
2) Menjaga kebersihan alat reproduksinya tetap kering setelah buang air kecil untuk mencegah pertumbuhan mikroganisme.

f. Konstipasi

Peningkatan progesteron yang mempengaruh kerja otot-otot polos tubuh mengakibatkan melambatnya gerakan peristaltik *esofagus* dan motilitas usus, sehingga proses pencernaan melambat. Akibat dari melambatnya motilitas usus mengakibatkan pengosongan lambung dan rektum melambat, sehingga menyebabkan penyerapan air lebih lama dan tinja menjadi kering sehingga sulit dikeluarkan dan terjadi konstipasi pada saat kehamilan.

1) Anjurkan ibu untuk mengkonsusmsi makanan yang mengandung serat.
2) Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan hidrasinya, dengan minum paling sedikit 8-10 geras air dalam sehari.
3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan secara rutin, baik dengan mengikuti kegiatan senam hamil atau sekedar berjalan ringan disetiap harinya.

3. Keluhan ringan pada trimester III

a. Sering berkemih

Sering berkemih dikeluhkan sebanyak 60% oleh ibu selama kehamilan akibat dari meningkatnya laju *Filtrasi Glomerolus*. Menjelang akhir kehamilan pada nullipara presentasi terendah sering ditemukan janin yang memasuki pintu atas panggul, sehingga menyebabkan dasar kandung kemih terdorong ke depan dan ke atas, mengubah permukaan yang semula *konveks* menjadi *konkaf* akibat tekanan.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Menjelaskan pada ibu bahwa sering berkemih merupakan hal normal akibat dari perubahan yang terjadi selam kehamilan.
2) Menganjurkan ibu mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.

b. Varises

Kelemahan katup vena pada kehamilan karena tingginya kadar hormon progesteron dan esterogen sehingga aliran darah balik menuju jantung melemah dan vena dipaksa bekerja lebih keras untuk dapat memompa darah. Karenanya, varises vena banyak terjadi pada tungkai vulva dan rektum. Selain perubahan yang terjadi pada vena, penekanan uterus yang membesar selama kehamilan pada vena panggul saat duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring dapat menjadi pencetus terjadinya varises. Selain itu pada kehamilan kadar esterogen dan progesteron memengaruhi pembuluh darah untuk relaksasi akibatnya tekanan akan meningkat sebagai usaha memompa darah.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Melakukan olahraga yang teratur.
2) Menjaga sikap tubuh yang baik.
3) Tidur dengan posisi kaki sedikit lebih tinggi selama 10-15 menit dan dalam keadaan miring.
4) Menghindari duduk dengan posisi kaki menggantung.

c. Sesak nafas

Peningkatan ventilasi menit yang meneyertai kehamilan sering dianggap sebagai sesak nafas. Sesak nafas merupakan keluhan yang sering dirasakan oleh 70% ibu hamil pada kehamilan trimester III yang dimulai pada 28-31 minggu. Hal ini disebabkan oleh usaha bernafas pada ibu hamil. Peningkatan ventilasi menit pernafasan dan beban pernafasan yang meningkat dikarenakan oleh rahim yang membesar sesuai dengan kehamilan sehingga menyebabkan peningkatan kerja nafas.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Menganjurkan ibu mengurangi aktivitas yang berat dan berlebihan.

2) Ibu hamil perlu memperhatikan posisi pada duduk dan berbaring.
3) Menghindari posisi tidur yang terlentang karena dapat mengakibatkan terjadinya ketidakseimbangan ventilasi *pervusi* akibat tertekannya vena.

d. Gangguan tidur dan mudah Lelah

Pada trimester III, hampir semua wanita mengalami gangguan tidur. Cepat lelah pada kehamilan disebabkan oleh *nocturia* (sering berkemih di malam hari), terbangun di malam hari dan menggangu tidur yang nyenyak. Dari beberapa penelitian menyatakan bahwa cepat Lelah pada ibu hamil dikarenakan tidur malam yang tidak nyenyak karena terbangun tengah malam untuk berkemih.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Mandi air hangat.
2) Minum air hangat, contohnya minum susu sebelum tidur.
3) Melakukan aktifitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur.

e. Nyeri perut bawah

Nyeri perut bawah dikeluhkan oleh sebagian besar ibu hamil. Keluhan ini dapat bersifat fisiologis dan beberapa lainnya merupakan tanda adanya bahaya dalam kehamilan. Secara normal, nyeri perut bawah dapat disebabkan oleh muntah yang berlebihan dan *konstipasi* yang dialami oleh sebagian besar ibu dalam kehamilannya. Nyeri ligamentum, torsi uterus yag parah dan adanya kontraksi *Braxton Hicks* juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri pada perut bagian bawah.

Penangganan yang bisa dilakukan:

1) Menganjurkan ibu untuk tirah baring.
2) Pemberian analgesik dalam hal ini mendapatkan pemantauan dari bidan atau dokter.

2.2.8 Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2016), pada umumnya 80-90 % kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12% kehamilan yang disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologi. deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah

terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.

1. Perdarahan Pervaginam

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

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

2. Pre-Eklampsia

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

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

c. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang-kunang.
d. Nyeri epigastrik.
e. *Oliguria* (luaran kurang dari 500 ml/jam).
f. Tekanan darah sistolik 20-30 mmHg dan diastolik 10-20 mmHg di atas normal.
g. *Proteinuria* (diatas 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 diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed)* maupun tersembunyi *(concealed*):

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

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

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

2.2.9 Standar Pelayanan Kehamilan (10T)

Menurut Kemenkes RI (2014), standar pelayanan asuhan kehamilan dalam "10T" meliputi:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

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

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

2. Ukur Tekanan darah (T2)

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

3. Nilai status Gizi (Ukur lingkar lengan atas /LiLA) (T3)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamilberisiko KEK. Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Ukur Tinggi fundus uteri (T4)

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

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

Tabel 2.2 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12 minggu	3 jari di atas simfisis
16 minggu	Pertengahan pusat-simfisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahanpusat-prosesus xiphoideus (Px)
36 minggu	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (Px)
40 minggu	Pertengahan pusat- prosesus xiphoideus(Px)

Sumber: Kemenkes RI, 2014.

6. Skrining Status Imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan (T6)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuai dengan status imunisasiTibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Jadwal imunisasi TT

Imunisasi	Interval Lama Perlindungan	TT (selang waktu minimal)
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	25 tahun/seumur hidup

Sumber: Kemenkes RI, 2016.

7. Beri Tablet tambah darah (tablet besi) (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi)dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8. Periksa laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan jugauntuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

c. Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dlakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

d. Pemeriksaan kadar gula darah.

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga.

e. Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malariadilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

f. Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

g. Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Teknik penawaran ini disebut *Provider Initiated Testing and Councelling (PITC)* atau Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling (TIPK).

h. Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan.

Mengingat kasus perdarahan dan preeklamsi/eklamsi merupakan penyebab utama kematian ibu, maka diperlukan pemeriksaan dengan menggunakan alat deteksi risiko ibu hamil oleh bidan termasuk bidan desa meliputi alat pemeriksaan laboratorium rutin (golongan darah, Hb), alat pemeriksaan laboratorium khusus (gluko-protein urin), dan tes hamil.

9. Tatalaksana/penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani

sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10. Temu wicara (konseling) (T10)

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

a. Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

b. Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

c. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehtan kesehatan.

e. Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan

minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

f. Gejala penyakit menular dan tidak menular.

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

g. Penawaran untuk melakukan tes HIV dan Konseling di daerah Endemis meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah endemis rendah.

Setiap ibu hamil ditawarkan untuk dilakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negatif diberikan penjelasan untuk menjaga tetap HIV negatif diberikan penjelasan untuk menjaga HIV negatif selama hamil, menyusui dan seterusnya.

h. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI ekslusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

i. KB paska persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.

j. Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi (T) yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi T2 agar terlindungi terhadap infeksi tetanus.

k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster)* secara bersamaan pada periode kehamilan.

2.2.10 P4K

Menurut Kemenkes RI (2018) Penurunan kematian ibu dan anak tidak dapat lepas dari peran pemberdayaan masyarakat, yang salah satunya dilakukan melalui pelaksanaan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Kementerian Kesehatan menetapkan indikator persentase puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan persentase Puskesmas melaksanakan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) sebagai upaya menurunkan kematian ibu dan kematian anak.

Kelas ibu hamil merupakan sarana bagi ibu hamil dan keluarga untuk belajar bersama tentang kesehatan ibu hamil yang dilaksanakan dalam bentuk tatap muka dalam kelompok. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu dan keluarga mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir dan aktivitas fisik atau senam ibu hamil.

Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil didapatkan dengan menghitung puskesmas yang telah melaksanakan kelas ibu hamil dibandingkan dengan jumlah seluruh Puskesmas di wilayah kabupaten/kota. Puskesmas dikatakan telah melaksanakan kelas ibu hamil apabila telah melakukan kelas ibu hamil minimal sebanyak 4 kali.

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan suatu program yang dijalankan untuk mencapai target penurunan AKI. Program ini menitik beratkan pemberdayaan masyarakat dalam monitoring terhadap ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Indikator Puskesmas melaksanakan orientasi P4K menghitung persentase puskesmas yang melaksanakan orientasi P4K. Adapun yang dimaksud orientasi tersebut adalah pertemuan yang diselenggarakan oleh puskesmas dengan mengundang kader dan bidan desa dari seluruh desa yang ada di wilayahnya dalam rangka memberikan pembekalan untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga, ibu hamil serta masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas.

Gambar 2.1 Stiker P4K
Sumber: Kemenkes RI, 2016.

1.2.11 ANC Terpadu

Pada peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 97 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa nifas, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual.

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

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

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

Menurut PERMENKES RI Nomor 97 Tahun 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 atau komplikasi kehamilan.
3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman.
4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit atau komplikasi.
5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
6. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

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

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

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

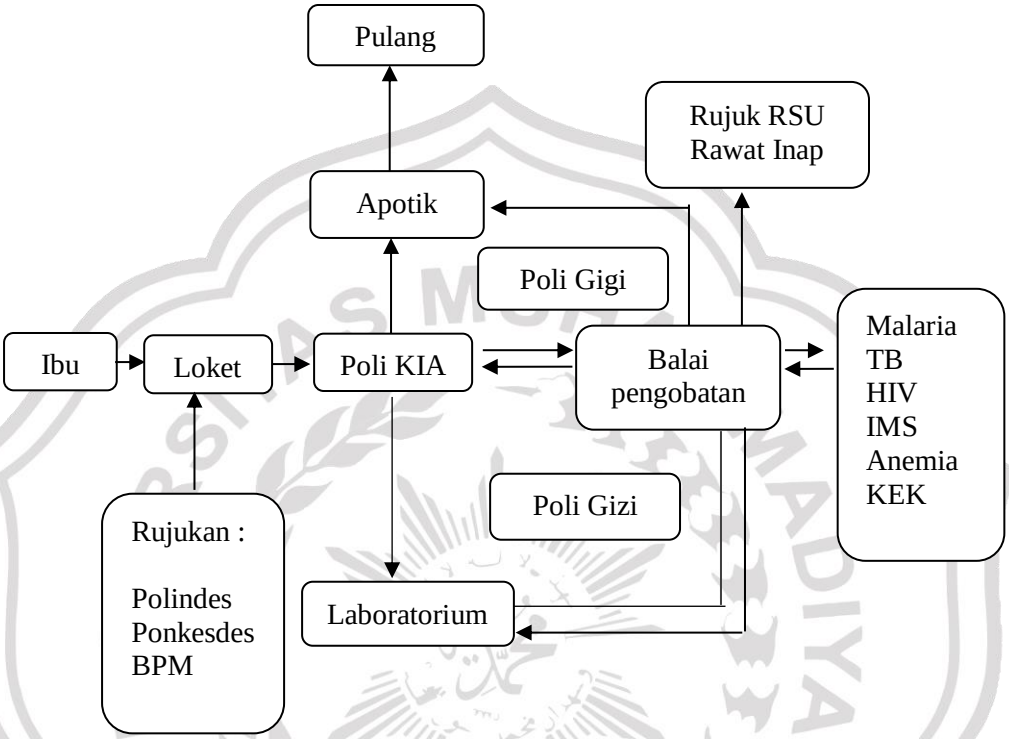
Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan (Permenkes, 2014).

Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu:

a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG)

b. Kontak dengan dokter gigi.
c. Kontak dengan dokter umum.
d. Kontak dengan dokter paru-paru.
e. Kontak dengan ahli gizi

Kerangka Konseptual Pelayanan ANC Terpadu Di Puskesmas



Gambar 2.2 Alur Pelayanan Antenatal Terpadu di Puskesmas
Sumber: Permenkes RI, 2014.

1.2.12 Deteksi Dini Risiko Tinggi

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 perencanan 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

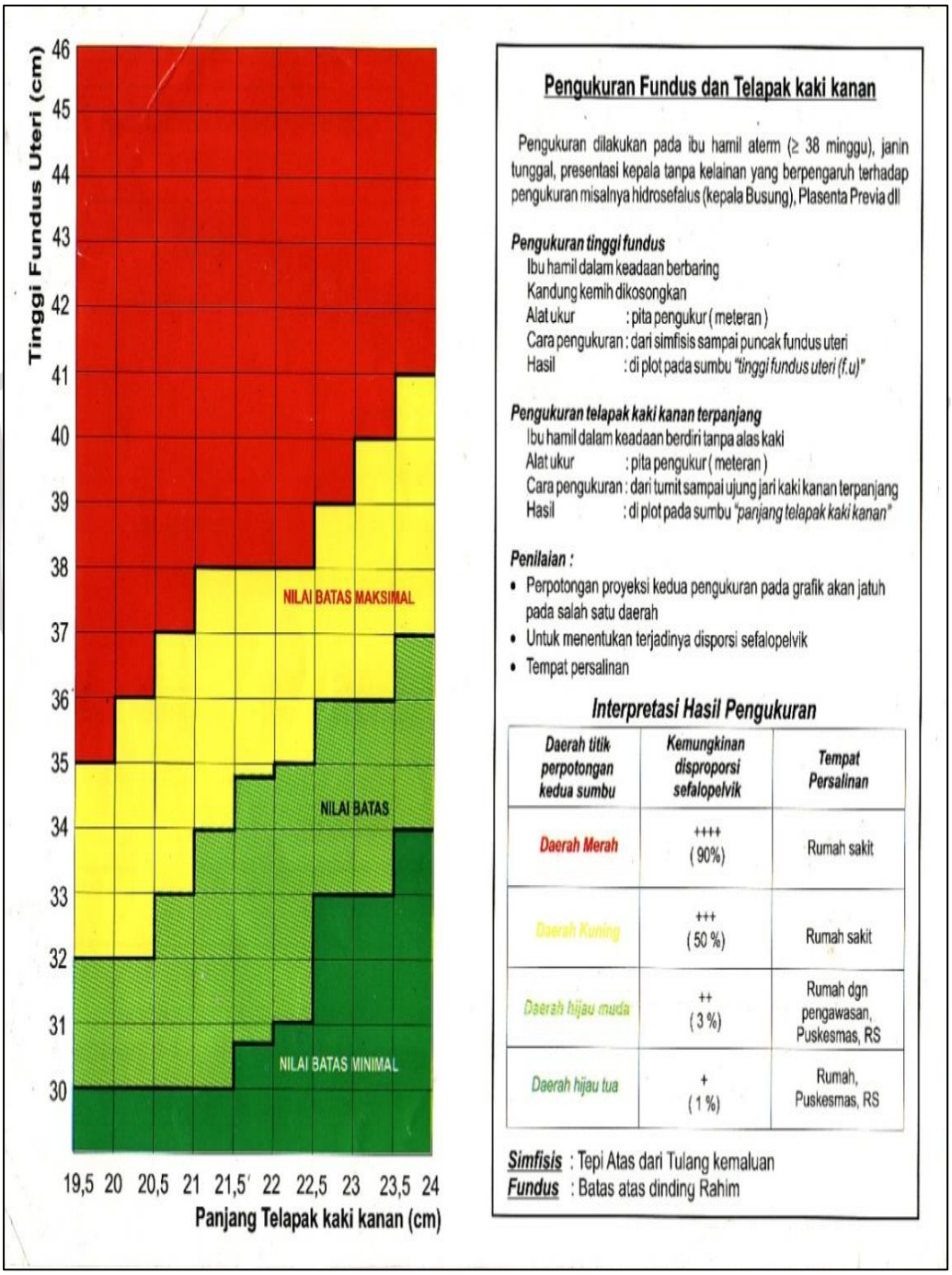
Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan : .....

Gambar 2.3 Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)
Sumber: Poedji Rochjati, dalam buku KIA, 2016.

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 di lakukan untuk mendeteksi adanya *cephalo pelvic disproportion*.



Gambar 2.4 Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan
Sumber:Soedarto, dalam Kesga Dinkes Jatim 2016.

3. Skrining Pre Eklampsia (PEDANG)

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

Gambar 2.5 Skrining Pre Eklamsia
Sumber: Kemenkes RI, 2015.

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang sudah cukup bulan atau bisa hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Saiffudin, 2014).

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

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks dan berakhir ketika lahirnya plasenta secara lengkap (Affandi, 2017).

2.3.2 Tanda dan Gejala Persalinan

Menurut Mochtar (2013), Tanda-tanda inpartu adalah:

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

Menurut Affandi (2017), tanda dan gejala inpartu adalah sebagai berikut:

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

2.3.3 Deteksi dini masa persalinan

Menurut Affandi (2017), deteksi dini masa persalinan dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Penapisan

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu

waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Karena menunda pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan risiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Langkah dan tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberi manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan lancar sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan.

a. Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala I

1) Riwayat Bedah sesar

Rencana asuhan:

a) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar.
b) Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan Semangat

2) Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (*show*)

Rencana asuhan:

a) Jangan lakukan periksa dalam.
b) Baringkan Ibu ke sisi kiri
c) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS).
d) Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar.
e) Dampingi Ibu ke tempat rujukan.

3) Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)

Rencana asuhan:

a) Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal.
b) Dampingin Ibu ke tempat rujukan.
c) Berikan dukungan dan semangat.

4) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.

Rencana asuhan:

a) Baringkan Ibu miring kiri
b) Dengarkan Denyut jantung janin (DJJ)
c) Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk

melakukan bedah sesar

d) Dampingi Ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir *De lee*, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untuk antisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan.

5) Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.

Rencana asuhan:

a) Dengarkan DJJ, Jika ada tanda-tanda gawat janin lakukan asuhan yang sesuai.

6) Ketubah pecah (lebih dari 24 jam) atau Ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi < 37 minggu.

Rencana asuhan:

a) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri

b) Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat.

7) Tanda-tanda atau gejala infeksi:

a) Temperatur > 38º C

b) Menggigil

c) Nyeri Abdomen

d) Cairan ketuban berbau

Rencana asuhan:

a) Baringkan ibu miring kiri

b) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam.

c) Segera rujuk ke rumah sakit rujukan

d) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat

e) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat

8) Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin (pre eklamsia berat).

Rencana asuhan:

a) Baringkan ibu miring kiri

b) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS).
c) Berikan dosis awal 4 gr MgS04 atau 40% IV (5-8 menit)
d) Segera rujuk ibu ke RS rujukan
e) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

9) Tinggi fundus (TFU) 40 cm atau lebih (*Makrosomnia, polihidramniosisi,* kehamilan ganda).

Rencana asuhan:

a) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria
b) 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.

10) Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (Gawat janin).

Rencana asuhan:

a) Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur.
b) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam.
c) Segera rujuk ibu ke rumah sakit Rujukan
d) Dampingi ibu pergi ke tempat rujukan.

11) Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5.

Rencana asuhan:

a) Baringkan ibu miring kiri.
b) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesarea
c) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.

12) Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).

Rencana asuhan:

a) Baringkan ibu miring kiri.
b) Segera rujuk ibu ke RS rujukan

c) Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

13) Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin)

Misalnya: lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala).

Rencana asuhan:

a) Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri.
b) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
c) Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.

14) Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan:

a) Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam
b) Kontraksi > 2 dalam 10 menit

Rencana asuhan:

(1) Segera rujuk ibu ke RS rujukan.
(2) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

15) Tanda dan gejala syok:

a) Nadi cepat, lemah (> 100 x/menit)
b) Tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg)
c) Pucat
d) Berkeringat atau kulit lembab, dingin
e) Nafas cepat (lebih dari 30 kali per menit)
f) Delirium atau tidak sadar
g) Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml per jam)

Rencana asuhan:

(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.
(5) Dampingi ke tempat rujukan.
(6) Berikan dukungan serta semangat.

16) Tanda dan gejala belum inpartu:

a) Frekensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik

b) Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam

Rencana asuhan:

(1) Anjurkan ibu untuk minum dan makan.

(2) Anjurkan ibu untuk begerak bebas.

(3) Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang dan dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar: Cukup makan dan minum dan kembali jika frekuensi dan lam kontraksi meningkat.

17) Tanda dan gejala inpartu lama:

a) Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf)

b) Pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam.

c) Frekuensi, kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit. Dan lamanya kurang dari 40 detik.

Rencana asuhan:

(1) Segera rujuk ke fasilitas yang memilik penatalaksanaan gawat darurat obstetri.

(2) Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

b. Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala II

1) Tanda dan gejala syok:

a) Nadi cepat, isi kurang (100x/menit atau lebih)

b) Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg)

c) Pucat pasi

d) Berkeringat atau dingin, kulit lembab

e) Nafas cepat (>30x/menit)

f) Cemas, binggung atau tidak sadar

g) Produksi urin sedikit (<30 cc/jam)

Rencana asuhan:

(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 cc/jam.

(4) Segera rujuk ke rumah sakit PONEK.

(5) Dampingi ibu ketempat rujukan.

2) Tanda atau gejala dehidrasi:

a) Nadi cepat (100x/menit atau lebih)

b) Urin pekat

c) Produksi urin(>30cc/jam)

Rencana asuhan:

(1) Anjurkan untuk minum

(2) Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di partograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu 1 jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam.

(3) Segera rujuk ke rumah sakit PONEK

(4) Dampingi ibu ketempat rujukan

3) Tanda atau gejala infeksi:

a) Nadi cepat (110x/menit atau lebih)

b) Suhu lebih dari 38°C

c) Menggigil

d) Air ketuban atau cairan vagina yang berbau

Rencana asuhan:

(1) Baringkan miring kekiri

(2) Pasang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125 cc/jam

(3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral

(4) Segera rujuk ke rumah sakit PONEK

(5) Dampingi ibu ketempat rujukan

4) Tanda atau gejala preeklamsi:

a) Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg

b) Protein urinaria hingga 2+

Rencana asuhan:

(1) Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat diantara kontraksi atau meneran).

(2) Miring ke kiri dan cukup istirahat, nifedipine *slow release* 2 x 30 mg.

(3) Bila gejala bertambah berat maka tatalaksana sebagai preeklampsia berat.

5) Tanda atau gejala preeklamsi berat atau eklamsi:

a) Tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih

b) Tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang
c) Nyeri kepala
d) Gangguan penglihatan
e) Kejang (eklamsi)

Rencana asuhan:

(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.

6) Tanda-tanda inersia uteri:

a) Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik.

Rencana asuhan:

(1) Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan.
(2) Anjurkan untuk minum.
(3) Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan >6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT)
(4) Stimulasi putting susu.
(5) Kosongkan kandung kemihnya.
(6) Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan.
(7) Dampingi ibu ketempat rujukan.

7) Tanda awal gawat janin DJJ kurang dari 100 atau lebih 180 x/menit.

Rencana asuhan:

Nilai ulang DJJ selama 5 menit:

a) Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.
b) Jika DJJ abnormal, rujuk ibu kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obtetri dan bayi baru lahir
c) Dampingi ibu ketempat rujukan.

8) Kepala bayi tidak turun

Rencana asuhan:

a) Minta ibu meneran jongkok/berdiri.
b) Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi memadai maka rujuk pasien kefasilitas rujukan.
c) Damping ibu ketempat rujukan

9) Tanda-tanda distosia bahu:

a) Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar.
b) Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali kedalam vagina (kepala'kura-kura')
c) Bahu bayi tidak dapat lahir

Rencana asuhan:

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*

10) Tanda-tanda lilitan tali pusat:

a) Tali pusat melilit leher bayi

Rencana asuhan:

(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.

11) Tanda-tanda cairan ketuban bercampur mekonium:

a) Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung mekonium)

Rencana asuhan:

(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 lendir dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lendir *De Lee* DTT/steril) atau bola karet penghisap (baru dan bersih). Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penelitian.

12) Tanda-tanda tali pusat menumbung

Rencana asuhan:

(1) 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).

(2) Jika DJJ tidak ada:

(a) Beritahukan ibu dan keluarganya.

(b) Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman.

13) Kehamilan kembar tak terdeteksi

Rencana asuhan:

a) Nilai DJJ.

b) Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama.

c) Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring kekiri.

d) Segera rujuk ibu ke RS PONEK.

e) Dampingi ibu ketempat rujukan.

c. Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala III dan IV

1) Tanda atau gejala retensio plasenta:

a) Plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan

Rencana asuhan:

(1) Jika tampak plasenta, lakukan penegangan plasenta terkendali dan tekanan dorso kranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta dapat dilahirkan.

(2) Setelah plasenta lahir: lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta (dijelaskan di awal bab ini).

(3) Lakukan periksa dalam jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso kranial pada uterus.

(4) Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS

(a) Segera rujuk ke RS PONEK

(b) Dampingi ibu ke tempat rujukan

(5) 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.

(d) Tawarkan bantuan walaupun ibu ditangani oleh RS rujukan.

2) Tanda atau gejala avulsi (putus):

a) Talipusat putus

b) Plasenta tidak lahir

Rencana asuhan:

(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

3) Tanda atau gejala atonia uteri:

a) Perdarahan pasca persalinan

b) Uterus lembek dan tidak berkontraksi

Rencana asuhan:

(1) Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri

4) Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan:

a) Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali

b) Selaput ketuban tidak lengkap
c) Perdarahan pasca persalinan
d) Uterus berkontraksi

Rencana asuhan:

(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 adanya separasi parsial atau robekan jalan lahir.

5) Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau servik
a) Perdarahan pasca persalinan
b) Plasenta lengkap
c) Uterus berkontraksi

Rencana asuhan:

(1) Lakukan pemeriksaan jalan lahir
(2) Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2 lakukan penjahitan
(3) Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 pada robekan serviks:
Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS dan Segera rujuk ibu ke RS PONEK
(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

6) Tanda atau gejala syok:
a) Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit)
b) Sistolik kurang dari 90 mmHg
c) Pucat
d) Keringat dingin, kulit lembab
e) Nafas cepat lebih dari 30x/menit
f) Delirium atau tidak sadar
g) Produksi urine kurang dari 20 cc/jam

Rencana asuhan:

(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) Segera rujuk ke RS PONEK

(5) Dampingi ibu ketempat rujukan

7) Tanda atau gejala dehidrasi:

a) Nadi lebih dari 100x/ menit

b) Temperatur lebih dari 38°C

c) Urine pekat

d) Produksi urine sedikit (20 cc/jam)

Rencana asuhan:

(1) Anjurkan ibu untuk minum

(2) Nilai kondisi setiap 15 menit (jam pertama) dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca persalinan

(3) Jika dalam jam pertama kondisi tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL atau NS 500 cc/jam jika temperatur ibu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi

(4) Segera rujuk ke RS PONEK

(5) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

8) Tanda atau gejala infeksi :

a) Nadi lebih dari 100x/menit

b) Temperatur tubuh lebih dari 38°C

c) Keringat dingin

d) Lochea berbau

Rencana asuhan:

(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

(5) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

9) Tanda gejala Preeklamsia ringan:

a) Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg

b) Protenuria

Rencana asuhan:

(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 nifedipin 10 mg

(5) Rujuk ke RS PONEK

10) Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia:

a) Sistolik > 160 mmHG

b) Diastolik 110 mmHG

c) Kejang

Rencana asuhan:

(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

(4) Segera rujuk ke RS PONEK.

11) Tanda dan gejala kandung kemih penuh:

a) Teraba bantalan air supra sympisis

b) Tinggi fundus diatas pusat

c) Uterus terdorong kekanan

Rencana asuhan:

(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.

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 gemeli	☐	☐
17.	Tali pusat menumbung	☐	☐
18.	Syok	☐	☐

Gambar 2.6 Penapisan
Sumber: Affandi, 2017.

2. Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Rekam medis No. : .....
N a m a : .....
U m u r : ..... Th
BB, MKB : ..... Kg

MASUK KAMAR BERSALIN Tgl : ..... Jam : .....

A. ANAMNESE

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

B. KEADAAN UMUM

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

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

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

Gambar 2.7 Halaman Depan Lembar Observasi
Sumber: Affandi, 2017.

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

Gambar 2.8 Halaman Belakang Lembar Observasi
Sumber: Affandi, 2017.

3. Partograf

Menurut Affandi (2017), partograf adalah suatu alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan (DJJ, pembukaan, His, Nadi, TTV, jumlah urine yang dikeluarkan) pada kala satu dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

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

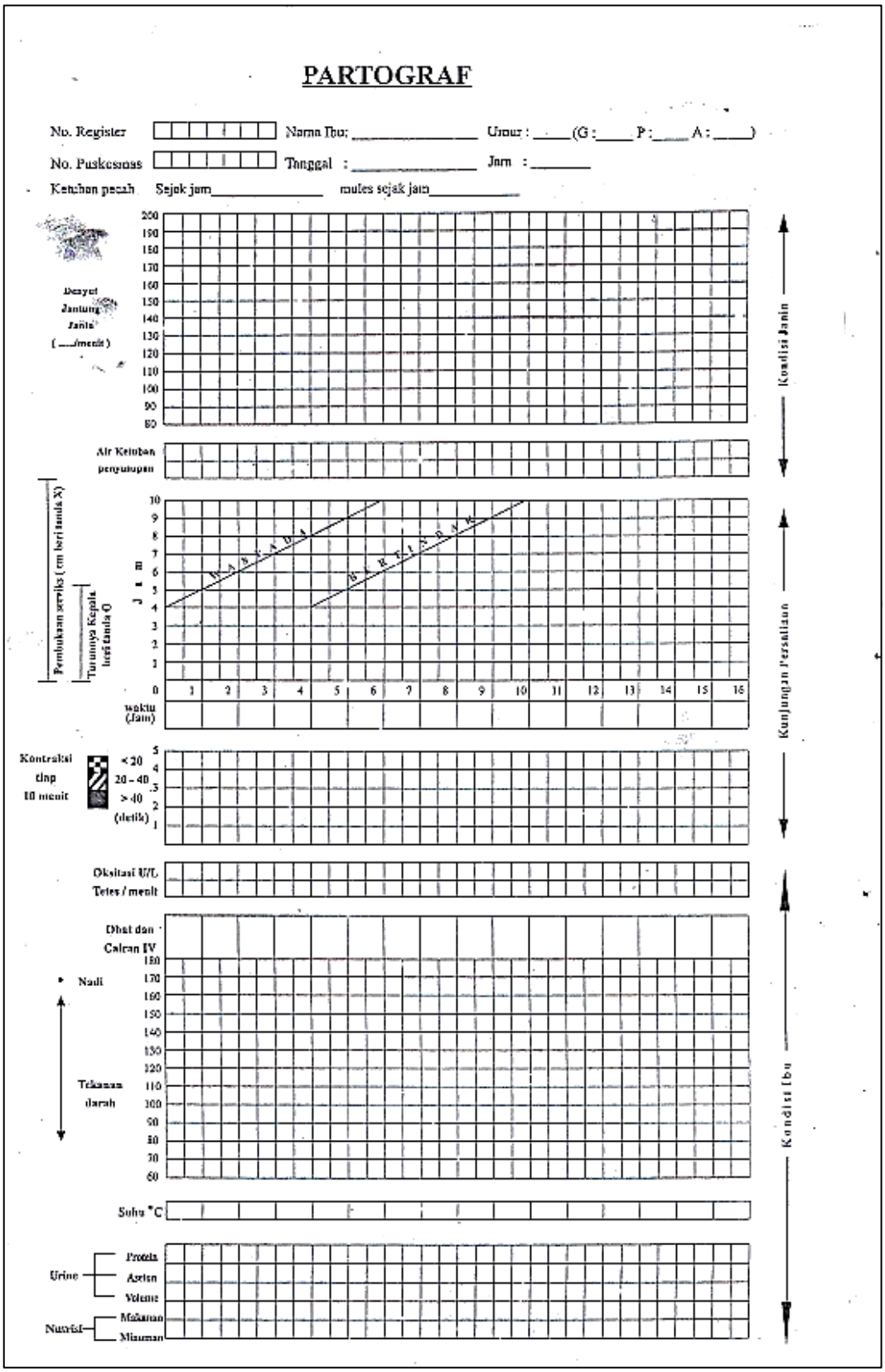
Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

a. Mencatat kemajuan persalinan.
b. Mencatat kondisi ibu dan janin.
c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
e. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dengan tepat waktu.

Partograf harus digunakan:

a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan.
b. Selama persalinan dan kelahiran bayi disemua tempat.
c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya.

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



Gambar 2.9 Halaman Depan Partograf
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 2.10 Halaman Belakang Partograf
Sumber: Affandi, 2017.

2.3.4 Proses persalinan

Menurut Affandi (2017), proses persalinan terbagi menjadi 4 kala sebagai berikut:

1. Kala I

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

a. Fase Laten
   1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
   2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
   3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
b. Fase Aktif
   1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
   2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
   3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Kala II

Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah:

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

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

3. Kala III

Persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan:

a. Lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

Tanda-tanda lepasnya plasenta:

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

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

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

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

4. Kala IV

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

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

2.3.5 Mekanisme Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2016), mekanisme persalinan adalah sebagai berikut:

hampir 95% janin berada dalam uterus dengan presentasi kepala dan pada presentasi kepala ini ditemukan kurang lebih 58% ubun-ubun kecil terletak di kiri depan, kurang lebih 23% di kanan depan, kurang lebih 11% di kanan belakang, dan kurang lebih 8% di kiri belakang. Keadaan ini mungkin disebabkan terisinya ruangan disebelah kiri belakang oleh kolon sigmoid dan rektum.

Menjadi pertanyaan mengapa janin dalam presentasi yang tinggi berada dalam uterus dengan presentasi kepala, keadaan ini mungkin disebabkan kepala relatif lebih besar dan lebih berat. Mungkin pula bentuk uterus sedemikian rupa sehingga volume bokong dan ekstremitas yang lebih besar berada di atas, di ruangan yang lebih luas, sedangkan kepala berada di bawah, di ruangan yang lebih sempit. Ini

dikenal dengan teori akomodasi. Dalam mempelajari mekanisme persalinan, imaginasi *stereometrik* kepala janin dan ruang panggul harus benar-benar difahami.

Terdapat 3 faktor penting yang memegang peranan pada persalinan, adalah:

a. Kekuatan-kekuatan yang ada pada ibu seperti kekuatan his dan kekuatan mengejan.
b. Keadaan jalan lahir.
c. Janinnya sendiri.

His adalah salah kekuatan yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Masuknya kepala melintasi pintu atas panggul. Dapat pula kepala masuk dalam keadaan asinklitismus, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul. Asinklitismus anterior menurut *Naegele* ialah apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul.

Dengan fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil, yakni dengan diameter suboksipitobregmatikus (9,5 cm) dan dengan sirkumferensia suboksipitobregmatikus (32 cm) sampai di dasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal. Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intrauterine disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi, disebut pula putaran paksi dalam.

Didalam hal mengadakan rotasi ubun-ubun kecil akan berputar kearah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil di bawah simfisis, dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada tiap his vulva lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum 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 disebut 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. Di dalam rongga panggul

bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dahulu, baru kemudian bahu belakang. Demikian pula dilahirkan trokanter depan terlebih dahulu, baru kemudian trokanter belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya.

Apabila bayi telah lahir, tali pusat di jepit diantara 2 cunam pada jarak 5 dan 10 cm, kemudian digunting diantara kedua cunam tersebut, lalu diikat. Umumnya bila telah lahir lengkap, bayi segera akan menarik nafas dan menangis. Uterus mengecil dan partus berada dalam kala III (kala uri). Walaupun bayi telah lahir, kala uri tidak kala penting dengan kala I dan II.

2.3.6 Perubahan Fisik dan Psikologi Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2016), perubahan fisik persalinan adalah :

1. Uterus

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

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

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

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

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

2. Serviks

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

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

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

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

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

3. Vagina dan dasar panggul

Jalan lahir di sokong dan secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling

penting adalah musculus levator ani dan fasia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat dianggap sebagai dasar panggul. Ketebalan musculus levator ani bervariasi 3 sampai 5 mm meskipun rectum 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.

Menurut Manuaba (2010), perubahan psikologis dapat terjadi pada ibu dalam persalinan terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan yaitu:

a. Perasaan tidak enak
b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi
c. Menganggap persalinan sebagai cobaan
d. Apakah penolong bisa bersikap sabar dan bijaksana dalam menolongnya
e. Apakah bayinya normal apa tidak
f. Apakah bayi sanggup merawatnya
g. Ibu merasa cemas.

2.3.7 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Menurut Affandi (2017), Kebutuhan Ibu masa persalinan adalah sebagai berikut:

1. Mobilisasi

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

2. Pemberian Cairan dan Nutrisi

   Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan

selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanyaingin mengkonsumsi cairan saja. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan.

3. *Personal Hygiene*

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

WHO dan Asosiasi Rumah Sakit Internasional menganjurkan untuk tidak menyatukan ruang bersalin dengan kamar mandi atau toilet karena tingginya frekuensi penggunaan, lalu lintas antar ruang, potensi cemaran mikroorganisme, percikan air atau lantai yang basah akan meningkatkan risiko infeksi nosokomial terhadap ibu, bayi baru lahir dan penolong sendiri.

2.3.7 Tanda Bahaya Persalinan

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

1. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I

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

a. Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah.
b. Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan).
c. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.
d. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.
e. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
f. Infeksi (temperature > 38 ^{o}C, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
g. Tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urine (Pre-eklampsia berat).
h. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.

i. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).
j. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
k. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).
l. Presentasi ganda (majemuk).
m. Tali pusat 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. Tanda bahaya dan komplikasi kala II

Tanda bahaya dan komplikasi menurut Affandi (2017), adalah :

a. Syok (Nadi cepat lemah atau lebih dari 100 x/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. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV

Tanda bahaya dan komplikasi kala III dan IV menurut Affandi (2017), adalah:

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

2.3.8 Standar Asuhan Persalinan

Menurut Depkes RI (2012), standar asuhan persalinan meliputi 24 standar, terdapat 4 standar dalam standar pertolongan persalinan yang harus ditaati seorang bidan, yaitu:

1. Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I.

Pernyataan standar : Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai dengan

memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.

2. Standar 10 : Persalinan Kala II Yang Aman

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

3. Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

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

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

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

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*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).

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

2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

Menurut Mochtar (2013), perubahan fisik pada ibu nifas adalah sebagai berikut:

1. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali sebelum hamil.

Tabel 2.4 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 kekavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm,

dan akhirnya pulih.

3. Luka-luka pada jalan lahir

bila tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

4. Rasa nyeri

Rasa nyeri yang disebut after pains, (meriang atau mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu menggangu dapat diberikan obat-obat antisakit dan antimules.

5. *Lochea*

Lochea adalah cairan secret berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

a. *Lochea rubra* (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel dasidua, vernik caseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari pasca persalinan.
b. *Lochea sanguinoleta*: berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
c. *Lochea serosa*: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari 7-14 pasca persalinan.
d. *Lochea alba*: cairan putih, setelah 2 minggu.
e. *Lochea purulenta*: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
f. *Lochiostasis*: lochea tidak lancar keluarnya.

6. Serviks

setelah persalinan, bentuk serviks agak menyangga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil setelah bayi lahir, tangan bisa masuk rongga rahim: setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui satu jari.

7. Ligament-ligament

Ligament, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, setelah berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi *retrofleksi*, karena ligamentum rotundum menjadi kendor. Setelah melahirkan, kebiasaan wanita Indonesia melakukan “berkhusuk” atau “berurut”, dimana sewaktu dikhusuk tekanan intra abdomen bertambah tinggi. Karena setelah melahirkan ligament,

fasia, dan jaringan penunjang menjadi kendor, jika dilakukan khusuk atau urut, banyak wanita akan mengeluh " kandungannya turun" atau "terbalik". Untuk memulihkan kembali sebaiknya dengan latihan-latihan dan gimnastik pasca persalinan.

2.4.3 Perubahan Psikologi

Menurut Maryunani (2015), perubahan psikologi pada ibu nifas adalah sebagai berikut :

1. Fase *Taking In*
   a. Periode ketergantungan atau fase dependen.
   b. Periode yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan Dimana ibu baru biasanya bersifat pasif dan bergantung, energi difokuskan pada perhatian ke tubuhnya atau dirinya.
   c. Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkan segala kebutuhanya terpenuhi oleh orang lain.
   d. Ibu / klien akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkan.
   e. Menunjukkan kebahagian yang sangat dan bercerita tentang pengalaman melahirkan.
   f. Tidur yang tidak terganggu adalah penting jika ibu ingin menghindari efek gangguan kurang tidur, yang meliputi letih, iritabilitas dan gangguan dalam proses pemulihan yang normal.
   g. Beberapa hari setelah melahirkan akan menangguhkan keterlibatanya dalam tanggungjawabnya.
   h. Nutrisi tambahan mungkin diperlukan karena selera makan ibu biasanya meningkat.
   i. Selera makan yang buruk merupakan tanda bahwa proses pemulihan tidak berjalan normal.
2. Fase *Taking Hold*
   a. Periode antara ketergantungan dan ketidaktergantungan, atau fase dependen-independen.
   b. Periode yang berlangsung 2-4 hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatian pada kemampuanya menjadi orangtua yang berhasil dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap bayinya.
      1) Fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya).

2) Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya
3) Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga pada dirinya.
4) Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya.
5) Ibu berusaha untuk terampil dalam perawatan bayi baru lahir (misalnya memeluk, menyusul, memandikan dan mengganti popok).

c. Ibu memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih kekuatan dan daya tahan.
d. Ibu mungkin peka terhadap perasaan-perasaan tidak mampu dan mungkin cenderung memahami saran-saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup.
e. Bidan seharusnya memperhatikan hal ini sewaktu memberikan instruksi dan dukungan emosi.

3. Fase *Letting Go*

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

2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Maryunani (2015), kebutuhan dasar ibu nifas adalah sebagai berikut:

1. Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas, masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan ASI. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, mengandung tinggi protein, banyak mengandung cairan serta buah-buahan dan sayuran karena ibu biasanya mengalami *hemokonsentrasi*.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

a. Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin kepada bayinya melalui ASI.

2. Ambulasi

Umunya wanita sangat Lelah setelah melahirkan, lebih-lebih bila persalinan berlangsung lama, karena ibu harus cukup beristirahat, dimana ia harus tidur terlentang selama 8 jam post partum untuk mencegah perdarahan post partum. Kemudian ibu boleh miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah terjadinya thrombosis dan trombo emboli.

Pada hari kedua telah dapat duduk, hari ketiga telah dapat jalan-jalan dan hari ke empat atau ke lima boleh pulang. Mobilisasi ini tidak mutlak, bervariasi tergantung pada adanya komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka.

3. Eliminasi dan *Personal Hygiene*

a. Eliminasi

1) Eliminasi Buang Air Kecil

Buang air kecil harus secepatnya dilakukan ibu sendiri atau dibantu dengan menggunakan pispot apabila ibu masih harus berada di tempat tidur. Ibu diminta untuk buang air kecil (*miksi*) 6 jam post partum, kadang-kadang wanita sulit kencing (buang air kecil) karena pada persalinan *m.sphincter vesical et urethane* mengalami tekanan oleh kepala janin dan *spasme* oleh iritasi *muskulus sphincter ani*, juga oleh karena adanya *edema* kandung kemih yang terjadi selama persalinan.

Jika dalam 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Dalam hal ini, bila kandung kemih penuh dengan wanita sulit kencing sebaiknya lakukan kateterisasi. Sebab hal ini dapat mengundang terjadinya infeksi, akan tetapi

kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih pada ibu post partum:

a) Berkurangnya tekanan intra abdominal
b) Otot-otot perut masih lemah
c) *Edema* dan uretra
d) Dinding kandung kemih kurang sensitif.

2) Eliminasi Buang Air Besar

Buang air besar harus sudah ada dalam 3-4 hari post-partum. Dalam hal ini, ibu post partum diharapkan dapat buang air besar setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal, dalam hal ini, bila ada obstipasi dan timbul feses yang keras dapat diberikan obat pencahar oral atau rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan huknah karena bila tidak feses dapat tertimbun di rectum dan menimbulkan edema.

b. Personal Hygiene

Pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mecegah terjadinya infeksi. kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

4. Istirahat dan Tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

a. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
b. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
c. Meminta bantuan anggota keluarga untuk mengurusi masak-memasak, cuci dan setrika.
d. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
   1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
   2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan

3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

5. Aktivitas Seksual dan Keluarga Berencana

Pembicaraan awal tentang kembali ke masa subur dan melanjutkan hubungan seksual setelah kelahiran, kebutuhan akan pengendalian kehamilan, kemampuan untuk mengandung bahkan sebelum masa-masa awal setelah kelahiran. Penyediaan materi untuk dibaca ulang atau alat bantu untuk niat belajar mengenai pilihan keluarga berencan (KB) yang akan dilakukan selama bulan berikutnya dan pentingnya penjarangan kehamilan untuk kesehatan ibu.

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini:

a. Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah berhenti dan ibu dapat memasukan satu-satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
b. Banyak budaya yang mempuanyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

6. Latihan dan Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya *striae gravidarum* yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memukihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi.

Hal-hal yang berkaitan dengan latihan pada masa nifas:

a. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah melakukan latihan dan senam nifas.
b. Berikan penjelasan pada ibu tentang hal-hal berikut ini:
   1) Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat dan ini juga menjadikan

otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.

2) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu:
   a) Dengan tidur terlentang dan lengan disamping, Tarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.
   b) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah latihan kegel.

7. Perawatan Payudara
   a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama pada putting susu.
   b. Menggunakan BRA yang menyokong payudara.
   c. Apabila putting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap kali menyusui, tetap menyusui dimulai dari putting susu yang tidak lecet.
   d. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan melalui sendok.
   e. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat minum paracetamol 1 tablet.
   f. Urut payudara dari arah pangkal menuju putting susu dan gunakan sisi tangan untuk mengurut payudara.
   g. Keluarkan ASI sebagian dari depan payudara sehingga putting susu menjadi lunak.
   h. Susukan bayi setiap 2-3 jam apabila tidak dapat menghisap seluruh ASI, sisanya keluarkan dengan tangan.
   i. Letakan kain dingin pada payudara setelah menyusui.

2.4.5 Tanda Bahaya Masa Nifas

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

1. Perdarahan paska persalinan

Perdarahan paska persalinan adalah komplikasi yang terjadi pada tenggang waktu di antara persalinan dan masa paska persalinan. Faktor predisposisi antara lain adalah anemia, penyebab perdarahan paling sering adalah atonia uteri serta

retensio placenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptura uteri dan inversi uteri.

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

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

2. Infeksi

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 disebabkan oleh persalinan macet, ketuban pecah dini dan pemeriksaan dalam yang terlalu sering.

3. Eklamsia (kejang)

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

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

4. Defiensi vitamin dan mineral

Defiensi vitamin dan mineral adalah kelainan yang terjadi sebagai akibat kekurangan iodin, kekurangan vitamin A serta anemia defisiensi Fe. Defisiensi terjadi terutama di sebabkan intake yang kurang, gangguan penyerapan. Upaya

pencegahan dapat dilakukan dengan makan makanan yang sesuai, penggunaan obat suplemen selama kehamilan, menyusui dan pada masa bayi serta anak-anak.

2.4.6 Gangguan Psikologi Masa Nifas

Menurut Kemenkes RI, (2018), gangguan psikologi masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Depresi postpartum ringan hingga sedang

Lebih kurang 10-15% ibu akan mengalami depresi postpartum ringan hingga sedang untuk pertama kalinya. Gangguan depresi postpartum dapat memiliki bentuk yang berbeda-beda, namun secara umum dalam bentuk yang ringan, dapat berupa gejolak berbagai pergolakan emosi pada masa nifas dan mungkin tidak mudah dibedakan dari perubahan emosi yang dialami selama masa transisi peran menjadi ibu.

Tanda-tanda awal depresi postpartum meliputi kecemasan dan kekhawatiran terhadap bayi. Perasaan tidak mampu melakukan koping dan perasaan tertekan dengan tuntutan menjadi ibu dan memiliki bayi baru lahir, hal ini dapat menyebabkan gangguan tidur. Biasanya muncul perasaan sedih, tidak mampu, tidak berharga, kehilangan nafsu makan, harga diri rendah, serta menurunnya suasana hati secara terus menerus, serta hilangnya kegembiran dan spontanitas.

Beberapa ibu dan pasangannya mungkin tidak tahu secara jelas mengenai tanda dan gejala depresi postpartum, untuk itu bidan harus cermat dalam melakukan pengkajian sehingga dapat menggidentifikasi adanya tanda dan gejala depresi postpartum. Melalui kunjungan nifas yang efektif serta interaksi yang positif antara bidan dengan ibu, dimana kunjungan nifas dilakukan sesuai fase-fase kunjungan akan mampu untuk mengidentifikasi adanya depresi postpartum secara dini.

2. Depresi post partum berat

Kira-kira 3-5% ibu akan mengalami bentuk gangguan depresi yang lebih berat. Gangguan depresi berat dapat terjadi pada periode postpartum awal atau lanjut, ibu yang mengalami depresi berat tampak mengalami kesedihan yang mendalam dan sakit. Awalnya gejala depresi berat tidak begitu nampak, kemudian mulai timbul secara lambat 2-3 minggu pertama post partum. Biasanya mulai

timbul saat asuhan kebidanan dan dukungan sosial dari pasangan, keluarga dan teman berkurang secara signifikan.

Karakteristik utama depresi postpartum berat adalah sebagai berikut:

a. Sindrom biologis gangguan tidur, bangun terlalu pagi hari.
b. Gangguan konsentrasi, gangguan proses pikir, ketidak mampuan untuk mengambil keputusan, dan ketidak mampuan untuk melakukan koping dalam kehidupan sehari-hari.
c. Emosi tidak terpengaruh dan penurunan suasana hati yang mendalam.
d. Kehilangan kemampuan untuk merasakan kesenangan.
e. Perasaan bersalah, tidak mampu dan merasa menjadi ibu yang tidak baik.

3. Distress emosi akibat pengalaman persalinan yang traumatik.

Pada beberapa penelitian terakhir menunjukan munculnya stress pasca salinan traumatik/*Post-traumatic stress disorder* (PTSD) pada lingkup praktik kebidanan. Peristiwa yang seharusnya menjadi salah satu hari yang paling membahagiakan dalam kehidupan seorang ibu dapat berubah dengan cepat berubah menjadi kesedihan yang mendalam dan distress. PTSD sering dihubungkan dengan asuhan yang tidak optimal dan ketidaknyamanan atau penyulit pada masa postpartum.

Aspek penting yang harus diperhatikan dalam praktik yang berhubungan dengan PTSD yaitu:

a. Setiap ibu harus diperlakukan sebagai individu yang unik dan berbeda-beda.
b. Ibu yang mengalami mimpi buruk harus diyakinkan bahwa dalam banyak kasus, mimpi merupakan bentuk ungkapan ketakutan dan kecemasan.
c. Ibu yang mengekspresikan ketakutan mereka secara terbuka, tetapi bidan adalah orang yang dipercaya dan mendukung ibu, maka peran bidan memberikan dorongan pada ibu untuk bersikap terbuka.
d. Bidan harus mempunyai keterampilan komunikasi yang baik dan dapat mendengarkan serta memperhatikan masalah ibu sehingga dapat memenuhi kebutuhan emosi ibu.

4. Duka cita dan kehilangan

Duka cita dan kehilangan merupakan peristiwa yang mendasar dan merupakan hal yang mungkin terjadi dalam kehidupan, manusia dapat mengalami salah satu

bentuk kehilangan. Duka cita erat hubungannya dengan kehilangan akibat kematian. Melalui duka cita kita dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan yang berat atau ringan yang kita hadapi sepanjang kehidupan. Duka cita yang sehat iyalah bahwa kita dapat melangkah lebih maju dari pada perasaan awal kita. Tahap duka cita yang harus dijalani ibu dalam beragam bentuk yang berbeda, tetapi menurut kubbler rose bahwa tahapan tersebut tidak selalu terjadi dalam urutan sekuensial yang konsisten, tetapi terdapat variasi individu dan seringkali individu dapat maju atau mundur diantara tahap-tahap tersebut sebelum akhirnya mencapai tahap penyelesaian.

Berikut ini merupakan tahapan duka cita yaitu:

a. Syok
b. Menyangkal *(Denial)* merupakan masa menolak, tidak percaya, ambivalensia antara harapan diri dengan keadaan nyata yang dihadapi.
c. Marah *(Anger)*
d. tawar menawar *(bargaining)*, upaya untuk meningkatkan kesadaran dapat berupa perubahan emosi serta masa pencarian.
e. Depresi
f. Realisasi, pada masa realisasi adalah merupakan upaya penerimaan (*acceptance*), oleh seorang ibu mengenai kenyataan yang dialami oleh seorang ibu.
g. Resolusi, masa ini merupakan masa adaptasi yang sempurna terhadap keadaan yang dialami sehingga ibu postpartum mengalami perasaan berupa ketenangan serta reaksi kemenangan.

5. Psikosis

Psikosis pada masa nifas terjadi kurang lebih 2-3 per 1000 kelahiran, dan memerlukan penatalaksanaan psikiatrik. Meskipun psikosis merupakan sindrom post partum yang sangat jarang terjadi, hal ini dianggap sebagai gangguan jiwa paling berat dan dramatis yang terjadi pada periode postpartum. Gambaran umum terjadinya keadaan psikosis adalah sebagai berikut:

a. kegelisahan dan agitasi.
b. kebingungan dan konfusi.
c. rasa curiga dan ketakutan.

d. Insomnia.
h. episode mania yang membuat ibu menjadi hiperaktif.
i. pengabaian kebutuhan dasar.
j. halusinasi dan pemikiran waham morbid yang melibatkan ibu dan bayinya.
k. gangguan perilaku mayor.
l. Suasana hati depresif yang mendalam.

Peran bidan dalam menanggani hal tersebut adalah mendeteksi dan mengenali adanya tanda dan gejala psikosis, saat melakuan pengkajian, asuhan yang baik harus dilakukan dengan komunikasi efektif dan dukungan positif terhadap ibu. Jika ditemukan tanda dan gejala psikosis maka bidan dapat melakukan konsultasi maupun rujukan kepelayanan yang lebih mampu untuk menangani atau melayani kesehatan jiwa, terutama pada periode postnatal. Hospitalisasi juga berfungsi untuk memberikan pemahaman dan lingkungan terapeutik pada ibu, sehingga dapat membina hubungan yang efektif dengan bayinya dan mengembangkan keterampilan yang diperlukan sebagai seorang ibu.

2.4.7 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

Menurut Depkes RI (2012), terdapat 3 standar pelayanan nifas, yaitu:

a. STANDAR 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah asfiksia, menemukan kelainan , dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermi dan mencegah hipoglikemia dan infeksi.

Tujuannya adalah menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemi dan infeksi. Dan hasil yang diharapkan adalah bayi baru lahir menemukan perawatan dengan segera dan tepat. Bayi baru lahir mendapatkan perawatan yang tepat untuk dapat memulai pernafasan dengan baik.

b. STANDAR 14 : Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi paling sedikit selama 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang

mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

Tujuannya adalah mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih dan aman selama persalinan kala empat untuk memulihkan kesehatan ibu dan bayi. Meningkatan asuhan sayang ibu dan sayang bayi. Memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah persalinan dan mendukung terjadinya ikatan batin antara ibu dan bayinya.

c. STANDAR 15 : Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Pada Masa Nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas di puskesmas dan rumah sakit atau melakukan kunjungan ke rumah pada hari ke-tiga, minggu ke dua dan minggu ke enam setelah persalinan, untuk membantu proses penatalaksanaan tali pusat yang benar, penemuan dini, penatalaksanaan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, asuhan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

Tujuannya adalah memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan memberikan penyuluhan ASI eksklusif.

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.

Menurut Kemenkes RI (2018), frekuensi kunjungan nifas dan tujuannya, diantaranya adalah:

Tabel 2.5 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam postpartum	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan 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. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

Kunjungan	Waktu	Tujuan
		f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia g. Setelah bidan melakukan pertolongan persalin, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
2	6 hari postpartum	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : Uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan Istirahat yang cukup. d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. f. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
3	2 minggu setelah persalinan	a. Asuhan pada 2 minggu postpartum sama dengan asuhan yang diberikan pada pada kunjungan 6 hari postpartum.
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. b. Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber : Kemenkes RI (2018).

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1. Pengertian Bayi Baru Lahir

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

2.5.2. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

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

1. Dilahirkan pada usia kehamilan 37-42 minggu
2. Berat badan lahir 2500-4000 gram
3. Panjang badan 48-52 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Lingkar dada 30-38 cm
6. Frekuensi jantung 120-160 denyut per menit
7. Pernafasan 40-60 kali per menit

8. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
9. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
10. Kuku agak panjang (melewati jari) dan lemas
11. Genetalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora (perempuan), kedua testis sudah turun kedalam skrotum (laki - laki)
12. Refleks bayi sudah terbentuk dengan baik
13. Bayi berkemih dalam 24 jam pertama
14. Pengeluaran mekoneum dalam 24 jam pertama.

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

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

Tabel 2.6 Apgar Skor

SKOR	0	1	2
Appearance Color (warna kulit)	Pucat	Badanmerah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak ada	Kurang dari100	Diatas 100
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	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 Bayi Baru Lahir

Menurut Muslihatun (2010), periode transisi dibagi menjadi 4 yaitu:

1. Periode pertama reaktifitas

Periode pertama reaktivitas berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini, antara lain: denyut nadi apical berlangsung cepat dan irama tidak teratur, frekuensi pernafasan mencapai 80 kali permenit, pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur dan adanya retraksi.

Pada periode ini, bayi membutuhkan perawatan khusus, antara lain: mengkaji dan memantau frekuensi jantung dan pernafasan setiap 30 m3nit pada 4 jam pertama setelah kelahiran, menjaga bayi agar tetap hangat (suhu axila 36,5-37,5^{0}C).

a. Fase tidur

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

2. Periode reaktifitas kedua

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

3. Periode pascatransisional

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

2.5.4 Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

Menurut JNP-KR (2017), kebutuhan dasar BBL yaitu:

1. Pencegahan Infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme atau terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Untuk tidak menambah risiko 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 didesinfeksi 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 penghisap 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 angin.

2. Penilaian awal BBL

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 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. Mencegah kehilangan panas

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

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.

2.5.5. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut JNP-KR (2017), tanda bahaya pada bayi adalah sebagai berikut. :

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

2.5.6. Standar Asuhan Bayi Baru Lahir

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 (HB0) 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 - 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 perhstisn terhadap semua hal pada setiap kunjungan Rumah.
   d) Form pencatatan (buku KIA, formulir BBL, formulir register kohort bayi).

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.6.1 Pengertian Neonatus

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

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

2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut 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. *'Bonding attachment'* pada neonatus dapat dipenuhi dengan cara-cara yang diuraikan dengan cara berikut ini:

a. Pemberian ASI eksklusif

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

b. Rawat gabung

Merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayinya terjalin proses lekat *(early infant mother bounding)* akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya.

c. Kontak mata *(Eye to Eye Contact)*

Orang tua dan bayinya akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Kontak mata mempunyai efek yang sangat erat terhadap perkembangan dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan manusia pada umumnya.

d. Suara *(Voice)*

Mendengar dan merespon suara antara orang tua dan bayinya sangat penting. Orang tua menunggu tangisan bayinya mereka dengan tegang suara tersebut membuat mereka yakin bahwa bayinya dalam keadaan sehat.

e. Aroma (Bau Badan)

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

f. Gaya bahasa *(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.

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

b. Mandi

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

4. Kebutuhan Asah pada Neonatus

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

5. Imunisasi pada neonatus

Imunisasi berasal dari kata Imun, kebal atau resistan. Imunisasi berarti pemberian kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh kekebalan tubuh manusia terhadap penyakit tertentu. Proses imunisasi ialah 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 atau menyusu atau memuntahkan semua.
2. Riwayat kejang.
3. Bergerak hanya jika dirangsang atau letargis.
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. Ada pustul kulit.

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

2.6.3 Standar Asuhan Neonatus

Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir. Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam - 48 jam) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan.

Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B0 bila belum diberikan pada saat lahir. Selain KN1, indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah KN lengkap yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun (Permenkes RI, 2014).

2.7 Konsep Keluarga Berencana

2.7.1 Pengertian Keluarga Berencana

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai mahluk seksual. Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan diberikan untuk menjarangkan jarak kehamilan berikutnya setidaknya 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 mengganggu proses laktasi (Affandi, 2014).

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).

2.7.2 Macam Alat Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi yang ada di dalam program KB di Indonesia menurut Affandi (2014), antara lain:

1. Pil
   a. Pil Kombinasi
      1) Pengertian

         Merupakan kontrasepsi oral yang mengandung hormon progesteron dan esterogen.

      2) Jenis
         a) Monofasik 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 hormonaktif 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 yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
      3) Cara Kerja

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

      4) Indikasi
         a) Usia reproduktif.
         b) Telah memiliki anak atau yang 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 atau dicurigai hamil
b) Menyusui eksklusif
c) Perdarahan pervaginam yang belum diktehui 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) Migrain dan gejala neurologik fokal (epilepsi/riwayat epilepsi).

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 haid 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, Kista ovarium, Penyakit radang panggul, 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 Infeksi Menular Seksual (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 eksklusif, setelah 3 bulan dan
f) tidak menyusui
g) 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 yang hebat.
d) Keluhan mata seperti penglihatan kabur atau tidak dapat meIihat.
e) Sakit tungkai bawah yang hebat (betis atau paha).

b. Pil Kombinasi (Minipil)

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi peroral, di konsumsi sebagai usaha pencegahan kehamilan mengandung hormon progesteron.

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 sintesis 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)
   g) atau dengan masalah pembekuan darah
   h) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.
5) Kontraindikasi
   a) Hamil atau diduga hamil
   b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
   c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
   d) Menggunakan obat TBC atau obat untuk epilepsi
   e) Kanker payudara 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 mengganggu 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 mengganggu 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, dermatitis, atau jerawat
f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi
g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat TBC atau epilepsi
h) Tidak melindungi dari 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, dan klien telah mendapat haid minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid
f) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu datangnya haid berikutnya
g) Minipil dapat diberikan segera pascakeguguran
h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain
i) 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. Suntik

a. Suntikan Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi suntik yang mengandung hormon sintetis progesteron dan estrogen (Affandi, 2014).

2) Jenis

a) 25 mg Depo Medroksi Progesteron 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 servik, 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) Setelah 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 pervaginam

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 trombo emboli atau dengan diabetes> 20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain dan keganasan pada payudara

6) Kelebihan
   a) Risiko terhadap 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 bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi atau obat tuberculosis.
   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 menggunakan 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
   d) hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
   e) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan asalkan dapat dipastikan tidak hamil
   f) Bila pasca persalinan > 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, maka suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari ke 1 dan 7.

g) Bila pasca persalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi
h) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberi.
i) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
j) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan hormonal kombinasi.
k) 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.
l) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, makasuntikan 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 hebat.
c) Perdarahan pervaginam yang banyak.
d) Depresi.
e) Polyuri.

b. Suntikan Progestin

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi dengan jalan penyuntikan sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormon progesteron 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 Progesteron Asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik Intramuskuler.
b) Depo Nonsterat Enontat (Depo Nonsterat) yang mengandung 200mg noratin dion anontat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik Intramuskuler.

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) banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi serta sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
g) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
h) Menggunakan obat untuk epilepsi atau obat tuberculosis
i) Tidak dapat mengandung kontrasepsi yg mengandung estrogen
j) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

5) Kontraindikasi

a) Hamil atau dicurigai hamil
b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorrhea
d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
e) Diabetes mellitus 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 digunakan 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 penularan 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 obat 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, menurunkun 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 ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.
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 mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal.
h) 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
i) 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 pervaginam yang banyak.
d) Depresi.
e) Poliuri.

3. Kontrasepsi Implant

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 suatu organisasi yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (Affandi, 2014).

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 medik *(polydimethylsiloxane)* yang fleksibel dimana kedua ujungnya ditutup dengan penyumbat sintetik yang tidak mengganggu kesehatan klien. Setelah penggunaan selama 5 tahun, ternyata masih tersimpan sekitar 50% bahan aktif levonorgestrel asal yang belum terdistribusi ke jaringan interstisial dan sirkulasi. Enam kapsul Norplant dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.

1) Jadelle (Norplant II)

Masa kerja Norplant adalah 5 tahun tetapi studi komparasi dengan implant-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 tahun. Kumulasi dari *5-year pregnancy rate per 100 women-years* Jadelle diantara 0,8 - 1,0 dan Norplant sebesar 0,2 per tahun.

2) Implanon

Implanon *(Organon, Oss, Netherlands)* adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel), merupakan metabolit desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progestational yang lebih tinggi dari 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) Implant lainnya

Nestorone adalah progestin kuat yang dapat menghambat ovulasi dan tidak terikat dengan seks hormon *binding globulin* (SHBG) serta tanpa efek estrogenic dan androgenic. *Nestorone* menjadi tidak aktif bila diberikan per oral karena segera di metabolisme dalam hati sehingga aman bagi bayi yang mendapat ASI dari seorang ibu pengguna kontrasepsi hormon subdermal. Penelitian saat ini mengarah penggunaan kapsul 40 mm dengan dosis normal atau 30 mm 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 tunggal 30 mm 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, mengganggu 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 efektifitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
5) Pascapersalinan dan tidak menyusui atau pasca keguguran
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. Kontraindikasi

1) Hamil atau diduga hamil
2) Perdarahan pervaginam 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

g. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan

h. Keterbatasan

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

i. Waktu Mulai Menggunakan Implan

1) Setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7
2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
3) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsi lain 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 metode 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 implant dapat segera diinsersikan
8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implant, insersi implant 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 dan klien ingin menggantinya 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.

j. Tanda Bahaya dan Komplikasi

1) *Amenorhea* / tidak haid.
2) Perdarahan bercak ringan atau *spotting*.
3) *Ekspulsi* (lepasnya batang implant dari tempat pemasangan).
4) Infeksi pada daerah pemasangan.
5) Perubahan berat badan.

4. Metode kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

a. Pengertian

AKDR (Alat Kontasepsi Dalam Rahim) merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang terbuat dari bahan plastik 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 (Affandi, 2014).

b. Jenis

1) AKDR CuT-380A

Kecil kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yng terbuat dari tembaga (Cu).

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 dan 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. Kontraindikasi

1) Sedang hamil
2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
3) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic

4) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisitis). Penyakit trofoblas yang ganas, diketahui menderita TBC pelvik, 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 lagi mengingat-ingat
5) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti
6) Tidak ada efek samping hormonal
7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau 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*) antar 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) Preforasi 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 pemeriksaan 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 setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan 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 / *amenorhea*.
3) Sakit perut.
4) Keputihan yang sangat banyak / sangat berbau.
5) *Spotting*, perdarahan per vaginam, 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, artimya hanya diberikan ASItanpa tambahan makanan atau minuman apa pun (Affandi, 2014).

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 kontasepsi lainnya.

b. Cara kerja MAL:

Penundaan/ penekanan ovulasi

c. Kelebihan kontrasepsi:

1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan persalinan)
2) Segera efektifitas
3) Tidak mengganggu senggama
4) Tidak ada efek samping secara sistemik
5) Tidak perlu pengawasan medis

6) Tidak perlu obat atau alat
7) Tanpa biaya

d. Keuntungan
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 terhadap terkontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.
2) Untuk ibu
a) Mengurangi perdarahan pascapersalinan
b) Mengurangi risiko anemia
c) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

e. Yang tidak boleh menggunakan MAL
1) Sudah mendapakan 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 penapisan dilakukan pada klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi (misalnya 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 2.7 Daftar Titik Penapisan Klien 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 perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah sanggama		

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
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 (diastolik)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin).		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu.		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami Infeksi Menular Seksual (IMS).		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik.		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam.		
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 selesai sanggama.		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vascular atau kongenital.		

Sumber : Affandi (2014).

Jika semua keadaan diatas adalah “tidak” (negatif) 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 adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan (Affandi, 2014).

Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada. Selanjutnya dengan informasi yang lengkap dan cukup akan memberikan keleluasaan kepada klien dalam memutuskan untuk memilih kontrasepsi yang akan digunakannya.

Menurut Affandi (2014), Langkah-langkah konseling KB yaitu dengan (SATU TUJU):

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

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

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

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

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

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

Informed choice, menurut Affandi (2014), adalah sebagai berikut:

1. *Informed choice* adalah suatu kondisi peserta/calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahan yang cukup setelah mendapat informasi yang lengkap melalui KIP.
2. Memberdayakan para klien untuk melakukan *informed choice* adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
3. Bagi calon peserta KB baru, *informed choice* merupakan proses memahami kontrasepsi yang akan dipakainya.
4. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut karena sudah mengerti tentang kontrasepsi yang akan dipilihnya.
5. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.
6. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi akan cepat berobat ketempat pelayanan.
7. Bagi peserta KB yang *informed choice* berarti akan terjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsinya.

2.7.5 Efek Samping dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi Efektif

1. Pil progestin (minipil)

Menurut Affandi (2014), efek samping dan penanganan yang sering ditemukan:

a. Amenorhea

Penanganan:

1) Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus, cukup konseling saja. Bila *amenorhea* berlanjut dan klien khawatir, rujuk ke klinik.
2) 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.

b. Perdarahan tidak teratur atau spotting

Penanganan:

1) Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus.
2) Bila klien tetap saja tidak dapat menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

2. Suntikan progestin

Menurut Affandi (2014), efek samping dan penanganan yang sering ditemukan:

a. *Amenorhea* (tidak terjadi perdarahan)

Penanganan:

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.
5) Tunggu 3-6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.

b. Perdarahan/perdarahan bercak (*spotting*).

Penanganan:

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, 3 x/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 konjugai untuk 14-21 hari.

c. Meningkatnya atau menurunnya berat badan

Penanganan:

Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan kontrasepsi lain.

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, tidak mengalami perdarahan atau bercak perdarahan sama sekali selama beberapa bulan *(amenorhea)*, kombinasi dari beberapa efek samping tersebut diatas, sakit kepala, perubahan berat badan perubahan suasana hati, depresi.

4. AKDR dengan Progestin

Menurut Affandi (2014), efek samping dan penanganan yang sering ditemukan pada kontrasepsi AKDR:

a. Amenorhea

Penanganan:

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 *amenorhea* (20-50%).
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 risiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat

b. Kram

Penanganan:

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.

c. Perdarahan yang tidak teratur dan banyak

Penanganan:

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

d. Benang hilang

Penanganan:

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.

e. Cairan vagina/dugaan penyakit radang panggul

Penanganan:

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 dibantu klien untuk memiih metode kontrasepsi lain.

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.1 Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Kemenkes RI, 2007).

STANDAR I : Pengkajian

1. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akuran relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2. Kriteria pengkajian

a. Data tepat, akurat dan lengkap.
b. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya)
c. Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1. Pernyataan standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan
   a. Diagnosa sesuai dengan nomeklatur kebidanan.
   b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
   c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

STANDAR III : Perencanaan

1. Pernyataan standar

   Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2. Kriteria perencanaan
   a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
   b. Melibatkan klien dan keluarga.
   c. Mempertimbangkan kondisi psikologi, social budaya klien/keluarga.
   d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
   e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

STANDAR IV : Implementasi

1. Pernyataan standar

   Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/ pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secar mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2. Kriteria imlementasi
   a. Memperlihatkan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
   b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan pada klien atau keluarganya.
   c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
   d. Melibatkan klien dalam setiap tindakan

e. Menjaga privasi klien.
f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
g. Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan..
h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
i. Melakukan tindakan sesuai standar.
j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

STANDAR V : Evaluasi

1. Pernyataan standar

   Bidan melakukan evaluasi secara secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2. Kriteria evaluasi

a. Penilaian dilakukan segera setelah melakukan asuhan sesuai kondisi klien.
b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
c. Evaluasi dilakukan dengan sesuai standar
d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

STANDAR VI : Pencatatan asuhan kebidanan

1. Pernyataan standar

   Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
b. Ditulis dalam bentuk catatn perkembangan SOAP.
c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
e. A adalah hasil analisis, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.8.2 Kompetensi Bidan

Menurut Kemenkes RI (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 bayi baru lahir (BBL) sehat sampai usia 1 bulan.
7. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat.
8. Bidan memberikan asuhan yang brmutu tinggi dan komprehensif pada keluarga dan kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
9. Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan ganguan sistem reproduksi.