

BAB II

TINJAUN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Continuity Of Care*

2.1.1 Pengertian

Continuity of care yaitu hal yang mendasar dalam praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistic serta membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien (Astuti, 2017),

Menurut *Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health (RMNCH)* “*Continuity 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

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

2.1.3 Tujuan Umum

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

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

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

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

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid terakhir (HPHT) (Syarifuddin, 2014).

2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

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

1. Perkembangan Konseptus

Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu *zigot* mengalami pembelahan menjadi *morula* (terdiri atas 16 sel blastomer), kemudian menjadi *blastokis* (terdapat cairan tengah) yang mencapai *uterus*, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi *embrio* (sampai minggu ke-7), setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin. Konseptus ialah semua jaringan konsepsi yang membagi diri menjadi berbagai jaringan *embrio*, *korion*, *amnion*, dan *plasenta*.

2. Embrio dan Janin

Dalam beberapa jam setelah ovulasi akan terjadi *fertilisasi* di *ampulla tuba*. Oleh karena itu, sperm harus sudah ada disana sebelumnya. Berkat kekuasaan Allah SWT, terjadilah *fertilisasi ovum* oleh *sperma*. Namun, konseptus tersebut bisa mungkin sempurna, atau tidak sempurna.

Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan *Ultrasonografi* (USG) akan tampak sebagai kantong *gestasi* berdiameter 1 cm, tetapi *embrio* belum tampak. Pada minggu ke-6 dari haid terakhir usia konsepsi 4 minggu, *embrio* berukuran 5 mm, kantong *gestasi* berukuran 2-3 cm. Pada saat itu akan tampak denyut jantung dengan cara USG. Pada akhir minggu ke-8 usia *gestasi* 6 minggu usia *embrio*, *embrio* berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relatif besar dan tonjolan jari. Gangguan atau teratogen akan mempunyai dampak merata apabila terjadi pada *gestasi* kurang dari 12 minggu, terlebih pada minggu ke-3.

Berikut ini akan diungkapkan secara singkat hal-hal yang utama dalam perkembangan organ dan fisiologi janin. Pada tabel 2.1 di halaman selanjutnya.

Tabel 2.1 Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi	Organ
6 Minggu	Pembentukan hidung, dagu, <i>palatum</i> , dan tonjolan paru. Jari-jari yang telah terbentuk, namun masih tergegangam dan Jantung telah terbentuk penuh.
7 Minggu	Mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah.
8 Minggu	Mirip dengan manusia, mulai pembentukan <i>genetalia eksterna</i> , sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk.
9 Minggu	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16 Minggu	Janin berukuran 15 cm, merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin yang masih transparan, telah mulai tumbuh <i>lanugo</i> (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk <i>meconium</i> (faeces) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150/menit.
17- 24 Minggu	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh <i>vernix caseosa</i> (lemak). Janin mempunyai <i>reflex</i> .
25-28 Minggu	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. System saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan
29-32 Minggu	hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%).
	Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relative stabil.
33-36 Minggu	Berat janin 1500-2500 gram, <i>lanugo</i> (rambut janin) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40 Minggu	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: Prawirohardjo, 2016.

2.2.3 Perubahan Fisik Ibu Hamil

Menurut (Mochtar, 2013), Perubahan fisik ibu hamil adalah:

1. Perubahan pada Sistem Reproduksi
 - a. Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan: 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc, berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 pekan). Bentuk dan konsistensi uterus pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan, rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan *hipertrofi* dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak (*soft*), disebut *Tanda Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan, rahim terasa seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis. Karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. Posisi rahim dalam kehamilan:

- 1) Pada permulaan kehamilan, dalam letak *antefleksi* atau *retrofleksi*
 - 2) Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga *pelvis*,
 - 3) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati,
 - 4) Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri
- b. Vaskularisasi
- Arteria.uterinae* dan *arteria.ovarikae* bertambah diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah.
- c. Serviks uteri
- serviks* bertambah *vaskularisasinya* dan menjadi lunak (*soft*) disebut *Tanda Goodell*. Kelenjar *Endoservikal* membesar dan mengeluarkan banyak cairan *mukus*. Karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan perubahan itu disebut *Tanda Chadwick*.
- d. Indung Telur (*Ovarium*)
- Ovulasi* terhenti, masih terdapat *korpus lauteum graviditas* sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran *estrogen* dan *progesteron*.
- e. Vagina dan Vulva
- Karena pengaruh *estrogen*, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat *hipervascularisasi*, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau ke biruan. Warna livid pada vagina dan porsio serviks disebut *Tanda Chadwick*.
- f. Dinding Perut (*Abdominal Wall*)
- Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik di bawah kulit sehingga timbul *Striae Gravidarum*, jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada *hidramnion* dan kehamilan ganda, dapat terjadi diasis rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada *linea alba* bertambah pigmentasinya dan disebut *Linea Nigra*.
2. Perubahan Pada Organ Dan Sistem Lainnya
- a. Sistem Sirkulasi Darah
- 1) Volume darah, volume darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti penambahan curah jantung (*cardiac output*) yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$ akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan,

ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekompensasi kordis. Kenaikan plasma darah dapat mencapai 40% saat mendekati cukup bulan.

- 2) Protein darah gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin, dan gamaglobulin menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. beta-globulin dan fibrinogen terus meningkat.
- 3) Hitung jenis dan hemoglobin: hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transpor O₂ yang sangat diperlukan selama kehamilan. Konsentrasi Hb terlihat menurun, walaupun sebenarnya lebih besar dibandingkan Hb pada orang yang tidak hamil. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh volume plasma yang meningkat. Dalam kehamilan, leukosit meningkat sampai 10.000/cc, begitu pula dengan produksi trombosit.
- 4) Nadi dan tekanan darah: tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra-hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik, nilai rata-ratanya 84 per menit.
- 5) Jantung: pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Elektrokardiogram kadang kala memperlihatkan deviasi aksis ke kiri.

b. Sistem pernapasan

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

c. Saluran pencernaan (Traktus Digestivus)

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (morning sickness).

d. Tulang dan gigi

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

e. Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu pada

- 1) Muka : disebut masker kehamilan (*chloasma gravidarum*),
- 2) Payudara : puting susu dan *areola* payudara,
- 3) Perut : *Linea nigra, striae*
- 4) Vulva.

f. Kelenjar endokrin

- 1) Kelenjar tiroid : dapat membesar sedikit
- 2) Kelenjar hipofisis : dapat membesar terutama lobus anterior.
- 3) Kelenjar adrenal : tidak begitu terpengaruh.

g. Metabolisme

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

- 1) Tingkat metabolik basal (basal metabolic rate, BMR) pada wanita hamil meningkat hingga 15-20%, terutama pada trimester akhir.
- 2) Keseimbangan asam-alkali (acid-base balance) sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali:
 - a. Wanita tidak hamil: 155 mEq/liter
 - b. Wanita hamil: 145 mEq/liter
 - c. Natrium serum: turun dari 142 menjadi 135 mEq/liter
 - d. Bikarbonat plasma: turun dari 25 menjadi 22 mEq/liter
- 3) Dibutuhkan protein yang banyak untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi
- 4) Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan bertambah, sering buang air kecil, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang mengingatkan kita pada diabetes melitus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa, seperti somatomammotropin, insulin plasma, dan hormon adrenal-17-ketosteroid. Harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil GGT oral dan GGT intravena.

- 5) Metabolisme lemak juga terjadi. Kadar kolestrol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomammotropin berperan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat di badan,perut,paha dan lengan.
- 6) Metabolisme mineral
 - a. Kalsium: dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang, terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
 - b. Fosfor: dibutuhkan rata-rata 2 g/hari
 - c. Zat besi: dibutuhkan tambahan zat besi \pm 800 mg, atau 30-50 mg sehari
 - d. Air: wanita hamil cenderung mengalami retensi air
- 7) Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5-16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil (preeklamsia dan eklamsia). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:
 - a. Janin, uri, air ketuban, uterus
 - b. Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air
- 8) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori terutama diperoleh dari pembakaran zat arang, khususnya sesudah kehamilan 5 bulan ke atas. Namun, jika dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori.
- 9) Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein. Di Indonesia, masih banyak dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vitamin B. Karena itu, wanita hamil harus diberikan zat besi dan roboransia yang berisi mineral dan vitamin.
 - h. Payudara (*Mammae*)

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

2.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Menurut (Astuti, 2017), perubahan psikologi pada hamil adalah:

1. Kehamilan Trimester 1

Adaptasi yang harus dilakukan oleh ibu yaitu menerima kenyataan bahwa dirinya sedang hamil. Tingkat penerimaan dari ibu hamil akan tercermin dalam respon emosionalnya dan kesiapan atau penyambutan kehamilannya. Berbagai respon emosional pada trimester 1 yang dapat

muncul berupa perasaan ambivalen, kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesdihan.

Muncul beberapa ketidaknyamanan, seperti mual, kelelahan, perubahan nafsu makan, emosional, dan cepat marah. Hal ini, mencerminkan konflik atau depresi yang dialami selain pengingat akan kehamilannya. Pada kehamilan trimester 1, seksual bersifat individual. Selain faktor fisik, emosi, serta interaksi dan masalah disfungsi seksual dapat berperan terhadap perbedaan perasaan yang muncul. Umumnya, rasa keinginan seksual ibu akan menurun, jika ibu merasa mual, letih, depresi, nyeri payudara, khawatir dan cemas.

2. Perubahan pada Trimester 2

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

3. Perubahan pada Trimester 3

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

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

2.2.5 **Kebutuhan Dasar Ibu Hamil**

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

1. Nutrisi yang adekuat

- a. Kalori. Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2,500 kalori. Contoh kalori sendiri seperti padi, jagung, sagu, umbi-umbian
- b. Protein. Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram perhari. Sumber protein diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur).
- c. Kalsium. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi perkembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, yoghurt, dan keju.

- d. Zat besi. Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan 1 tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mulai hilang yang tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg dan asam folat 500 µg, minimal masing-masing 90 tablet selama kehamilan, untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua.
- e. Asam Folat. Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari.

Tabel 2.2 Kebutuhan Makanan Sehari-hari untuk Ibu Hamil

Jenis	Tidak Hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	2500	2500	3000
Protein (gr)	60	85	100
Calcium (gr)	0,8	1,5	2
Ferrum (mg)	12	15	15
Vit A (IU)	5000	6000	8000
Vit B (mg)	1,5	1,8	2,3
Vit C (mg)	2,2	2,5	3
Vit D (IU)	+	400-800	400-800

Sumber: Marmi (2014)

2. Perawatan Payudara

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

3. Perawatan Gigi

Pemeriksaan gigi selama kehamilan dibutuhkan dua kali pemeriksaan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan gingivitis.

4. Kebersihan tubuh dan pakaian

Selama kehamilan kebersihan tubuh harus tetap terjaga. Gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman, hindarkan sepatu hak tinggi (*high heels*) dan alas kaki yang keras (tidak elastis), serta korset penahan perut. Penggunaan bra yang dapat menopang payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara. Selain itu untuk menjaga kebersihan genetalia, memakai celana dalam yang selalu bersih dan bahan terbuat dari katun.

5. Olahraga

Selama kehamilan lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaik, terutama pada pagi hari.

6. Aktivitas

Selama kehamilan, tidak melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan meghindari aktivitas yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan.

2.2.6 Keluhan Ringan Dan Penanganan dalam Kehamilan

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

Menurut (Medforth, Janet, dkk, 2012), keluhan ringan dalam kehamilan dan penangananya adalah sebagai berikut:

1. Mual

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

Bagi banyak wanita, gejala berkurang setelah minggu ke-2 sampai minggu ke-14 kehamilan, bersamaan dengan kemampuan plasenta mengambil alih dukungan untuk perkembangan embrio. Alasan mual tidak diketahui tetapi dikaitkan dengan kadar HCG, hipoglikemi, peningkatan kebutuhan metabolik, efek progesterone pada sistem pencernaan.

Saran kepada wanita harus terdiri dari atas:

- a. Makan sesuatu sebelum tidur
- b. Makan dan minum sedikit tapi sering pada siang hari
- c. Sediakan selalu makanan ringan di tempat tidur
- d. Makan sedikit tapi sering sebelum tidur malam
- e. Beristirahat dipertengahan siang hari
- f. Bangun dari tempat tidur secara perlahan
- g. Makan biskuit tanpa rasa, sepotong kecil, roti panggang keris atau yoghurt
- h. Hindari alkohol, kafein dan makanan pedes atau berlemak
- i. Jahe dalam bentuk teh atau tablet untuk mengurangi mual.

Seorang dokter harus dikonsultasikan jika pasien mengalmami:

- 1) Wanita muntah > dari 4x sehari
- 2) Saran diatas tidak bermanfaat
- 3) Wanita mengalami penurunan berat badan
- 4) Wanita tidak mempertahankan konsumsi cairan

- 5) Kemungkinan perlu di resepkan antiemetic
- 6) Wanita mengalami dehidrasi. Masuk ke rumah sakit (RS) dilanjutkan untuk pemberian makan melalui intravena, koreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan rehidrasi.

2. Konstipasi

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

Konstipasi disebabkan karena kerja progesteron, yang mengurangi motilitas sistem pencernaan (juga dikaitkan dengan mual di awal kehamilan). Konstipasi juga disebabkan oleh pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau akibat efek samping dari terapi efek fe-peroral.

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

- a. Makan makanan yang mengandung serat tinggi, seperti roti gandum utuh sereal, dan buah prem.
- b. Minum ekstra cairan jus buah, atau teh herbal. Cairan harus berjumlah 2 liter/hari, dan jumlahnya lebih besar jika suhu sedang panas
- c. Makan makanan secara teratur
- d. Makan lima porsi buah dan sayur per/hari
- e. Lakukan olahraga ringan, 20-30 menit, 3x/minggu
- f. Laksatif ringan, seperti laktulosa 15 ml 2x1 dapat diresepkan jika saran diatas tidak meredakan gejala.

3. Indigesti dan nyeri ulu hati

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

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

4. Varises vena dan hemoroid

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

Selama kehamilan ekstra volume darah yang bersirkulasi meningkatkan tekanan di dinding pembuluh darah dan progesteron merelaksasi dinding pembuluh darah panggul dan tungkai. Konstipasi memperburuk hemoroid.

Tanda gejala:

- a. Tungkai terasa nyeri dan berat
- b. Sensasi seperti tertusuk ditungkai dan vulva
- c. Permukaan vena mengalami dilatasi di vulva atau tungkai
- d. Vulva dapat membengkak dan terasa sangat nyeri
- e. Ketidaknyamanan dan rasa gatal di sekitar anus

Saran:

- 1) Hindari konstipasi dan mengejan di toilet
- 2) Hindari berdiri untuk periode waktu yang lama
- 3) Hindari pakaian yang ketat
- 4) Jangan duduk dengan menyilangkan kaki
- 5) Lakukan olahraga ringan seperti jalan untuk membantu sirkulasi. Gunakan kompres es di daerah vulva untuk mengurangi pembengkakan
- 6) Krim hemoroid dengan merk tertentu dapat digunakan secara aman dalam kehamilan
- 7) Suplemen zat besi dapat menyebabkan konstipasi pada beberapa wanita

5. Nyeri punggung

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

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

Saran berikut dapat diberikan kepada wanita untuk meredakan nyeri punggung:

- 1) Hindari mengangkat benda berat dan gunakan teknik mengangkat barang yang baik, yaitu menekuk lutut dan mempertahankan

punggung tetap lurus saat mengangkat, atau mengambil sesuatu dari lantai. Wanita harus hati-hati saat mengangkat anak yang berat.

- 2) Berat benda yang berat harus di pegang di dekat tubuh
- 3) Setiap permukaan kerja yang di gunakan harus cukup tinggi untuk mencegah tubuh tidak bungkuk
- 4) Saat membawa beban berat seperti barang belanjaan, berat badan harus diseimbangkan dengan sama di kedua sisi tubuh
- 5) Ajari cara duduk dan berdiri dengan tulang belakang berada dalam posisi netral sehingga tubuh dapat di pertahankan
- 6) Kasur yang keras dapat memberikan topangan yang lebih selama tidur, penggunaan papan dapat membuat kasur yang empuk menjadi lebih menopang
- 7) Isirahat sebanyak mungkin saat kehamilan mengalami kemajuan. Jika nyeri punggung sangat nyeri dan melelahkan, wanita dapat di rujuk ke fisioterapi obstetrik untuk meminta saran tentang topangan lumbal dan latihan fisik yang bermanfaat.

6. Sering berkemih

Sebagian besar wanita mengalami sering berkemih diawal kehamilan. Desakan untuk mengosongkan kandung kemih, bahkan dalam jumlah urine yang sedikit, selama siang dan malam hari di sebabkan oleh tekanan dari uterus yang membesar pada kandung kemih.

- a. Yakinkan wanita bahwa ini normal karena produksi urine di ginjal meningkat selama hamil.
- b. Gejala ini secara umum membaik pada minggu ke-14 saat pertumbuhan uterus keluar dari panggul.
- c. Sarankan merka untuk tidak meminum cairan jumlah besar sebelum tidur.

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

2.2.7 Tanda Bahaya Kehamilan

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

1. Perdarahan Vagina

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa atau ovum, penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh molahidatidosa. Perdarahan pada kehamilan muda dengan

uji kehamilan yang tidak jelas, pembesaran uterus yang tidak sesuai (lebih kecil) dari usia kehamilan, dan adanya massa biasanya disebabkan oleh kehamilan ektopik.

Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis menutupi apabila segmen bawah rahim mulai disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2. Pre-Eklamsia

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

- a. Hiperrefleksia (iritabilitas susunan saraf pusat)
- 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 (keluaran kurang dari 500 ml/jam)
- f. Tekanan darah sistolik 20-30 mmHg dan diastolic 10-20 mmHg diatas normal
- g. Proteinuria (didas 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 tand-tanda di bawah ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plsentia, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersmbunyi (*conealed*):

- a. Trauma
- b. Pre-eklamsia
- c. Tinggi fundus uteri lebih besar dari Usia Kehamilan (UK)
- d. Bagian-bagian janin sulit diraba
- e. Janin mati dalam rahim

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

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
- 2) Disuria
- 3) Menggigil atau demam

- 4) Ketuban pecah dini
- 5) Atau sebelum waktunya
- 6) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari UK

2.2.8 Standart Pelayanan Kehamilan (14T)

Menurut (Kemenkes R. , 2019), Standar Pelayanan Minimal Asuhan Kehamilan termasuk dalam “14T” meliputi:

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
 Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dar sebelum hami dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar antara 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4-0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.
2. Pengukuran tekanan darah
 Tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia
3. Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*)
 Tujuan pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) menggunakan teknik Mc.Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis HPHT dan kapan gerakan janin mulai dirasakan.

Tabel 2.3 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

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

Sumber: DepKes RI, 2019

4. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
 Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.
5. Penentuan status imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) dan pemberian imunisasi TT sesuai status imunisasi
 Harus segera diberikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Tablet 2.4 Jadwal Imunisasi TT

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

Sumber; Saifuddin, 2014

6. Pemberian Hb (T6). Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke-28. Bila kadr Hb <11 gr% ibu hamil dinyatakan anemia, maka harus diberi supleman 60 mg Fe dan 0,5 mg Asam Folat Hb menjadi 11 gr% atau lebih.
7. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) (T7). Pemeriksaan dilakukan pada saat ibu hamil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.
8. Pemeriksaan Protein urine (T8) dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein Tu tidak untuk menedteksi gejala Pre-eklamsia
9. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9) untuk ibu hamil dengan riwayat DM, bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untu memastikan adanya DM.
10. Perawatan Payudara (T10) perawatan payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 36 minggu.
11. Senam Hamil (T11)
12. Pemberian obata Malaria (T12) diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif.
13. Pemeberian Kapsul Minyak yodium (T13) diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.
14. Temu wicara atau Tatalaksana kasus sesuai indikasi
Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pmeriksaan 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.

2.2.9 P4K (Program Perencanaa Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

Sejak tahun 2007, pemerintah mengadakan P4K dengan stiker sebagai upaya penurunan AKI dan AKB. Kegiatan ini difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peran aktif, keluarag, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk merencanakan penggunaan KB pasca persalinan dengan

menggunakan stiker sebagai media sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Tujuan P4K adalah meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman, serta persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga ibu dapat melahirkan bayi yang sehat (Kesehatan, 2013).

Menurut (Kesehatan, 2013) Persiapan persalinan termasuk:

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



Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

Nama Ibu	:	
Taksiran Persalinan	:	20
Penolong Persalinan	:	
Tempat Persalinan	:	
Pendamping Persalinan	:	
Transportasi	:	
Calon Pendoror Darah	:	

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Gambar 2.1 Stiker P4K

Sumber: Kemenkes RI, dalam buku KIA, 2015

2.2.10 ANC Terpadu

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

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 resiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

Menurut (Permenkes Nomor 97 R.I, 2014), pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui:

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

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

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

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

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

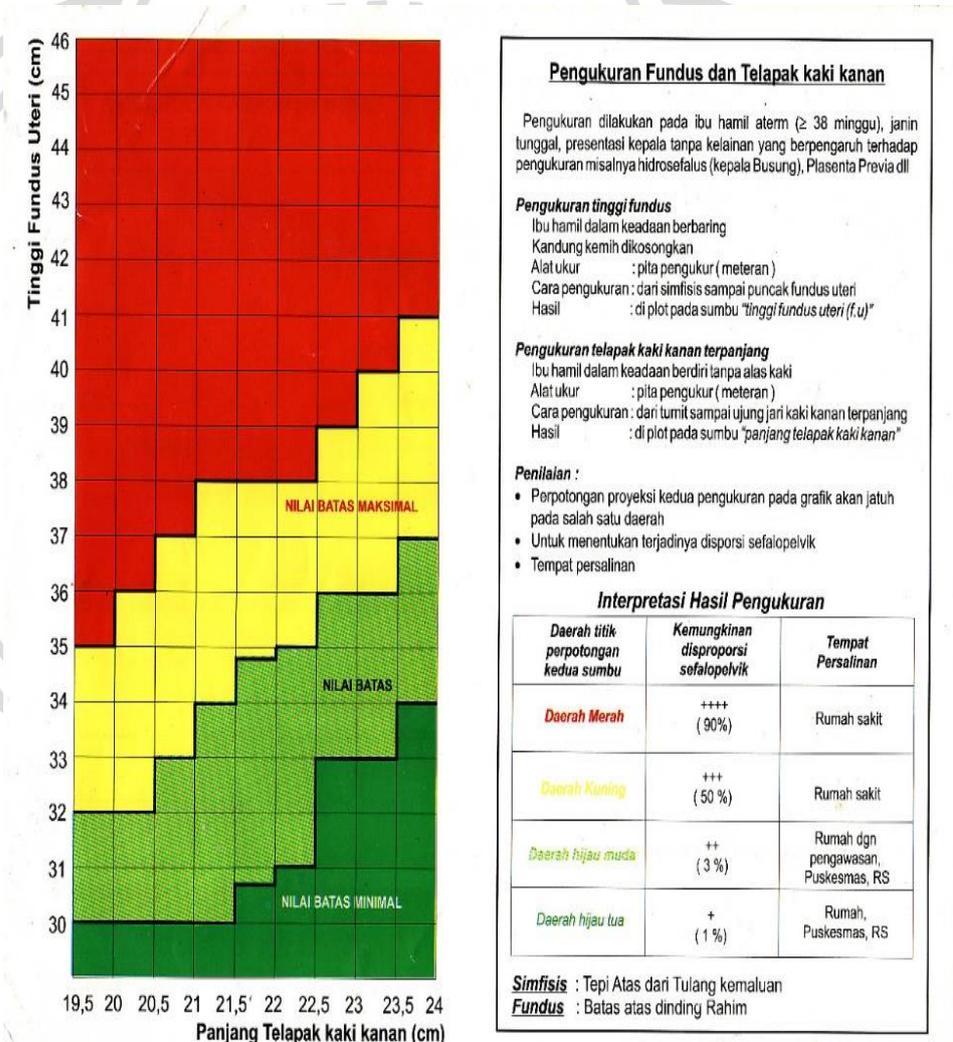
- a. Kontak dengan dokter spesialis obsteri dan ginekologi (SpOG)
- b. Kontak dengan dokter gigi
- c. Kontak dengan dokter umum
- d. Kontak dengan dokter paru-paru
- e. Kontak dengan ahli gizi
 - 1) Deteksi dini ibu resiko tinggi dengan kartu skor poedji rochjati (KSPR) cara untuk mendeteksi dini kelahiran berisiko

menggunakan skor poedji rochjati berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi, tentang usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil. Serta perencanaan persalinan di sajikan pada gambar berikut:

2) Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

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

Pengukuran dengan teori soedarto ini dilakukan untuk mendeteksi adanya cephalo pelvic disproportion



Gambar 2.3 Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

Sumber: Soedarto, Dinkes Jatim 2016

3) Skrining pre eklamsia (PEDANG)

Skrining pre eklamsia di lakukan mulai 12-18 minggu dengan cara ROT, MAP, dan IMT. Skrining pre eklamsia ini dilakukan untuk mendeteksi adanya kejang pada ibu yang dapat membahayakan kondisi ibu dan janinnya.



Gambar 2.4 Skrining pre eklamsia

Sumber: Kemenkes, 2015

2.2.10 Pelayanan Kehamilan di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

1. Menurut (Kemenkes R.I, 2020) Pelaksanaan program berdasarkan zona wilayah:

Tabel 2.4 Program Pelayanan Bagi Ibu Hamil

Program	Zona Hijau (Tidak Terdampak / Tidak Ada Kasus)	Zona Kuning (Risiko Rendah), Orange (Risiko Sedang), Merah (Risiko Tinggi)
Kelas Ibu Hamil	Dapat dilaksanakan dengan metode tatap muka (maksimal 10 peserta), dan harus mengikuti protokol kesehatan secara ketat	Ditunda pelaksanaannya di masa pandemi COVID-19 atau dilaksanakan melalui media komunikasi secara daring (Video Call, Youtube, Zoom).
P4K	Pengisian stiker P4K dilakukan oleh tenaga kesehatan pada saat pelayanan antenatal.	Pengisian stiker P4K dilakukan oleh ibu hamil atau keluarga dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
AMP	Otopsi verbal dilakukan dengan mendatangi keluarga. Pengkajian dapat dilakukan dengan metode tatap muka (mengikuti protokol kesehatan) atau melalui media komunikasi secara daring (video conference).	Otopsi verbal dilakukan dengan mendatangi keluarga atau melalui telepon. Pengkajian dapat dilakukan melalui media komunikasi secara daring (video conference).

2. Pelayanan antenatal (Antenatal Care/ANC) pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x di Trimester 2, dan 3x di Trimester 3. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3.
 - a. ANC ke-1 di Trimester 1: skrining faktor risiko dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Jika ibu datang pertama kali ke bidan, bidan tetap melakukan pelayanan antenatal seperti biasa, kemudian ibu dirujuk ke dokter untuk dilakukan skrining. Sebelum ibu melakukan kunjungan antenatal secara tatap muka, dilakukan janji temu/ teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/ secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19
 - 1) Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit untuk mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test. Pemeriksaan skrining faktor risiko kehamilan dilakukan di RS Rujukan.
 - 2) Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan skrining oleh Dokter di FKTP.

- b. ANC ke-2 di Trimester 1, ANC ke-3 di Trimester 2, ANC ke-4 di Trimester 3, dan ANC ke-6 di Trimester 3 : Dilakukan tindak lanjut sesuai hasil skrining. Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19.
 - 1) Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test.
 - 2) Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan pelayanan antenatal di FKTP.
 - c. ANC Ke – 5 di Trimester 3 Skrining Faktor risiko persalinan dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Skrining dilakukan untuk menetapkan :
 - 1) Faktor risiko persalinan
 - 2) Menentukan tempat persalinan
 - 3) Menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak.Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test.
3. Rujukan terencana diperuntukkan bagi:
 - a. Ibu dengan faktor risiko persalinan
 - b. Ibu dirujuk ke RS untuk tatalaksana risiko atau komplikasi persalinan.
 - c. Ibu dengan faktor risiko COVID-19. Skrining faktor risiko persalinan dilakukan di RS Rujukan.

Jika tidak ada faktor risiko yang membutuhkan rujukan terencana, pelayanan antenatal selanjutnya dapat dilakukan di FKTP.
 4. Janji temu/teleregistrasi adalah pendaftaran ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan pemeriksaan antenatal, nifas, dan kunjungan bayi baru lahir melalui media komunikasi (telepon/SMS/WA) atau secara daring. Saat melakukan janji temu/teleregistrasi, petugas harus menanyakan tanda, gejala, dan faktor risiko COVID-19 serta menekankan pemakaian masker bagi pasien saat datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 5. Skrining faktor risiko (penyakit menular, penyakit tidak menular, psikologis kejiwaan, dll) termasuk pemeriksaan USG oleh Dokter pada Trimester 1 dilakukan sesuai Pedoman ANC Terpadu dan Buku KIA.
 - a. Jika tidak ditemukan faktor risiko, maka pemeriksaan kehamilan ke 2, 3, 4, dan 6 dapat dilakukan di FKTP oleh Bidan atau Dokter.
 - b. Jika ditemukan ada faktor risiko yang tidak dapat ditangani oleh Dokter di FKTP, maka dilakukan rujukan sesuai dengan hasil skrining untuk dilakukan tatalaksana secara komprehensif (kemungkinan juga dibutuhkan penanganan spesialisik selain oleh Dokter Sp.OG).

6. Pada ibu hamil dengan kontak erat, suspek, probable, atau terkonfirmasi COVID-19, pemeriksaan USG ditunda sampai ada rekomendasi dari episode isolasinya berakhir. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus risiko tinggi.
7. Ibu hamil diminta mempelajari dan menerapkan buku KIA dalam kehidupan sehari-hari.
 - a. Mengenali TANDA BAHAYA pada kehamilan. Jika ada keluhan atau tanda bahaya, ibu hamil harus segera memeriksakan diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - b. Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko/tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), seperti mual-muntah hebat, perdarahan banyak, gerakan janin berkurang, ketuban pecah, nyeri kepala hebat, tekanan darah tinggi, kontraksi berulang, dan kejang atau ibu hamil dengan penyakit diabetes mellitus gestasional, pre eklampsia berat, pertumbuhan janin terhambat, dan ibu hamil dengan penyakit penyerta lainnya atau riwayat obstetri buruk, maka ibu harus memeriksakan diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - c. Pastikan gerak janin dirasakan mulai usia kehamilan 20 minggu. Setelah usia kehamilan 28 minggu, hitunglah gerakan janin secara mandiri (minimal 10 gerakan dalam 2 jam). Jika 2 jam pertama gerakan janin belum mencapai 10 gerakan, dapat diulang pemantauan 2 jam berikutnya sampai maksimal dilakukan hal tersebut selama 6x (dalam 12 jam). Bila belum mencapai 10 gerakan selama 12 jam, ibu harus segera datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk memastikan kesejahteraan janin.
 - d. Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap melakukan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil/ yoga/pilates/peregangan secara mandiri di rumah agar ibu tetap bugar dan sehat.
 - e. Ibu hamil tetap minum Tablet Tambah Darah (TTD) sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
8. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi ibu hamil dengan status suspek, probable, atau terkonfirmasi positif COVID-19 dilakukan dengan pertimbangan dokter yang merawat.
9. Pada ibu hamil suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19, saat pelayanan antenatal mulai diberikan KIE mengenai pilihan IMD, rawat gabung, dan menyusui agar pada saat persalinan sudah memiliki pemahaman dan keputusan untuk perawatan bayinya.
10. Konseling perjalanan untuk ibu hamil. Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan ke luar negeri atau ke daerah dengan transmisi lokal/ zona merah (risiko tinggi) dengan mengikuti anjuran perjalanan (travel advisory) yang dikeluarkan pemerintah. Dokter harus menanyakan riwayat

perjalanan terutama dalam 14 hari terakhir dari daerah dengan penyebaran COVID-19 yang luas.

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

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

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2013).

2.3.2 Tanda Gejala Persalinan

Menurut (Mochtar, 2013), tanda-tanda inpartu yaitu:

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

Menurut (JNPK-KR, 2017) tanda dan gejala in partu yaitu:

- a. Penipisan dan pembukaan serviks
- b. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
- c. 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

Penapisan adalah suatu kegiatan pengenalan dini terhadap masalah dan penyulit pada ibu hamil dan bersalin, dimana penolong harus waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah penyulit. Kegiatan penapisan ini guna mencegah atau mengurangi kejadian 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan dan mengenali bahaya, terlambat dirujuk, dan terlambat mendapatkan penanganan) (Kemenkes, 2011).

**PENAPISAN IBU BERSALIN
DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT**

	YA	TIDAK
1. Riwayat bayi besar		
2. Perdarahan pervaginam		
3. Kehamilan kurang bulan		
4. Ketuban pecah dengan meconium kental		
5. Ketuban pecah lama (> 12 jam)		
6. Ketuban pecah dengan kehamilan kurang bulan		
7. Ikterus		
8. Anemia berat		
9. Preeklamsia berat/Eklamsia		
10. Tinggi fundus uteri > 40 cm dan < 25 cni		
11. Demam > 38°C		
12. Gawat janin		
13. Presentase bukan belakang kepala		
14. Tali pusat menubung		
15. Gemeli		
16. Presentase majemuk		
17. Primipara fase aktif palpasi 5/5		
18. Shok		
19. Hipertensi		
20. Kehamilan dengan penyulit sistemik (asma, DM, Jantung, Kelainan Darah)		
21. Tinggi badan < 140 an		
22. Kehamilan diluar kandungan		
23. Posterm pregnancy		
24. Partus tak maju (Kala I lama, Kala II lama, Kala II tak maju)		
25. Kehamilan dengan mioma uteri		
26. Kehamilan dengan riwayat penyakit tertentu (Hepatitis, HIV)		

Gambar 2.6 Lembar Penapisan

Sumber: (Affandi, 2017)

Tabel 2.5 Indikasi untuk melakukan tindakan dan atau rujukan segera pada kala I persalinan

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Riwayat Bedah sesar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan Semangat
Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show)	<p>Jangan lakukan periksa dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan Ibu ke sisi kiri 2. Pasang infus menggunakan jaum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat/garam fisiologis (NS). 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan.
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan neonatal. 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan Ibu miring kiri 2. Dengarkan Denyut jantung janin (DJJ) 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir Delee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untukantisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan.
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengarkan DJJ, Jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai.
Ketubah pecah (lebih dari 24 jam) atau Ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi < 37 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat.
Tanda-tanda atau gejala infeksi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatur > 38° C 2. Menggigil 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan ketuban berbau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke RS rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan
Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin (pre eklamsia berat)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgSO4 atau 40% IV (5-8 menit) 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
<p>Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomia, polihidramnion, kehamilan ganda)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat <p><i>Alasan: polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur.
<p>Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (Gawat janin)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter 3. besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam. 4. Segera rujuk ibu ke RS Rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan.
<p>Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
<p>Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
<p>Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)</p> <p>Tali pusat menumbang (jika tali pusat masih berdenyut)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat. <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan srung tangan DTT atau steril, masukkan jari telunjuk dan tengah ke vagina, dorong kepala menjauhi tali pusat yang menumbang atau ibu diposisikan sujud atau menungging dan dada menempel di kasur (minta keluarga membantu). 2. Segera rujuk ibu ke RS Rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
<p>Tanda dan gejala syok:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Isi nadi kurang dan frekuensi >100 x/menit 2. Sistolik <90 mmHg 3. Pucat 4. Berkeringat dingin 5. Napas >30 x per menit 6. Delirium atau tidak sadar 7. Produksi urin <30 ml/jam <p>Fase laten memanjang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam 2. Kontraksi > 2 dalam 10 menit <p>Belum inpartu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontraksi <2 kali dalam 10 menit dan lamanya <20 detik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala. 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). infuskan 1liter dalam waktu 15-20 menit: dilanjutkan dengan 2 liter dalam 45-60 menit berikutnya dan lanjutkan dengan 125 ml/jam 4. Segera rujuk ibu ke RS Rujukan 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat <ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan 2. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas 3. Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang atau dilatasi tidak ada kemajuan ibu dan bayi (DJJ) beri

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
2. Tidak ada kemajuan dilatasi serviks dalam waktu 1 hingga 2 jam Partus lama: 1. Grafik dilatasi menyimpang ke kanan garis waspada 2. Dilatasi <1 cm per jam 3. Kontraksi <2 kali dalam 10 menit dan lamanya <40 detik	nasehat agar: a. Cukup makan dan minum b. Kembali jika frekuensi dan lama kontraksi meningkat 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

Sumber: (JNPK-KR, 2017)

Tabel 2.6 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala II

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
Tanda dan gejala syok: <ul style="list-style-type: none"> • Nadi cepat, isi kurang (100x/menit atau lebih) • Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg) • Pucat pasi • Berkeringat atau dingin, kulit lembab • Nafas cepat (>30x/menit) • Cemas, bingung atau tidak sadar • Produksi urin sedikit (<30 cc/jam) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 2. Naikkan kedua kaki untuk meningkat aliran darah kejantung 3. Pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS infuskan satu L dalam 15-20 menit: jika mungkin infuskan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian 125/jam 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala dehidrasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi cepat (100x/menit atau lebih) 2. Urin pekat 3. Produksi urin(>30cc/jam) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan untuk minum 2. Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di partograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu 1 jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 4. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala infeksi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi cepat (110x/menit atau lebih) 2. Suhu lebih >38°C 3. Menggigil 4. Air ketuban atau cairan vagina yang berbau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampicilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala preeklamsi: <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah diastolic 90-110 mmHg 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat diantara kontraksi atau meneran). 2. Miring ke kiri dan cukup istirahat. 3. Bila gejala bertambah berat maka tatalaksana sebagai preeklamsi berat.

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
<ul style="list-style-type: none"> Protein urinaria hingga 2+ 	
<p>Tanda atau gejala Pre-eklamsia berat atau eklampsia :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah diastolic 110 mmHg atau lebih Tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih dengan kejang Nyeri kepala Gangguan penglihatan Kejang (eklampsia) 	<ol style="list-style-type: none"> Baringkan miring kekiri. Pasang infus dengan menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. Berikan dosis awal 4 G MgSO₄ 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit. Berikan dosis pemeliharaan MgSO₄ 40%, 1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK. Dampingi ibu ketempat rujukan.
<p>Tanda-tanda inersia uteri :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik 	<ol style="list-style-type: none"> Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan. Anjurkan untuk minum. Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan >6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT) Stimulasi puting susu. Kosongkan kandung kemihnya. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan. Dampingi ibu ketempat rujukan.
<p>Tanda gawat janin :</p> <ol style="list-style-type: none"> DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit, mulai waspada 	<ol style="list-style-type: none"> Baringkan miring kekiri, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran
<p>Tanda awal gawat janin:</p>	<ol style="list-style-type: none"> Nilai ulang DJJ setelah 5 menit:
<ol style="list-style-type: none"> DJJ kurang dari 100 atau lebih 180 x/menit 	<ol style="list-style-type: none"> Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obtetri dan bayi baru lahir Dampingi ibu ketempat rujukan
<ol style="list-style-type: none"> Kepala bayi tidak turun 	<ol style="list-style-type: none"> Minta ibu meneran jongkok/berdiri. Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi
<p>Tanda-tanda distosia bahu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar. Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali kedalam vagina (kepala'kura-kura') Bahu bayi tidak dapat lahir 	<p>Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan):</p> <ol style="list-style-type: none"> Prasat Mc Robert Prolong Mc Robert (menungging) Anterior dysimpact Perasat Corkscrew dari Wood Perasat Schwartz-Dixon
<p>Tanda-tanda cairan</p>	<ol style="list-style-type: none"> Nilai DJJ:

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
Ketuban bercampur meconium : a. Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung meconium)	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). 2. Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisap lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee DTT/steril atau bola karet (penghisap (baru dan bersih). 3. Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan hasil penelitian.
Tanda-tanda tali pusat menumbung : 1. Tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam	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 di abdomen 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.
Tanda-tanda lilitan tali pusat : 1. Tali pusat melilit leher bayi	1. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi. 2. Jika tali pusat melilit erat dileher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem didua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.
Kehamilan tak terdeteksi :	1. Nilai DJJ. 2. Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama. 3. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring kekiri. 4. Segera rujuk ibu ke RS PONEK. 5. Dampingi ibu ketempat rujukan.

Tabel 2.7 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan Kala III dan IV

Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan	Rencana Asuhan atau Perawatan
Tanda atau gejala retensio plasenta: • Plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan	1. Lakukan periksa dalam jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso kranial pada uterus. 2. Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS a. Segera rujuk ke RS PONEK b. Dampingi ibu ke tempat rujukan
	3. Jika retensio plasenta diikuti dengan perdarahan hebat,

Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan	Rencana Asuhan atau Perawatan
	<p>pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), guyur RL atau NS dan 20 unit oksitosin 30 tetes permenit</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan 5. Bila syarat untuk plasenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK. 6. Dampingi ibu ke tempat rujukan 7. Tawarkan bantuan walaupun ibu ditangani oleh RS rujukan
<p>Tanda atau gejala avulsi (putus) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Talipusat putus ▪ Plasenta tidak lahir 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai kontraksi melalui palpasi uterus 2. Minta ibu meneran jika ibu ada kontraksi 3. Lahirkan plasenta dengan PTT dan tekanan dorso kranial 4. Lakukan masase setelah plasenta lahir 5. Jika setelah 30 menit bayi lahir dan MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta
<p>Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali 2. Selaput ketuban tidak lengkap 3. Perdarahan pasca persalinan 4. Uterus berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan periksa dalam, keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan masase uterus : Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa danya separasi parsial atau robekan jalan lahir.
<p>Tanda atau gejala atonia uteri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan pasca persalinan 2. Uterus lembek dan tidak berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri
<p>Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau servik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan pasca persalinan 2. Plasenta lengkap 3. Uterus berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir 2. Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2 lakukan penjahitan 3. Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks :
	<ul style="list-style-type: none"> • Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS. • Segera rujuk ibu ke RS PONEK • Dampingi ibu ke tempat rujukan.
<p>Tanda atau gejala syok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit) • Sistolik kurang dari 90 mmHg • Pucat • Keringat dingin, kulit lembab • Nafas cepat lebih dari 30x/menit • Delirium atau tidak sadar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring kiri 2. Naikkan kedua tungkai (posisi syok) 3. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS infuskan 1 L dan 15 sampai 20 menit lanjutkan hingga 2 L kemudian 500 cc per jam 4. Jika terperatur tubuh tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 5. Segera rujuk ke RS PONEK 6. Dampingi ibu ketempat rujukan

Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan	Rencana Asuhan atau Perawatan
<ul style="list-style-type: none"> • Produksi urine kurang dari 20 cc/jam 	
Tanda atau gejala dehidrasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur lebih dari 38°C 3. Urine pekat 4. Produksi urine sedikit (20 cc/jam) 	<ol style="list-style-type: none"> 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
Tanda atau gejala infeksi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur tubuh lebih dari 38°C 3. Keringat dingin 4. Lochea berbau Tanda – gejala preeklamsia ringan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg 2. Proteinuria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS 500 cc/jam 3. Berikan ampicilin atau amoxicilin 2 G/ oral 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia: <ul style="list-style-type: none"> • Sistolik > 160 mmHG • Diastolik 110 mmHG • Kejang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 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
Tanda dan gejala kandung kemih penuh : <ol style="list-style-type: none"> 1. Teraba bantalan air supra symphysis 2. Tinggi fundus diatas pusat 3. Uterus terdorong kekanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kosongkan kandung kemih <ul style="list-style-type: none"> • Masagge uterus hingga berkontraksi baik 2. Jika tidak dapat berkemih, kateterisasi dengan teknik aseptik <ul style="list-style-type: none"> • Kemudian dengan massage uterus hingga berkontraksi baik 3. Jika ibu mengalami perdarahan, periksa penyebabnya.

Sumber: (JNPK-KR, 2017)

2. Partograf

Menurut (JNPK-KR, 2017), partograf adalah alat bantu untuk memantau (DJJ, pembukaan, His, Nadi, TTV, jumlah urine yang dikeluarkan) kemajuan pada kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam, menilai kualitas kontraksi uterus dan penurunan bagian terbawah.

2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
3. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan 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:

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan
- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya. Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

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 Oksitosin 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

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

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

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

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

BAYI BARU LAHIR :

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

Gambar 2.10 Halaman Belakang Partograf

Sumber: (JNPK-KR, 2017)

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

Menurut (JNPK-KR, 2017) ada 4 kala dalam persalinan, adalah sebagai berikut:

1. Kala I

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

a. Fase Laten

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b. Fase Aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- 2) Dari pembukaan 4cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2 cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Kala II

Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (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 rectum dan/atau vaginanya.
- c. Perineum menonjol.
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- e. Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.

Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan 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.

- 1) Tanda-tanda lepasnya plasenta
- 2) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 3) Tali pusat memanjang
- 4) Semburan darah mendadak dan singkat

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

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

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

4. Kala IV

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

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

2.3.5 Mekanisme Persalinan

Menurut (Mochtar, 2013) pada minggu-minggu terakhir kehamilan, segmen bawah rahim meluas untuk menerima kepala janin terutama pada primi dan juga pada multi, pada saat partus mulai. Untunglah, hampir 96% janin adalah letak kepala. Pada letak belakang kepala (LBK) dapat dijumpai dengan:

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

Ada 2 teori yang menjelaskan mengapa lebih banyak letak kepala dibandingkan letak lainnya yaitu:

- a. Teori akomodasi yaitu bentuk rahim kemungkinan bokong dan ekstermitas yang besar volumenya untuk berada di atas, sedangkan kepala berada di bawah yang menempati ruangan lebih sempit.
- b. Teori gravitasi yaitu karena relatif besar dan berat, kepala akan turun ke bawah. Karena his yang kuat, teratur, dan sering, kepala janin turun memasuki pintu atas panggul (*engagement*). Karena menyesuaikan diri dengan jalan lahir, kepala bertambah menekuk (fleksi maksimal) sehingga lingkaran kepala memasuki panggul dengan ukuran yang terkecil:

- a) Diameter subokisipito-bregmatika = 9,5 cm dan
- b) Sirkumferensia subokisipito-bregmatika = 32 cm.

Selanjutnya, turunnya kepala janin adalah seperti skema dibawah ini

Tabel 2.8 Mekanisme Turunya Kepala Janin

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

Sumber: (Mochtar, 2013)

2.3.6 Perubahan Fisik dan Psikologis Persalinan

1. Perubahan Fisik

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

a. Uterus

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

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

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid di sertai pengurangan diameter horizontal. Dengan perubahan bentuk ini, ada efek-efek penting pada proses persalinan. Pertama pengurangan diameter horizontal menimbulkan pelurusan kolumna vertebralis janin, dengan menekankan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri, sementara kutub bawah di dorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke punggul. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang di timbulkannya di perkirakan telah mencapai antara 5 sampai 10 cm, tekanan yang di berikan dengan cara ini di kenal sebagai takanan sumbu janin. Kedua dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal di tarik tegang dan karena segmen bawah dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini di tarik ke atas pada kutub bawah janin. Efek ini

merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks.

b. Serviks

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

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

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

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

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

c. Vagina dan dasar panggul

Jalan lahir di sokong dan secara fungsional di tutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Srtuktur yang paling penting adalah *muskulus levator ani* dan fascia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat di anggap sebagai dasar panggul. Ketebalan *muskulus levator ani* bervariasi 3 sampai 5 mm meskipun rektum dan vagina agak tebal.

Pada kala I persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya di hasilkan oleh tekanan yang di berikan oleh bagian terbawah janin. Ketika

perinium teregang maksimal, anus menjadi jelas membuka dan terlihat sebagai lubang berdiameter 2 sampai 3 cm dan di sini dinding anterior rektum menonjol.

2.3.7 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Menurut (JNPK-KR, 2017), Kebutuhan Ibu masa persalinan adalah:

1. Dukungan Emosional

Anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan untuk berperan aktif dalam menghargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudra yang secara khusus diminta untuk menemaninya.

2. Mobilisasi

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

3. Pemberian Cairan dan Nutrisi

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

4. Personal Hygiene

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

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

5. Pencegahan infeksi

Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya. Upaya untuk keterampilan melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap risiko infeksi.

2.3.8 Tanda Bahaya Persalinan

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus waspada terhadap timbulnya penyulit atau masalah yang ada. Ingat bahwa menunda pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan resiko tinggi kematian ibu dan bayi serta 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. Adanya riwayat bedah sesar
- b. Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah.
- c. Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan).
- d. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.
- e. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium dan disertai dengan tanda-tanda gawat janin.
- f. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
- g. Infeksi (temperature $> 38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
- h. Tekanan darah lebih dari 160/110 atau terdapat protein dalam urine (Pre-eklampsia berat).
- i. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
- j. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).
- k. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
- l. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).
- m. Presentasi ganda (majemuk).
- n. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
- o. 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).
- p. Fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit).
- q. Partus lama (pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam, frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik).

2. Tanda bahaya dan komplikasi kala II

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

- a. Syok (Nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat pasi, berkeringat dingin,

- nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
- b. Dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam).
 - c. Infeksi (Nadi cepat 110x/menit atau lebih, temperatur suhu $> 38^{\circ}$ 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 menubung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam).
 - k. Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).
3. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV
- Tanda bahaya dan komplikasi kala III dan IV menurut (Affandi, 2017) adalah:
- a. Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir).
 - b. Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir).
 - c. Bagian plasenta 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^oC, urine pekat, produksi urine sedikit 30ml/jam).

- h. Infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperatur suhu > 38°C, kedinginan, cairan vagina yang berbau busuk).
- i. Pre-eklampsia ringan (tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria).
- j. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih, tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang).
- k. Kandung kemih penuh (bagian bawah uterus sulit di palpasi, TFU diatas pusat, uterus terdorong/condong kesatu sisi).

2.3.9 Standar Asuhan Persalinan

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

1. Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I

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

2. Standar 10 : Persalinan Kala II Yang Aman

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

3. Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

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

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

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

2.3.10 Pelayanan Persalinan di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes R.I, 2020) Pelayanan Persalinan di Era Adaptasi Kebiasaan Baru yaitu:

1. Semua persalinan dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
2. Pemilihan tempat pertolongan persalinan ditentukan berdasarkan:
 - a. Kondisi ibu yang ditetapkan pada saat skrining risiko persalinan.
 - b. Pemilihan tempat tergolong persalinan di tentukan berdasarkan :
 - 1) Kondisi ibu yang ditetapkan pada saat skrining risiko persalinan
 - 2) Kondisi ibu saat inpartu
 - 3) Status ibu dikaitkan dengan COVID-19

- a) Persalinan di RS rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status :
suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 (penanganan tim multidisiplin)
 - b) Persalinan di RS non rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status :
suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19, jika terjadi kondisi RS rujukan COVID-19 penuh dan/atau terjadi kondisi emergensi. Persalinan dilakukan dengan APD yang sesuai.
 - c) Persalinan di FKTP untuk ibu dengan status kontak erat (skrining awal: anamnesis, pemeriksaan darah normal (NLR < 5,8 dan limfosit normal), rapid test non reaktif). Persalinan di FKTP menggunakan APD yang sesuai dan dapat menggunakan delivery chamber (penggunaan delivery chamber belum terbukti dapat mencegah transmisi COVID-19)
- 4) Pasien dengan kondisi inpartu atau emergensi harus diterima di semua fasilitas pelayanan kesehatan walaupun belum diketahui status COVID-19. Kecuali bila ada kondisi yang mengharuskan dilakukan rujukan karena komplikasi obstetrik
- c. Rujukan terencana untuk :
 - 1) Ibu yang memiliki risiko pada persalinan dan
 - 2) Ibu hamil dengan status suspek dan terkonfirmasi COVID-19
 - d. Ibu hamil melakukan isolasi mandiri minimal 14 hari sebelum taksiran persalinan atau sebelum tanda persalinan
 - e. Pada zona merah (risiko tinggi), orange (risiko sedang), dan kuning (risiko rendah), ibu hamil dengan atau tanpa tanda dan gejala COVID-19. Skrining dilakukan dengan anamnesa, pemeriksaan darah NLR atau Rapid test (jika tersedia fasilitas dan sumber daya). Untuk daerah yang mempunyai kebijakan lokal dapat melakukan skrining lebih awal.
 - f. Pada zona hijau (tidak terdampak/tidak ada kasus), skrining COVID-19 pada ibu hamil jika ibu memiliki kontak erat dan atau gejala.
 - g. Untuk ibu dengan status kontak erat tanpa penyulit obstetrik (skrining awal: anamnesis, pemeriksaan darah normal (NLR < 5,8 dan limfosit normal), rapid test non reaktif), persalinan dapat dilakukan di FKTP . persalinan di FKTP dapat menggunakan delivery chamber tanpa melonggarkan pemakaian APD (penggunaan delivery chamber belum terbukti dapat mencegah transmisi COVID-19).
 - h. Apabila ibu datang dalam keadaan inpartu dan belum dilakukan skrining, fasilitas pelayanan kesehatan harus tetap melayani tanpa menunggu hasil skrining dengan menggunakan APD sesuai standar.
 - i. Hasil skrining COVID-19 dicatat/dilampirkan di buku KIA dan dikomunikasikan ke fasilitas pelayanan kesehatan tempat rencana persalinan

- j. Pelayanan KB pasca persalinan tetap dilakukan sesuai prosedur, diutamakan menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP).

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

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

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

2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

Menurut (Mochtar, 2013), perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu nifas adalah :

1. Uterus

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

Tabel 2.9 Tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi

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

Sumber : (Mochtar, 2013)

2. Bekas implantasi uri: plasenta bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu 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 sakit, 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 mengganggu dapat diberikan obat-obat antisakit dan antimules.
5. 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 sanguinolenta: 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 keluar.
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-ligamen: ligamen, fascia, 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 kendur. Setelah melahirkan, kebiasaan wanita Indonesia melakukan "*berkhusuk*" atau "*berurut*", dimana sewaktu dikhusuk tekanan intra abdomen bertambah tinggi. Karena setelah melahirkan ligamenta, fascia, dan jaringan penunjang menjadi kendur, 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), fase - fase yang dialami ibu nifas adalah sebagai berikut :

1. Fase Taking In
 - a. Periode ketergantungan atau fase dependens
 - b. Periode yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan Dimana ibu baru biasanya bersifat pasif dan bergantung, energi difokuskan pada perhatian ke tubuhnya atau dirinya.
 - c. Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi oleh orang lain.
 - d. Ibu / klien akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkan
 - e. Menunjukkan kebahagiaan yang sangat dan bercerita tentang pengalaman melahirkan.
 - f. Tidur yang tidak terganggu adalah penting jika ibu ingin menghindari efekgangguan kurang tidur, yang meliputi letih, iritabilitas dan gangguan dalam proses pemulihan yang normal.
 - g. Beberapa hari setelah melahirkan akan menanggukuhkan keterlibatannya 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 kemampuannya menjadi orangtua yang berhasil dan menerima peningkatan tanggungjawab 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

Kebutuhan pada ibu nifas itu sangat penting untuk diperhatikan karena pada masa ini kebutuhan gizi 3x dari kebutuhan biasanya apalagi pada ibu menyusui untuk memenuhi kebutuhan bayi. Makanan yang dikonsumsi berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh,

proses memproduksi ASI yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan. Menu gizi seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna.

Adapun kebutuhan dasar Ibu Nifas menurut Nurliana Mansyur (2014), yaitu :

1. Kebutuhan gizi pada ibu menyusui

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama pada ibu menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses pemulihan dan memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan yang sebesar 800 kkal yang digunakan produksi ASI dan untuk aktifitas sendiri

a. Energi

ASI berkemampuan memasuk 67-77 kkal. Efisiensi konversi energi yang terkandung dalam makanan menjadi energi susu sebesar rata-rata 80% dengan kisaran 76-94% sehingga dapat diperkirakan besaran energi yang diperlukan untuk menghasilkan 100cc susu sekitar 85 kkal.

Tambahan kalori tersebut hanya sebesar 700 kkal, sementara sisanya sekitar 200 kkal diambil dari cadangan endogen yaitu timbunan lemak selama hamil. Mengingat efisiensi konversi energi hanya 80-90%, maka energi dari makanan yang dianjurkan 500 kkal hanya akan menjadi energi ASI sebesar 400-500 kkal.

Untuk menghasilkan 850 cc ASI, dibutuhkan energi 6800807 kkal energi. Jika kedalam diet tetap ditambahkan 500 kkal, yang terkonversi hanya 400-500 kkal, berarti setiap hari harus dimobilisasi cadangan energi endogensebesar 300-500 kkal yang setara dengan 33-38 gram lemak. Dengan demikian, simpanan lemak selama hamil sebanyak 4 kg atau setara dengan 36.000 kkal yang akan habis setelah 105-121 hari atau sekitar 3-4 bulan.

Perhitungan ini sekaligus menguatkan pendapat bahwa dengan pemberian ASI, berat badan ibu akan kembali normal dengan cepat dan menepis isu bahwa menyusui bayi akan membuat badan ibu menjadi tambun.

b. Protein

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein diatas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gram protein.

Berikut ini adalah pertimbangan tambahan nutrisi ibu menyusui pada wanita Asia dan Amerika :

Tabel 2.10 Pertimbangan Tambahan Nutrisi

No	Nutrisi	Wanita Asia	Wanita Amerika
1	Kalsium	1,5-1 gram	400 mg
2	Zat Besi	20 mg	30-60 mg
3	Vitamin C	100 mg	40 mg
4	Vitamin B-1	1,3 mg	0,5 mg
5	Vitamin B-2	1,3 mg	0,5 mg
6	Vitamin B-12	2,6 mikrogram	1 mikrogram
7	Vitamin D	10 mikrogram	5 mikrogram

Sumber : Nurliana Mansyur (2014)

2. Ambulasi Dini (*Early Ambulation*)

Adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit tertentu seperti anemia, jantung, paru-paru, demam dan keadaan lain yang membutuhkan waktu untuk istirahat. Keuntungan dari ambulasi yakni :

- a. Pasien merasa lebih baik, lebih sehat, lebih kuat.
- b. Kandung kemih lebih baik.
- c. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.

Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melaksanakan observasi perkembangan pasien dari jam demi jam sampai hitungan hari. Kegiatan ini dilakukan secara meningkat secara berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktivitasnya sampai pasien dapat melakukan sendiri tanpa pendampingan sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terlaksana.

3. Eliminasi

a. Miksi (BAK)

Miksi disebut normal bila Buang Air Kecil spontan setiap 3-4 jam. Diusahakan dapat Buang Air Kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan seperti dirangsang dengan mengalirkan air kran didekat pasien dan mengompres air hangat diatas simfisis. Bila tidak berhasil dengan cara diatas maka dilakukan kateterisasi.

b. Defikasi (BAB)

Biasanya 2-3 hari postpartum masih sulit Buang Air Besar. Jika pasien pada hari ke tiga belum juga bisa, maka diberikan laksan supositoria dan minuman air hangat.

4. Kebersihan Diri

Ada beberapa langkah penting dalam perawatan kebersihan diri ibu postpartum adalah :

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu yang kotor karena keringat atau debu dapat

menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi.

- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, lalu membersihkan daerah anus.
- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 3x dalam sehari. Kadang hal ini terlewat untuk disampaikan kepada pasien. Masih ada luka terbuka didalam rahim dan vagina sebagai satu-satunya *Ipport de entre* kumanpenyebab infeksi rahim, maka pasien harus senantiasa menjaga suasana kesamaan dan kebersihan vagina dengan baik.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali pasien selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- e. Jika mempunyai luka *episiotomi* hindari untuk menyentuh daerah luka yang terlalu kasar.

5. Istirahat

Pasien postpartum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan energi menyusui bayinya nanti.

Kurang istirahat pada pasien postpartum akan mengakibatkan beberapa kerugian seperti :

- a. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- b. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- c. Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

6. Seksualitas

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang unruk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah melahirkan.

7. Senam Nifas

Yaitu senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai hari kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Tujuannya yaitu :

- a. Membantu mempercepat pemulihan keadaan ibu.
- b. Mempercepat proses involusi dan pemulihan fungsi alat kandungan.
- c. Memperlancar pengeluaran lochea.
- d. Membantu memulihkan kekuatan, kekencangan otot-otot, mengurangi rasa sakit, merileksasikan pada panggul, perut, dan

perineum terutama otot yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan.

- e. Meminimalisir timbulnya kelainan dan komplikasi nifas seperti emboli, thrombosis dll.

2.4.5 Tanda Bahaya Masa Nifas

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

1. Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan pasca persalinan adalah komplikasi yang terjadi pada tenggang waktu di antara persalinan dan masa pasca 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 di diskusikan 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 genital pada masa nifas di sebabkan 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 preeklamsia berat, harus di rawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesium sulfat ($MgSO_4$).

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. Defisiensi vitamin dan mineral

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

2.4.6 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

Menurut Data (Depkes R.I, 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. Meningkatkan 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.

Tabel 2.11 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan ; rujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan Istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari
3	2 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat & merawat bayisehari – hari
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber :(Syarifuddin, 2012).

2.4.7 Pelayanan Masa Nifas di Era Adaptasi kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes R.I, 2020) Pelayanan Masa Nifas di Era Adaptasi Kebiasaan Baru yaitu:

1. Pelayanan pasca salin
 - a. Pelayanan pasca salin (ibu nifas dan bayi baru lahir) dalam kondisi normal tidak terpapar COVID-19 : kunjungan minimal dilakukan minimal 4 kali
 - b. Pelayanan KB pasca persalinan diutamakan menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP), dilakukan dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan serta menggunakan APD yang sesuai dengan jenis pelayanan.
 - c. Ibu nifas dengan status suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 setelah pulang ke rumah melakukan isolasi mandiri selama 14 hari. Kunjungan nifas dilakukan setelah isolasi mandiri selesai
 - d. Ibu nifas dan keluarga diminta mempelajari dan menerapkan buku KIA dalam perawatan nifas dan bayi lahir di kehidupan sehari-hari, termasuk mengenali tanda bahay pada masa nifas dan bayi baru lahir. Jika ada keluhan atau tanda bahaya, harus segera memeriksakan diri dan atau bayinya ke fasilitas pelayanan kesehatan.
 - e. KIE yang disampaikan kepada ibu nifas pada kunjungan pasca salin (kesehatan ibu nifas):
 - 1) Higiene sanitasi diri dan organ genitalia
 - 2) Kebutuhan gizi ibu nifas.
 - 3) Perawatan payudara dan cara menyusui
 - 4) Istirahat, mengelola rasa cemas dan meningkatkan peran keluarga dalam pemantauan peran keluarga dalam pemantauan kesehatan ibu dan bayinya.
 - 5) KB pasca persalinan : pada ibu suspek, probsble, atau terkonfirmasi COVID-19, pelayanan KB selain AKDR pascaplasenta atau sterilisasi bersama dengan seksio sesaria, dilakukan setelah pasien dinyatakan sembuh.

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian

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

2.5.2 Tanda-tanda BBL Normal

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

1. Dilahirkan pada usi 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/menit.
 7. Pernafasan 40-60 kali/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. Genitalia: labia mayora sudah menutupi labia minor (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 mekonium dalam 24 jam pertama.
- Menurut Mochtar (2013), klasifikasi klinik nilai APGAR yaitu:
- a. Nilai 7-10 : bayi normal
 - b. Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
 - c. Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

Tabel 2.12 APGAR SKOR

SKOR	0	1	2
<i>AppearanceColor</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Diatas 100
<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersin
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (Usaha Nafas)	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: (Mochtar, 2013).

2.5.3 Masa Transisi BBL

Menurut (Muslihatun, 2010) periode transisional ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu periode pertama reaktivitas, fase tidur dan periode kedua reaktivitas. Karakteristik masing-masing periode memperlihatkan kemajuan bayi baru lahir ke arah mandiri.

1. Periode pertama reaktivitas

Periode pertama reaktivitas berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini, antara lain: denyut apical berlangsung cepat dan irama tidak teratur, frekuensi pernapasan 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 menit pada 4 jam pertama setelah kelahiran, menjaga bayi agar tetap hangat (suhu aksila 36,5-37,5°C).

a. Fase tidur

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

2. Periode kedua reaktivitas

Periode kedua reaktivitas ini berakhir sekitar 406 jam setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini adalah bayi memiliki tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan.

3. Periode pascatrasnsisional

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

2.5.4 Kebutuhan Dasar BBL

Menurut (Affandi, 2017) kebutuhan dasar BBL meliputi:

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

c. Persiapan Tempat

Gunakan tempat 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 dengan pemancar panas dan terjaga dari tiupan angin.

2. Penilaian awal BBL

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

- a. Apakah bayi menangis kuat 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 resusitasi bayi baru lahir.

3. Mencegah Kehilangan Panas

- a. Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
- b. Letakkan bayi di dada ibu agar ada kontak kulit ibu ke bayinya
- c. Slimuti ibu dan bayi dan pasang topi di kepala bayi
- d. Jangan seger menimbang atau memandikan bayi baru lahir

4. Merawat Tali Pusat

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

5. Pemberian ASI

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin atau eksklusif. Segera setelah lahir bayi, tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi kontak ke kulit ibu dan anjurkan ibu untuk memeluk bayinya. Biarkan kontak kulit ke kulit ini menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih bayi dapat menyusu sendiri.

6. Pencegahan Perdarahan

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

7. Pencegahan Infeksi Pada Mata

Pencegahan infeksi pada mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu. Pencegah infeksi tersendiri mengandung Tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Pencegahn infeksi mata kurang efektif jika diberikan > 1 jam setelah kelahiran.

8. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengethaui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, shingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

9. Pemberian Imunisasi Hepatitis B

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

2.5.5 Tanda Bahaya BBL

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

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

2.5.6 Pengertian Bayi Baru Lahir Asfiksia

Asfiksia adalah keadaan bayi tidak bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Seringkali bayi yang sebelumnya mengalami gawat janin akan mengalami asfiksia sesudah persalinan. Masalah ini mungkin berkaitan dengan keadaan ibu, tali pusat, atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan. Pada pertolongan persalinan, bidan perlu mengetahui (sebelum dan sesudah bayi lahir) apakah bayi mempunyai risiko asfiksia. Pada keadaan tersebut, bicarakan dengan ibu dan keluarganya tentang kemungkinan diperlukannya tindakan resusitasi. Tetapi, pada keadaan tanpa faktor risiko sekalipun, beberapa bayi dapat mengalami asfiksia. Oleh karena itu bidan harus siap melakukan resusitasi bayi SETIAP menolong persalinan (JNPK-KR 2017).

2.5.7 Persiapan Resusitasi Bayi Baru Lahir

Tanpa persiapan, kita akan kehilangan waktu yang sangat berharga untuk menyelamatkan bayi. Walaupun hanya beberapa menit, jika BBL tidak segera bernapas, bayi dapat menderita keusakan otak atau meninggal. Persiapan yang diperlukan adalah persiapan keluarga, tempat, alat untuk resusitasi dan persiapan diri (bidan) (JNPK-KR, 2017).

1. Persiapan Keluarga

Sebelum menolong persalinan, bicarakan dengan keluarga mengenai berbagai kemungkinan yang dapat terjadi pada ibu dan bayi (baik yang sudah diduga ataupun tidak terduga) dan bagaimana persiapan persalinan akan dilakukan (JNPK-KR, 2017).

2. Persiapan Tempat Resusitasi

Persiapan yang diperlukan meliputi ruang bersalin dan tempat resusitasi menurut (JNPK-KR, 2017):

1. Gunakan ruangan yang hangat dan terang.
2. Tempat resusitasi hendaknya datar, rata, cukup keras, bersih, kering, dan hangat misalnya meja, dipan atau di atas lantai beralas tikar. Sebaiknya dekat pemancar panas (*Infant warmer*) dan tidak dilalui aliran udara (jendela atau pintu yang terbuka).

Keterangan:

1. Ruangan yang hangat akan mencegah bayi hipotermi.

2. Tempat resusitasi yang datar dan rata untuk kemudahan pengaturan posisi kepala bayi.
3. Untuk sumber pemancar panas dapat digunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari meja resusitasi. Nyalakan lampu pijar 10-15 menit menjelang persalinan.

3. Persiapan Alat Resusitasi

Sebelum menolong persalinan, selain menyiapkan alat-alat persalinan juga harus disiapkan alat-alat resusitasi dalam keadaan siap pakai, yaitu:

1. Kain ke-1: untuk mengeringkan bayi
2. Kain ke-2: untuk menyelimuti bayi
3. Kain ke-3: untuk ganjalan bahu bayi
4. Alat pengisap lendir DeLee atau bola karet
5. Alat ventilasi: balon dan sungkup dengan karup pelepas tekanan. Sungkup direkomendasikan adalah yang dilengkapi bantalan udara untuk bayi cukup bulan atau kurang bulan.
6. Kotak peralatan resusitasi
7. Sarung tangan
8. Jam atau pencatat waktu

Keterangan:

1. Kain yang akan digunakan sebaiknya bersih, kering, hangat dan dapat menyerap cairan misalnya handuk, kain katun, dsb. Kalau tak tersedia gunakan kain panjang atau sarung.
2. Kain ke-3 untuk ganjal bahu. Ganjal bahu bisa dibuat dari kain (handuk kecil, kaos dan selendang).

Bagian-bagian Balon dan Masker:

1. Inlet udara dan tempat memasang reservoir O₂
2. *Oxygen* (O₂) inlet
3. Katub pelepas tekanan atau *pop-off* valve
4. Konektor masker
5. *Oxygen* (O₂) outlet
6. *Oxygen* (O₂) reservoir

Keterangan:

1. Alat pengisap lendir De Lee adalah alat yang digunakan untuk mengisap lendir khusus untuk BBL.
2. Balon dan sungkup atau tabung dan sungkup merupakan alat penting dalam tindakan ventilasi pada resusitasi, siapkan sungkup dalam keadaan terpasang dan steril atau DTT.
3. Alat pengisap lendir De Lee dan sungkup dalam keadaan steril atau DTT disimpan dalam kotak peralatan resusitasi.

Cara menyiapkan:

1. Kain ke-1:

Fungsi kain ke-1 adalah untuk mengeringkan BBL yang basah oleh air ketuban segera setelah lahir. Bagi bidan yang sudah biasa dan terlatih meletakkan BBL diatas perut ibu, ia akan menyediakan sehelai kain di atas perut ibu sebelum menolong persalinan. Hal ini dapat juga digunakan untuk langkah awal jika bayi mengalami asfiksia.

2. Kain ke-2:

Fungsi kain ke-2 adalah untuk menyelimuti BBL agar tetap kering dan hangat. Kain ke-2 digelar di atas tempat resusitasi. Saat memulai resusitasi, bayi yang diselimuti kain ke-1 akan diletakkan di tempat resusitasi, di atas gelaran kain ke-2.

3. Kain ke-3:

Fungsi kain ke-3 adalah untuk ganjal bahu bayi. Kain digulung setebal kira-kira 3 cm dan ketinggiannya dapat disesuaikan untuk mengatur posisi kepala bayi agar sedikit ekstensi (posisi menghidu). Kain ini diletakkan di bawah kain ke-3 pada sisi dekat penolong.

4. Peralatan resusitasi

Kotak peralatan resusitasi yang berisi alat pengisap lendir De Lee atau bola karet dan alat resusitasi (tabung atau balon dan sungkup) diletakkan dekat tempat tindakan resusitasi. Tujuannya adalah agar mudah diambil saat diperlukan untuk tindakan resusitasi BBL.

5. Sarung tangan.

6. Jam atau pencatat waktu.

4. Persiapan diri

Pastiakn penolong sudah menggunakan alat pelindung diri (APD) untuk melindungi dari kemungkinan infeksi:

- a. Memakai alat pelindung diri pada persalinan (celemek plastik, masker, penutup kepala, kaca mata, alas kaki tertutup).
- b. Melepaskan perhiasan, cincin, jam tangan sebelum cuci tangan
- c. Mencuci tangan dengan air bersih mengalir dan sabun atau menggunakan bilasan alkohol dan gliserin.
- d. Mengeringkan sarung tangan sebelum menolong persalinan

2.5.8 Keputusan untuk Melakukan Resusitasi Neonatal

Bidan harus mampu melakukan penilaian untuk mengambil keputusan guna menentukan perlu tindaknya tindakan resusitasi.

	Sebelum bayi lahir:
PENILAIAN	1. Apakah kehamilan cukup bulan?
	Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan):
	1. Menilai apakah bayi menangis atau bernapas atau tidak megap-megap?
	2. Menilai tonus otot bayi baik atau bayi bergerak aktif?
	Memutuskan bayi perlu resusitasi jika:
KEPUTUSAN	1. Bayi tidak cukup bulan dan atau
	2. Bayi megap-megap atau tidak bernapas dan atau
	3. Tonus otot bayi tidak baik atau bayi lemas
TINDAKAN	Mulai lakukan resusitasi jika:

1. Bayi tidak cukup bulan dan atau bayi megap-megap atau tidak bernapas dan atau tonus otot bayi tidak baik atau bayi lemas

Lakukan penilain usia kehamilan dan air ketuban sebelum bayi lahir. Segera setelah lahir, sambil meletakkan dan menyelimuti bayi di atas perut ibu atau dejat perineum, lakukan panilaian cepat usaha napas dan tonus otot. Penilaian ini menjadi dasar keputusan perlu tidaknya resusitasi.

Nilai (skor) APGAR tidak digunakan sebagai dasar keputusan untuk tindakan resusitasi. Penilaian kondisi BBL harus dilakukan segera sehingga keputusan resusitasi tidak didasarkan penilaian APGAR skor APGAR dapat dipakai untuk menilai kemajuan kondisi BBL pada saat 1 menit dan 5 menit setelah kelahiran.

Untuk manajemen BBL dengan Asfiksia, proses penilaian untuk membuat keputusan klinik bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan hanya sekali hingga selesai. Setiap tahapan manajemen asfiksia, senantiasa dilakukan penilaian untuk membuat keputusan dan memilih tindakan (intervensi) yang paling tepat untuk setiap kondisi yang dihadapi.

2.5.9 Penatalaksanaan Resusitasi Neonatal

Setelah melakukan penilaian dan memutuskan bahwa BBL perlu resusitasi, tindakan terpilih harus segera dilakukan. Penundaan pertolongan membahayakan bayi. Pemotongan tali pusat dapat dilakukan diatas perut ibu atau dekat perineum.

Pemotongan Tali Pusat:

1. Pola diatas perut ibu

Bidan terlatih dapat meletakkan bayi di atas kain yang disiapkan di perut bawah ibu dengan posisi kepala sedikit ekstensi. Selimuti bayi dengan kain tetapi bagian dada dan perut tetap terbuka. Kemudian klem dan potong tali pusat. Tali pusat tidak usah diikat dulu, tidak dibubuhi apapun dan tidak dibungkus.

2. Pola dekat perineum

Jika tali pusat sangat pendek sehingga cara di atas tidak memungkinkan, setelah BBL dinilai, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang ada di dekat perineum ibu. Kemudian segera klem dan potong tali pusat tanpa diikat dulu, tidak dibubuhi apapun dan tidak dibungkus.

2.5.10 Tindakan Resusitasi Bayi Baru Lahir

Jika bayi tidak cukup bulan dan atau tidak bernapas megap-megap dan atau tonus otot tidak baik:

Sambil mulai melakukan langkah awal:

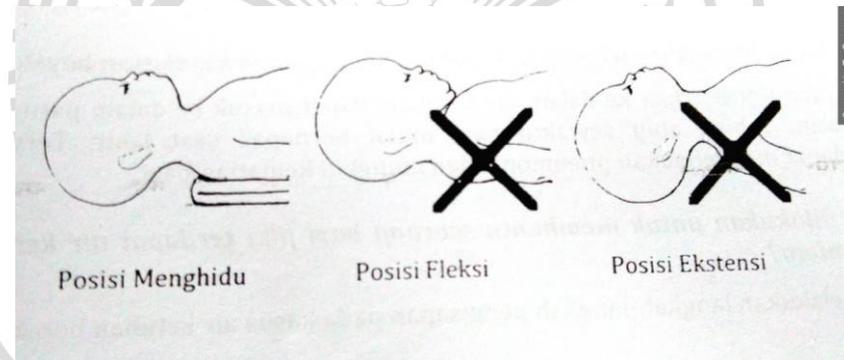
1. Beritahukan ibu dan keluarga, bahwa bayi mengalami kesulitan bernapas dan bahwa anda akan menolongnya.

2. Mintalah salah seorang keluarga mendampingi ibu untuk memberi dukungan moral, menjaga ibu dan melaporkan bila ada perdarahan.

Tahap 1: Langkah Awal

Langkah awal diselesaikan dalam waktu ≤ 30 detik. Bagi kebanyakan BBL, 5 langkah awal di bawah cukup untuk merangsang bayi bernapas spontan dan teratur. Langkah tersebut meliputi:

1. Jaga bayi tetap hangat
 - a. Letakkan bayi di atas kain ke-1 yang ada di atas perut ibu atau sekitar 45 cm dari perineum.
 - b. Selimuti bayi dengan kain tersebut, wajah, dada dan perut tetap terbuka, potong tali pusat.
 - c. Pindahkan bayi yang telag diselimuti kain ke-1 atas kain ke-2 yang telah digelar di tempat resusitasi.
 - d. Jaga bayi tetap diselimuti dengan wajah dan dada terbuka dan di bawah pemancar panas (*infant warmer*)
2. Atur posisi bayi
 - a. Baringkan bayi terlentang dengan kepala di dekat penolong. Posisikan kepala bayi pada posisi menghidu yaitu kepala sedikit ekstensi dengan mengganjal bahu.



Gambar: 2.11 posisi Kepala Bayi untuk Resusitasi

3. Isap lendir
Gunakan alat pengisap lendir DeLee dengan cara sebagai berikut:
 - a. Isap lendir mulai dari mulut dulu, kemudian dari hidung (jika menggunakan balon karet atau *bulb syringe*, tekan balon di luar, baru masukkan ke mulut atau hidung dan lepaskan tekanan sambil menarik pengisap ke luar).
 - b. Laukan pengisapan saat alat pengisap ditarik keluar, Tidak pada waktu memasukkan.
Jangan lakukan pengisapan terlalu dalam yaitu jangan lebih dari 5 cm ke dalam mulut karena dapat menekan pleksus parasimpatis di orofaring sehingga menyebabkan denyut jantung bayi menjadi lambat

atau bayi tiba-tiba berhenti bernapas. Untuk hidung, jangan melewati cuping hidung.

Jika dengan bola karet pengisap lakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Tekan bola di luar mulut atau hidung
- 2) Masukkan ujung pengisap ke mulut dan lepaskan tekanan pada bola (lendir akan terisap)
- 3) Untuk hidung, masukkan ke dalam lubang hidung sampai cuping hidung dan lepaskan

Tindakan Resusitasi Bayi Baru Lahir Jika Air Ketuban Bercampur Mekonium

Apakah mekonium itu?

Mekonium adalah feses pertama dari BBL. Mekonium kental pekat berwarna hijau kehitaman.

Kapan mekonium dikeluarkan?

Biasanya BBL mengeluarkan mekonium pertama kali sesudah persalinan (12-24 jam pertama). Pada kira-kira 15% kasus mekonium dikeluarkan sebelum persalinan dan bercampur dengan air ketuban. Hal ini menyebabkan cairan ketuban berwarna kehijauan.

Mekonium jarang dikeluarkan sebelum 34 minggu kehamilan. Bila mekonium telah terlihat sebelum persalinan dan bayi pada posisi kepala, monitor bayi dengan seksama karena ini merupakan tanda bahaya.

Apa yang menyebabkan janin mengeluarkan mekonium sebelum persalinan?

Tidak selalu jelas kenapa mekonium dikeluarkan sebelum persalinan. Kadang-kadang janin tidak memperoleh oksigen yang cukup (gawat janin). Kekurangan oksigen dapat meningkatkan motilitas usus dan relaksasi sfinkter ani sehingga janin mengeluarkan mekonium.

Bayi-bayi dengan risiko lebih tinggi gawat janin, sering kali mengalami pewarnaan mekonium di air ketuban (warna kehijauan), misalnya bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) atau bayi pada kehamilan lewat waktu (*post-term*).

Apakah air ketuban bercampur mekonium dapat membahayakan kesehatan bayi?

Mekonium yang dikeluarkan ke dalam air ketuban, dapat masuk ke dalam paru-paru janin di dalam rahim, atau sewaktu bayi mulai bernapas saat lahir. Tersedak mekonium dapat menyebabkan pneumonia dan mungkin kematian bayi.

Apa yang dapat dilakukan untuk membantu seorang bayi jika terdapat air ketuban bercampur mekonium?

Siap untuk melakukan langkah-langkah pengisapan pada kasus air ketuban bercampur mekonium.

Langkah-langkah tersebut pada prinsipnya sama dengan pada bayi yang air ketubannya tidak bercampur mekonium. Jika pada penilaian didapatkan bayi megap-megap atau tidak bernapas, harus dilakukan **pembersihan dan pengisapan lendir di mulut.**

4. Keringkan dan rangsang taktil
 - a. Keringkan bayi dengan kain ke-1 mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan sedikit tekanan. Tekanan ini dapat merangsang BBL mulai bernapas.
 - b. Rangsang taktil berikut dapat juga dilakukan untuk merangsang BBL mulai bernapas:
 - 1) Menepuk atau menyentil telapak kaki, atau
 - 2) Menggosok punggung atau perut atau dada atau tungkai bayi dengan telapak tangan
 - c. Ganti kain ke-1 yang telah basah dengan kain ke-2 yang kering dibawahnya.
 - d. Selimuti bayi dengan kain tersebut, jangan menutupi muka dan dada agar bisa memantau pernapasan bayi.
5. Atur kembali posisi kepala bayi
 - a. Atur kembali posisi kepala bayi menjadi posisi menghidu.

Lakukan Penilaian bayi

- b. Lakukan penilaian apakah bayi bernapas normal, tidak bernapas megap-megap.
 - 1) Jika bayi bernapas normal: lakukan asuhan pascaresusitasi
 - 2) Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas: mulai lakukan ventilasi bayi.

Tahap II: Ventilasi

Ventilasi adalah tahapan tindakan resusitasi untuk memasukkan sejumlah volume udara ke dalam paru dengan tekanan positif, untuk membuka alveoli paru agar bayi bernapas spontan dan teratur.

Langkah-langkah:

1. Pasang sungkup:

Pasang dan pegang sungkup agar menutupi dagu, mulut dan hidung



2. Ventilasi 2 kali

a. Lakukan remasan pada balon atau tiupan pada tabung dengan tekanan 30 cm air

Remasan awal balon dan sungkup atau tiupan awal tabung dan sungkup penting untuk menguji apakah jalan napas bayi terbuka dan membuka alveoli paru agar bayi bisa mulai bernapas

b. Lihat apakah dada bayi mengembang

Saat melakukan remasan atau tiupan, perhatikan apakah dada bayi mengembang dengan adekuat

1) Jika tidak mengembang:

- a) Periksa posisi sungkup dan pastikan tidak ada udara yang bocor.
- b) Periksa posisi kepala, pastikan kepala pada posisi menghidu.
- c) Periksa cairan atau lendir di mulut. Jika ada lendir atau cairan lakukan pengisapan.
- d) Lakukan remasan atau tiupan 2 kali dengan tekanan 30 cm air, jika dada mengembang, lakukan tahap berikutnya.

3. Ventilasi 20 kali dalam 30 detik

a. Remas balon atau tiup tabung resusitasi sebanyak 20-30 kali, dalam 30 detik, dengan tekanan 20 cm air sampai bayi mulai bernapas spontan atau menangis.

b. Pastikan dada mengembang saat dilakukan tiupan atau peremasan, setelah 30 detik lakukan penilaian ulang napas.

1) Jika bayi mulai bernapas normal atau tidak megap-megap dan atau menangis hentikan ventilasi bertahap

- a) Lihat dada bawah apakah ada retraksi
- b) Hitung frekuensi napas per menit

2) Jika bernapas > 40 per menit dan tidak ada retraksi berat:

- a) Jangan ventilasi lagi
- b) Letakkan bayi untuk kontak kulit bayi ibu pada dada ibu dan lanjutkan asuhan BBL
- c) Pantau setiap 15 menit untuk pernapasan dan kehangatan

Jangan tinggalkan bayi sendiri

Lakukan asuhan pascaresusitasi

3) Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas, lanjutkan ventilasi

4. Ventilasi, setiap 30 detik, lakukan penilaian ulang napas

a. Lanjutkan ventilasi 20-30 kali dalam 30 detik

- b. Setiap 30 detik, lakukan penilaian napas, kemudian lakukan penilaian ulang bayi apakah bernapas, tidak bernapas atau megap-megap
 - 1) Jika bayi mulai bernapas normal atau tidak megap-megap dan atau menangis, hentikan ventilasi bertahap, kemudian lakukan asuhan pascaresusitasi.
 - 2) Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas, teruskan ventilasi 20-30 kali dalam 30 detik, kemudian lakukan asuhan pascaresusitasi.
6. Siapkan rujukan jika bayi belum bernapas spontan sesudah 2 menit resusitasi
 - a. Jelaskan kepada ibu apa yang terjadi, apa dan mengapa perlu tindakan lanjutan
 - b. Mintalah keluarga untuk mempersiapkan rujukan
 - c. Teruskan ventilasi selama mempersiapkan rujukan
 - d. Catat keadaan bayi pada formulir rujukan dan rekam medik persalinan
7. Lanjutkan ventilasi, nilai ulang napas dan nilai denyut jantung
 - a. Lanjutkan ventilasi 20-30 kali dalam 30 detik, dengan pengembangan dada yang adekuat.
 - b. Setiap 30 detik, nilai ulang napas dan nilai denyut jantung
 - 1) Jika dipastikan denyut jantung bayi tidak terdengar, lanjutkan ventilasi selama 10 menit. Hentikan resusitasi jika denyut jantung tetap tidak terdengar, jelaskan kepada ibu dan berilah dukungan kepadanya serta lakukan pencatatan bayi yang mengalami henti jantung 10 menit kemungkinan besar mengalami kerusakan otak yang permanen.
*jika saat dirujuk keadaan bayi membaik dan tidak perlu resusitasi, berikan vitamin K₁ dan salep atau tetes mata antibiotika. Jika tidak ada kontra indikasi, susui bayi.

Tahap III: Asuhan Pascaresusitasi

Setelah tindakan resusitasi, dilakukan stabilisasi dan pemantauan khusus dalam 2 jam pertama. Asuhan yang diberikan sesuai dengan hasil resusitasi, yaitu:

1. Jika resusitasi
2. Jika perlu rujukan
3. Jika resusitasi tidak berhasil

Pascaresusitasi, bayi yang berhasil diresusitasi perlu asuhan lebih lanjut.

2.5.11 Asuhan Pascaresusitasi

Asuhan pascaresusitasi adalah pelayanan kesehatan pascaresusitasi yang diberikan baik kepada BBL ataupun ibu dan keluarga. Bicaralah

dengan ibu dan keluarga bayi tentang resusitasi yang telah dilakukan. Jawab setiap pertanyaan yang diajukan.

Asuhan pascaresusitasi diberikan sesuai dengan keadaan BBL setelah menerima tindakan resusitasi dan dilakukan pada keadaan:

1. Resusitasi berhasil: bayi menangis dan atau bernapas normal sesudah langkah awal atau sesudah ventilasi.

Ajari ibu dan atau keluarga untuk membantu bidan menilai keadaan bayi. Jelaskan mengenai pemantauan BBL dan bagaimana memperoleh pertolongan segera jika bayi mengalami masalah.

- a. Pemantauan dan perawatan tali pusat
 - 1) Memantau perdarahan tali pusat, jika ikatan lepas, lakukan perbaikan (oleh bidan)
 - 2) Menjelaskan perawatan tali pusat yang benar pada ibu dan atau keluarga
- b. Pencegahan hipotermi
 - 1) Membaringkan bayi dalam ruangan $>25^{\circ}\text{C}$ bersama ibunya
 - 2) Mendekap bayi (kontak kulit bayi ibu asuhan metode kanguru) sesering mungkin
 - 3) Menunda memandikan bayi sampai dengan 6-24 jam dan bayi stabil
 - 4) Menimbang berat badan bayi yang terselimuti (BB: berat total kurangi berat selimut)
 - 5) Menjaga bayi tetap hangat selama pemeriksaan, buka selimut bayi sebagian
- c. Pemberian vitamin K₁
 - 1) Memberikan suntikan vitamin K₁ 1 mg intra muskular di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL.
- d. Pencegahan infeksi
 - 1) Memberikan salep atau tetes mata antibiotika
 - 2) Memberikan imunisasi Hepatitis B 0,5 mL intramuskulae di paha kanan, 1 jam setelah pemberian vitamin K₁
- e. Pemeriksaan fisik
Pemeriksaan fisik bayi pascaresusitasi harus lebih hati-hati. Pemeriksaan awal diutamakan pada pemeriksaan pernapasan dan jantung dilanjutkan dengan pemantauan tand bahaya. Pemeriksaan lengkap sebaiknya dilakukan dalam 24 jam dan setelah bayi stabil.
- f. Pencatatan dan pelaporan
 - 1) Melakukan pencatatan dan pelaporan kasus
Sebagaimana pada setiap persalinan, isilah partograf secara lengkap yang mencakup identitas ibu, riwayat kehamilan, jalannya persalinan, kondisi ibu, kondisi janin dan kondisi BBL. Penting sekali dicatat denyut jantung janin karena asfiksia sering bermula

dari gawat janin selama persalinan. Jika didapatkan gawat janin, catat apa yang telah dilakukan. Saat ketuban pecah, catat pada partograf dan berikan penjelasan apakah terjadi pewarnaan mekoneum pada air ketuban. Catat kondisi BBL pada apartograf. Jika bayi mengalami asfiksia selain dicatat pada partograf perlu dibuat catatan khusus di buku harian atau buku catatan, cukup ditulis tangan.

Usahakan agar mencatat secara lengkap dan jelas:

- a) Nama ibu, tempat, tanggal melahirkan dan waktunya
- b) Kondisi janin atau bayi:
 - (1) Apakah terjadi gawat janin sebelumnya?
 - (2) Apakah bayi cukup bulan?
 - (3) Apakah bayi menangis atau bernapas?
 - (4) Apakah tonus otot baik?
 - (5) Apakah air ketuban bercampur mekonium?
 - (a) Waktu mulai resusitasi
 - (b) Langkah resusitasi yang dilakukan
 - (c) Hasil resusitasi

Jika persalinan di rumah, sebaiknya bidan tinggal bersama keluarga bayi untuk memantau kondisi bayi, minimal dua jam pertama pascapersalinan.

2. Resusitasi belum atau kurang berhasil: bayi perlu rujukan yaitu sesudah resusitasi 2 menit belum bernapas atau megap-megap atau pada pemantauan lanjut didapatkan kondisinya memburuk.

a. Konseling:

- 1) Jelaskan kepada ibu dan keluarga, bahwa bayinya memerlukan rujukan. Sebaiknya bayi dirujuk bersama ibunya didampingi oleh bidan. Jawab setiap pertanyaan yang diajukan.
- 2) Minta keluarga untuk menyiapkan sarana transportasi secepatnya. Suami atau salah seorang anggota keluarga perlu menemani selama rujukan.
- 3) Beritahukan kepada tempat rujukan yang dituju (jika mungkin) tentang keadaan bayi dan perkiraan waktu tiba. Beritahukan juga bahwa ibu baru saja melahirkan.
- 4) Bayi alat resusitasi dan perlengkapan lain yang diperlukan selama rujukan.

b. Melanjutkan resusitasi diperlukan

c. Memantau tanda bahaya

d. Memantau dan merawat tali pusat

e. Jaga bayi tetap hangat selama perjalanan, kenakan tutup kepala bayi jika mungkin lakukan perawatan bayi lekat.

- f. Memberikan vitamin K₁ jika keadaan bayi membaik (tidak sedang diresusitasi)
 - g. Mencegah infeksi yaitu memberikan salep mata antibiotika (jika tidak diresusitasi)
 - h. Jelaskan kepada ibu bahwa sebaiknya menyusukan bayinya segera, kecuali pada keadaan gangguan napas dan kontraindikasi lainnya.
 - i. Membuat surat rujukan
 - j. Melakukan pencatatan dan pelaporan kasus
- 3. Resusitasi tidak berhasil:** sesudah resusitasi dilanjutkan 10 menit dihitung dari detak jantung 0.

Jika bayi tidak bernapas setelah resusitasi dilanjutkan selama 10 menit dari denyut jantung 0, pertimbangkan untuk menghentikan resusitasi. Biasanya bayi tersebut tidak tertolong dan meninggal. Ibu maupun keluarga memerlukan banyak dukungan moral. Bicaralah dengan keluarga secara berhati-hati atau bijaksana dan berikan dukungan moral sesuai budaya setempat.

Konseling:

Dukungan moral:

- a. Bicaralah pada ibu bayi dan keluarganya tentang tindakan resusitasi dan kematian bayinya. Jawablah setiap pertanyaan yang diajukan. Berikan asuhan terhadap ibu bayi dan keluarganya dengan tetap memperhatikan nilai budaya atau kebiasaan setempat. Tunjukkan kepedulian atas kebutuhan mereka. Bicarakan apa yang mereka inginkan terhadap bayi yang telah meninggal.
- b. Ibu bayi akan merasa sedih bahkan menangis. Perubahan hormon setelah kehamilan mungkin menyebabkan perasaan ibu sangat sensitif, terlebih karena bayi meninggal. Jika ibu ingin mengungkapkan perasannya, ajak bicara dengan orang terdekat atau bidan.
- c. Jelaskan kepada ibu dan keluarganya bahwa ibu memerlukan istirahat, dukungan moral dan makanan bergizi. Sebaiknya ibu tidak mulai bekerja kembali dalam waktu terlalu cepat.

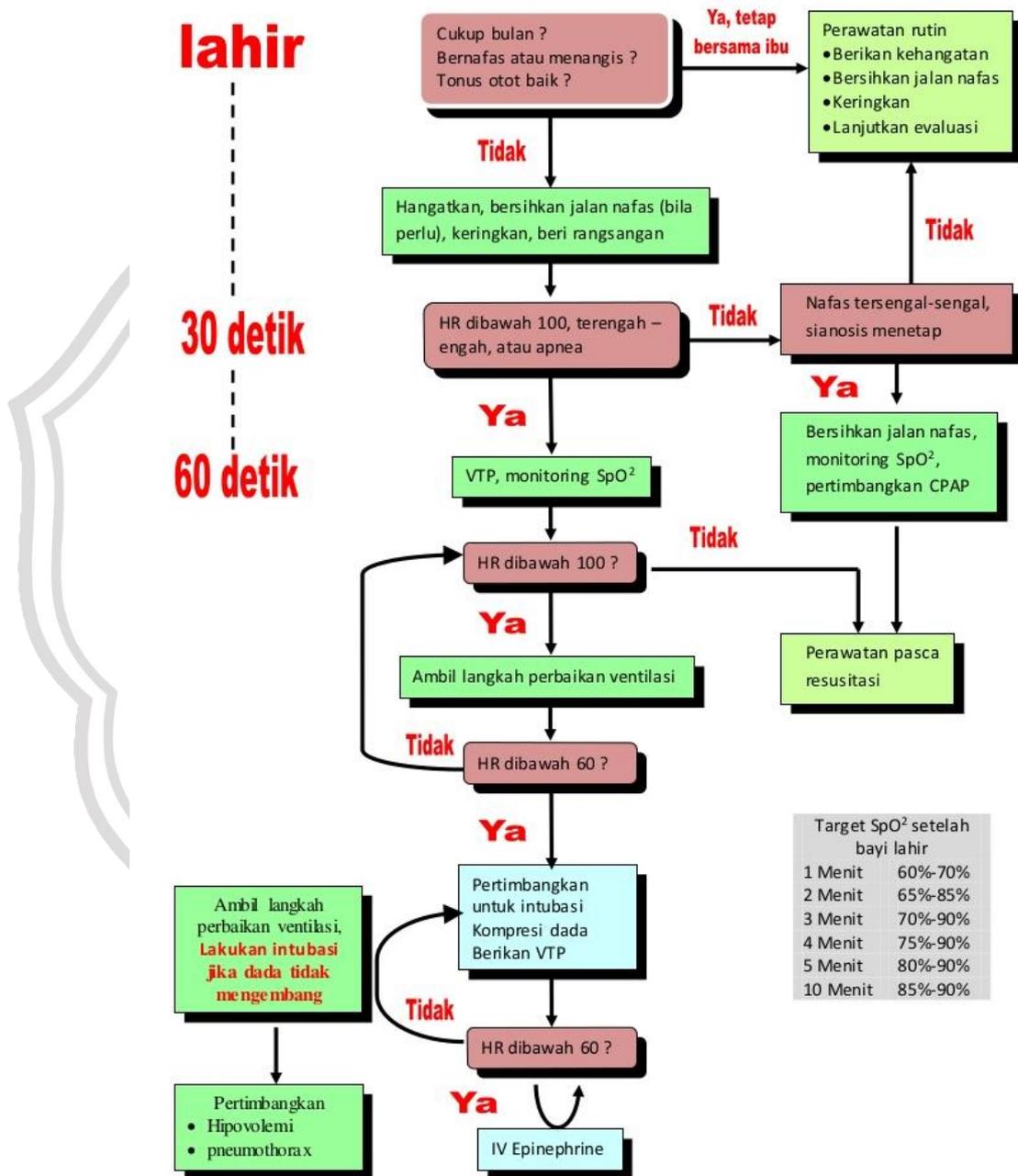
Asuhan ibu

Payudara ibu akan bengkak sekitar 2-3 hari. Mungkin ibu juga mengalami demam selama 1 atau 2 hari. Ibu dapat mengatasi masalah pembengkakan payudara dengan melakukan hal-hal berikut:

- 1. Gunakan BH yang ketat atau balut bebat payudara dengan sedikit tekanan dengan menggunakan selendang atau kemben atau kain sehingga ASI tidak keluar.
- 2. Jangan memerah ASI atau merangsang payudara

Pencatatan dan pelaporan:

Buatlah pencatatan selengkapnya mengenai identitas ibu, kondisi bayi, semua tindakan yang dilakukan secara rinci dan waktunya. Kemudian laporkan pula bahwa resusitasi tidak berhasil dan sebab tidak berhasil. Laporkan kematian bayi melalui RT/RW ke Kelurahan. Simpanlah catatan baik-baik sebagai dokumen untuk pertanggung jawaban.



Pembeda	0	1	2	keterangan
Frekuensi nafas	<60x/’	60-80 x/’	>80 x/’	Skor < 4 = tidak gawat nafas
Retraksi dada	Tidak ada	Ringan	Berat	
Sianosis	Tidak sianosis	Hilang dengan O ²	Menetap walaupun diberi O ²	Skor 4-7 = gawat nafas
Air entry	Udara masuk bilateral baik	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk	
Merintih	Tidak merintih	Terdengar dengan stetoskop	Terdengar tanpa alat bantu	Skor >7 = ancaman gagal nafas

Silverman-Andersen Retraction Scoring

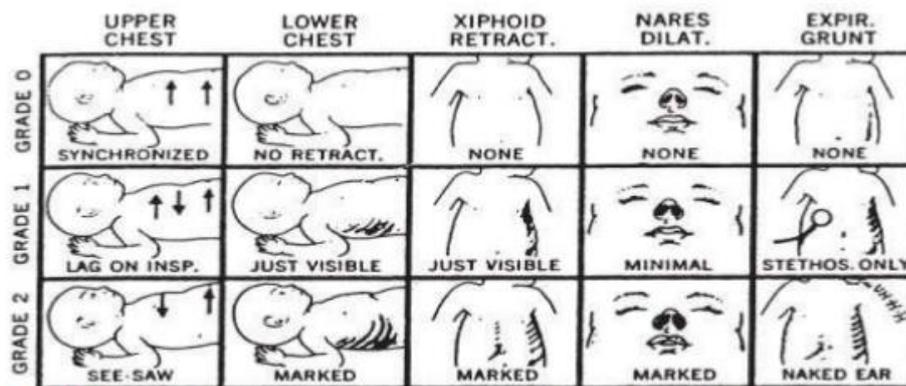


Figure Silverman score. (Adapted from Silverman, W. A. and Andersen, D. H. *Pediatrics* 17 (1956), 1-10.)

Interpretation

- Score 0-3 = Mild respiratory distress
- Score 4-6 = Moderate respiratory distress
- Score > 6 = Impending respiratory failure
- Score 10 = Severe Respiratory distress

Skor	0	1	2
Retraksi dada atas	Disinkronkan	Ketinggalan inspirasi	Lihat gerakan menabur
Retraksi dada bawah	Tidak ada	Hanya terlihat	Ditandai
Retraksi Xiphoid	Tidak ada	Hanya terlihat	Ditandai
Hidung melebar	Tidak ada	Minimal	Ditandai
Dengkuran ekspirasi	Stetoskop	Stetoskop saja	Diamati secara visual atau suara tanpa stetoskop

Nilai >6 akan terjadinya kegagalan napas

2.5.12 Standar Asuhan BBL

1. Standar Pelayanan Minimal

Menurut (Depkes R.I, 2012), standar pelayanan minimal untuk bayi baru lahir adalah:

a. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

1) Tujuan

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

2) Pernyataan Standar

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

2. Kebijakan Pelayanan

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

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

1) Pencegahan infeksi (PI).

2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi.

3) Pemotongan dan perawatan tali pusat.

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam.

6) Kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

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

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

- penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- d. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi. Periksa ulang pernafasan, bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu, membersihkan jalan nafas, hangat, kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.
 - e. Pemotongan dan perawatan tali pusat. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.
 - f. Waktu pemeriksaan bayi baru lahir: Bayi baru lahir sebelum usia 6 jam, usia 6-48 jam, usia 3-7 hari, minggu ke 2 pasca lahir.
 - g. Pemeriksaan Fisik.
 - h. Imunisasi mencegah penyakit TBC, Hepatitis, Polio, Difteri, Pertusis, Tetanus dan Campak. Bayi baru lahir dan neonatus harus diimunisasi lengkap sebelum berusia 1 tahun. Timbang BB bayi baru lahir dan neonatus sebulan sekali sejak usia 1 bulan sampai 5 tahun di posyandu. Cara menjaga kesehatan bayi yaitu amati pertumbuhan bayi baru lahir dan neonatus secara teratur.
 - i. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu :
 - 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
 - 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari.
 - 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.
 - j. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.
 - k. Asuhan 6 - 48 jam setelah bayi lahir
 - 2) Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir.
 - 3) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 4) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 5) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
 - 6) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
 - 7) 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 menyusui dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan jadwal kunjungan neonatal.
- m. Minggu kedua setelah bayi lahir
- 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusui dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan.
- n. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya
- 1) Amatilah bahwa urine dan feses normal.
 - 2) Periksa alat kelamin dengan kebersihannya.
 - 3) Periksa tali pusat.
 - 4) Periksa tanda vital bayi.
 - 5) Periksa kemungkinan infeksi mata.
 - 6) Tatalaksana kunjungan rumah bayi baru lahir oleh bidan diantaranya :
 - a) Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah sampai tali pusat lepas, bila mungkin selama satu minggu pertama sesudah bayi lahir.
 - b) Kartu anak (buku KIA) harus diisi lengkap dan kelahiran bayi harus didaftar atau dibawa ke puskesmas.
 - c) Bidan hendaknya meneliti apakah petugas yang melayani persalinan sudah memberikan perhatian terhadap semua hal pada tiap kunjungan rumah
 - d) Form pencatatan (Buku KIA, Formulir BBL, Formulir register kohort bayi)

2.5.13 Pelayanan BBL di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes R.I, 2020) Pelayanan BBL di Era Adaptasi Kebiasaan Baru yaitu:

1. Penularan COVID-19 secara vertikal melalui plasenta belum terbukti sampai saat ini. Oleh karena itu, prinsip pertolongan bayi baru lahir diutamakan untuk mencegah penularan virus SARS-CoV-2 melalui droplet atau udara (*aerosol generated*).
2. Penanganan bayi baru lahir ditentukan oleh status kasus ibunya. Bila dari hasil skrining menunjukkan ibu termasuk suspek, *probable*, atau terkonfirmasi COVID-19, maka persalinan dan penanganan terhadap bayi baru lahir dilakukan di Rumah Sakit.
3. Bayi baru lahir dari ibu yang bukan suspek, *probable*, atau terkonfirmasi COVID-19 tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat (0-6jam),

yaitu pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusu dini (IMD), injeksi vitamin K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik, dan imunisasi Hepatitis B.

4. Kunjungan neonatal dilakukan bersamaan dengan kunjungan nifas sesuai dengan yang tercantum pada bab V bagian pelayanan pasca salin (lihat halman 44-46). KIE yang disampaikan pada kunjungan pasca salin (kesehatan bayi baru lahir):
 - a. ASI eksklusif
 - b. Perawatan tali pusat, menjaga badan bayi tetap hangat, dan cara memandikan bayi.
 - c. Khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) : apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan , bayi harus segera di bawa kerumah sakit
 - d. Tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA): apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, bayi harus segera dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan
5. Pelayanan skrining hipotiod kongenital tetap dilakukan. Idealnya, waktu pengambilan spesimen dilakukan pada 48-72 jam setelah lahir bdan masih dapat diambil sam[ai usia bayi 14 hari. Bila didapatkan hasil skrining dan tes konfirmasinya positif hipotiroid, maka diberikan terapi sulih hormon sebelum bayi berusia 1 bulan. Untuk pengambilan spesimen dari bayi lahir dan ibu suspek,probable, atau terkonfirmasi COVID-19, tenaga kesehatan menggunakan APD untuk mencegah penularan droplet, tata cara penyimpanan dan pengiriman spesimen sesuai dengan pedoman skrining hipotiroid kongenital (kemenkes RI, 2018). Apabila terkendala dalam pengiriman spesimen dikarenakan situasi pandemi COVID-19 , spesimen dapat di simpan selama maksimal 1 bulan pada suhu kamar.

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.6.1 Pengertian Neonatus

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

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

2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar Neonatus menurut (Maryunani, 2015), yaitu :

1. Kebutuhan Asih pada Neonatus
 - a. Asih merupakan kebutuhan emosional.

- b. Asih adalah kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ciptaan erat dan kepercayaan dasar untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik maupun mental.
2. *'Bouding attachment'* pada neonatus dapat dipenuhi dengan cara-cara yang diuraikan dengan car berikt ini:
- Pemberian ASI eksklusif. Dengan dilakukannya pemberian ASI secara eksklusif segera setelah lahir, secara langsung bayi akan mengalami kontak kulit dengan ibunya.
 - Rawat gabung. Merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar ibu dan bayinya terjalin proses lekat (*early infant mother bounding*) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya.
 - Kontak mata (*Eye to Eye Contact*). Orang tua dan bayinya akan menggunakan lebih banyak waktu saling memandang. Kontak mata mempunyai efek yang sangat erat terhadap perkembangan dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan manusia pada umunya.
 - Suara (Voice). Mendengar dan mesepon suara antara orang tua dan bayinya itu sangat penting. Orang tua menunggu tangisan bayinya mereka dengan tegang suara tersebut membuat mereka yakin bahwa bayinya dalam keadaan sehat.
 - Aroma atau Odor (Bau Badan). Setiap anak memiliki aroma yang unik dan bayi belajar dengan cepat untuk mengenali aroma susu ibunya. Indera panciuman bayi sangat kuat, jika seorang ibu dapat memberikan bayinya ASI pada waktu tertentu.
 - Gaya bahasa (*Entrateiment*). Bayi mengembangkan irama akibat kebiasaan. Bayi batu lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa mereka menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, menendang-nendangkan kaik. Entraiment terjadi pada saat anak mulai berbicara.
3. Kebutuhan Asuh pada Neonatus
- Hal-hal yang dibahas dalam kebutuhan asuh pada neonatus antara lain:
- Air susu ibu (ASI) merupakan mkanan terbaik untuk bayi sebagai anugrha Tuhan yang Maha Esa.
 - ASI merupakan nutrisi yang paling lengkap untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.
 - ASI mengandaung 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.
 - Mandi, untuk menjaga bayi selalu tetap bersih, hangat dannkering. Untuk menjaga kebersihan tubuh bayi, tali pusat, dan memberikan kenyamanan pada bayi.

- e. Kebutuhan Asah, asah tersendiri merupakan stimulasi mental yang akan menjadi cikal bakal proses pendidikan dimana bertujuan untuk mengembangkan mental, kecerdasan, keterampilan, kreativitas, agama, moral, produktifitas daln lain-lain.
- f. Imunisasi pada neonatus, imunisasi berasal dari kata Imun, kebal atau resistan. Imunisasi berarti pemberian kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh kekebalan tubuh manusia terhadap penyakit tertentu. Proses imunisasi ialah memasukan vaksin atau serum kedalam tubuh manusia, melalui oral atau IV. Pada saat ini Imunisasi BCG (Basil Calmette Guerin) bermanfaat mencegah bayi atau anak terserang dari penyakit TBC yang berat seperti: meningitis TBC dan TBC miler. Ini dikarenakan bayi atau anak masih rentan terinfeksi Mycobacterium Tuberculosis penyebab penyakit TBC, akibat adanya kontak dengan penderita TBC yang ada disekitarnya, seperti: orang tua, keluarga, pengasuh dan lain sebagainya.

Tabel 2.13 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar

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

Sumber: Kemenkes RI, 2015

2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

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

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

2.6.4 Standar Asuhan Neonatus

Menurut Depkes RI (2016), standar pelayanan minimal untuk bayi baru lahir adalah Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

1. Tujuan

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

2. Pernyataan Standar

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

2.6.5 Pelayanan Neonatus di Era Adaptasi Baru

Menurut (Kemenkes R.I, 2020) Pelayanan Neonatus di Era Adaptasi Baru yaitu:

1. Penularan COVID-19 menular secara plasenta belum terbukti, prinsip saat ini pada BBL adalah diutamakan untuk mencegah virus SARS-CoV-2 melalui droplet atau udara.
2. Penanganan pada BBL ditentukan pada kasus ibunya. Bila hasil skrining ibu positif maka persalinan dilakukan di RS.
3. BBL yang lahir dari ibu yang tidak terinfeksi atau negatif tetap mendapatkan pelayanan neonatal sesuai dengan prosedur, pemotongan perawatan tali pusat, IMD, injeksi vit K1, pemberian salep mata dan imunisasi HB0.
4. Kunjungan neonatal dilakukan bersamaan dengan kunjungan nifas, KIE yang disampaikan saat kunjungan.
 - a. ASI Eksklusif
 - b. Perawatan tali pusat, memandikan, dan menjaga kehangatan bayi
 - c. Tanda bahaya BBL sesuai yang tercantum di buku KIA
5. Pelayanan skrining hipotiroid kongenital tetap dilakukan, waktu pengambilan untuk spesimennya pada 48-72 jam setelah melahirkandan masih bisa diambil pada saat bayi usia 14 hari. Bila menunjukkan hasil skrining positif hipotiroid maka dilakukan terapi sulih hormon sebelum bayi berusia 1 bulan. Tenaga kesehatan yang melakukan tetap mematuhi protokol kesehatan dengan memakai APD lengkap.

2.7 Konsep Keluarga Berencana

2.7.1 Pengertian KB

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

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengatur kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual. Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan diberikan untuk menjarangkan jarak kehamilan berikutnya dalam 2 tahun jika seorang wanita masih merencanakan memiliki anak. Jenis kontrasepsi yang digunakan sama

seperti prioritas pemilihan kontrasepsi pada masa interval. Prinsip utama penggunaan kontrasepsi pada wanita pascasalin adalah kontrasepsi yaitu tidak mengganggu proses laktasi (Affandi B. , 2015)

2.7.2 Macam Alat Kontrasepsi Efektif

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

Metode KB hormonal:

1. Pil

a. Pil Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi oral yang mengandung hormon progesterone dan estrogen

2) Jenis

a) Monofik pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b) Bifasik pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau 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 atau progestin (E/P) dengan tiga dosis berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

3) Cara kerja

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

4) Indikasi

a) Usia reproduksi

b) Telah memiliki anak atau puyung belum memiliki anak

c) Gemuk atau kurus

d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi

e) Setelah melahirkan dan menyusui

f) Pasca keguguran

g) Anemia karena haid berlebihan, siklus haid tidak teratur

h) Riwayat kehamilan ektopik kelainan payudara jinak, diabetes tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, syaraf, dan penyakit *tuberculosis* (TB)

i) Penyakit tyroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak.

5) Kontraindikasi

a) Hamil

- b) Menyusui eksklusif
 - c) Perdarahan pervaginaan yang belum diketahui penyebabnya
 - d) Penyakit hati akut (hepatitis)
 - e) Perokok dengan usia > 35 tahun
 - f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah > 180/110 mmHg, riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun
 - g) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
 - h) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari
 - i) Migraine dan gejala neurologik lokal (epilepsy/riwayat epilepsy).
- 6) Kelebihan
- a) Memiliki efektifitas yang tinggi
 - b) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
 - c) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah 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 pinggul, Kelainan jinak pada payudara, Dismenorea.
- 8) Keterbatasan
- a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari
 - b) Pusing, mual terutama pada 3 bulan pertama
 - c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama pada 3 bulan pertama
 - d) Nyeri payudara
 - e) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif
 - f) Berhenti haid, jarang pada pil kombinasi
 - g) Tidak boleh diberikan pada perempuan yang menyusui
 - h) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat, dan tidak mencegah IMS.
- 9) 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 tidak menyusui
 - f) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid.
- 10) Tanda Bahaya dan Efek samping
- a) Sakit perut yang hebat
 - b) Sakit dada yang hebat atau nafas pendek
 - c) Sakit kepala hebat
 - d) Keluhan mata seperti penglihatan kabur atau tidak dapat melihat
 - e) Sakit tungkai bawah yang hebat (betis atau paha)
- b. Pil progestin (Minipil)
- 1) Pengertian
Merupakan kontrasepsi peroral dikonsumsi sebagai usaha pencegahan kehamilan mengandung hormon progesterone.
 - 2) Jenis
 - a) Kemasan dengan pil isi 35 pil : 300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretindron
 - b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 mg desogestrel
 - 3) Cara kerja
Menekan sekresi gonadotropin dan sistem steroid seks di ovarium endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit menegentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma mengubah motilitas tuba transportasi sperma terganggu.
 - 4) Indikasi
 - a) Usia reproduktif
 - b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak
 - c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
 - d) Pasca persalinan dan tidak menyusui atau pasca keguguran
 - e) Perokok segala usia

- f) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama < 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah
 - g) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen
- 5) Kontrasepsi
- a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya
 - c) Tidak dapat menetima 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 sapsme pembuluh darah miom uterus, progestin dapt memicu pertumbuhan miom uterus.
- 6) Kelebihan
- a) Sangat efektif bila digunakan secara teratur
 - b) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - c) Tidak memepengaruhi ASI
 - d) Kesuburan cepat kembali
 - e) Nyaman dan mudah digunakan
 - f) Sedikit efek samping
 - g) Dapat dihentikan setiap saat
 - h) Tidak mengganggu estrogen
- 7) Keterbatasan
- a) Hampir 30-60% mengalami gangguani haid
 - b) Peningkatan atau penurunan berta badan
 - c) Harusa digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
 - d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatis, atau jerawat
 - f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi
 - g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat TBC atau epilepsi
 - h) Tidak melindungi dari Infeksi Menular Seksual (IMS) atau HIV/AIDS
- 8) Waktu Menggunakan Kontrasepsi
- a) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid
 - b) Dapat digunakan setiap saat, asal tidak terjadi kehamilan
 - c) Bila klien tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil
 - d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat

- e) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan, 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 pasca keguguran
- h) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.

2. Suntikan

a. Suntikan Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi suntik yang mengandung hormon sintetis progesterone atau estrogen.

2) Jenis

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

3) Cara kerja

Mencegah implantasi, menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menghambat transportasi gamet oleh tuba/mengganggu 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 pervaginaan
- d) Usia > 35 tahun yang merokok

- e) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg), penyakit hati akut (virus hepatitis)
- f) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan diabetes > 20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine dan keganasan pada payudara.

6) Kelebihan

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

8) Waktu mulai menggunakan suntikan kontrasepsi

- a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.
- b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakannya kontrasepsi lain untuk 7 hari
- c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
- d) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan asalkan dapat dipastikan tidak hamil.

- e) Bila pasca persalinan > 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, maka suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari ke 1 dan 7.
 - f) Bila pasca persalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi.
 - g) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberi.
 - h) Pascakeguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
 - i) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan hormonal kombinasi.
 - j) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.
 - k) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakini ibu tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid.
- 9) Tanda bahaya dan komplikasi
- a) Peningkatan berat badan yang menyolok.
 - b) Sakit kepala yang berat.
 - c) Perdarahan per-vaginaan yang banyak.
 - d) Depresi.
 - e) Polyuri.
- b. Suntikan Progestin
- 1) Pengertian
- Merupakan kontrasepsi dengan jalan penyuntikan sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormon progesterone wanita usia subur. Suntikan progestin seperti depo-provera dan noristerat mengandung hormon progestin saja. Suntikan ini baik bagi wanita yang menyusui dan diberikan setiap dua atau tiga bulan sekali.
- 2) Jenis
- a) Depo Medroksi Asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik Intra Muskuler.
 - b) Depo Nonsterat Enontat (Depo Nonsterat) yang mengandung 200mg noratin dionanontat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik Intra Muskuler.

3) Cara kerja

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

4) Indikasi

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

5) Kontraindikasi

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

6) Kelebihan

- a) Sangat efektif
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- f) Sedikit efek samping
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- i) Membantu mencegah kanker endometrium 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 genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan otot suntikan dari deponya (tempat suntikan)
- h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang
- j) Pada penggunaan jangka panjang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.

8) Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin

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

- h) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur
- 9) Tanda bahaya dan komplikasi
 - a) Pertambahan berat badan yang menyolok.
 - b) Sakit kepala yang hebat.
 - c) Perdarahan per-vaginam yang banyak.
 - d) Depresi.
 - e) Poliuri.

3. Kontrasepsi Implan

a. Pengertian

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

b. Jenis

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

1) Jadelle (Norplant II)

Masa kerja Norplant adalah 5 tahun tetapi studi komparasi dengan implan-2 ternyata *5-year pregnancy rates* dan efek samping dari kedua kontrasepsi subdermal ini adalah sama. *Population Council* baru baru ini menyatakan bahwa Jadelle direkomendasikan untuk penggunaan 5 tahun dan Norplant untuk 7 bulan. Kumulasi dari *5 year pregnancy rate per 100 women-years* Jadelle 0,8 – 1,0 dan Norplant sebesar 0,2 per tahun.

2) Implanon

Implanon (Organon, Oss, Netherlands) adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel), merupakan metabolit desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progestional yang lebih tinggi dan levonorgestrel. Kapsul polimer (ethylene vinyl 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 Sinoplast), Implanon dirancang khusus untuk inhibisi ovulasi selama masa penggunaan, karena ovulasi pertama dan luteinisasi terjadi pada paruh kedua tahun ketiga penggunaan maka implanon hanya direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan walaupun ada penelitian yang menyatakan masa aktifnya dapat mencapai 4 tahun. Dengan tidak terjadi kehamilan selama penggunaan pada 70.000 siklus perempuan maka implanon dikategorikan sebagai alat kontrasepsi paling efektif yang pernah dibuat selama ini.

3) Implan lainnya

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

c. Cara Kerja

Lendir serviks menjadi kental, 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 efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui atau pascakeguguran
- 6) Tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak sterilisasi
- 7) Riwayat kehamilan ektopik
- 8) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, dan anemia bulan sabit

9) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen

10) Sering lupa menggunakan pil

e. Kontrandikasi

1) Hamil atau diduga hamil

2) Perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya

3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara

4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi

5) Miom uterus dan kanker payudara

6) Gangguan toleransi glukosa.

f. Kelebihan

1) Daya guna tinggi

2) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)

3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat

4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam

5) Bebas dari pengaruh estrogen

6) Tidak mengganggu kegiatan senggama

7) Tidak mengganggu ASI

8) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan

9) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

g. Keterbatasan

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

h. Waktu Mulai Menggunakan Implan

1) Setiap saat selama siklus haid ke-2 sampai hari ke-7

2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.

3) Bila klien tidak dapat, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsilian untuk 7 hari saja.

4) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat

5) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari saja.

6) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil.

7) Pasca keguguran dapat segera diinsersikan.

8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal

(kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tidak hamil

9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implant dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut.

10) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR 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.

i. Tanda Bahaya dan Komplikasi

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

Sedangkan metode KB non hormonal sebagai berikut:

1. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a. Pengertian

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

b. Jenis

1) AKDR CuT-380A

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

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

c. Cara Kerja

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

d. Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- 6) Setelah mengalami abortus 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 septik
 - 4) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, sevisitis) 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 bagi mengingat-ingat
 - 5) Metode jangka panjang (10 tahun dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
 - 6) Tidak ada efek samping hormonal
 - 7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
 - 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih lebih setelah haid terakhir)
- g. Keterbatasan
- 1) Efek samping yang umum terjadi :
 - a) Perubahan siklus haid
 - b) Haid lebih lama dan banyak
 - c) Perdarahan (spotting) antara menstruasi
 - d) Saat haid lebih sakit
 - 2) Komplikasi lain :
 - a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
 - b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
 - c) Proforasi dinding uterus
 - d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
 - e) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

- f) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
- g) Prosedur medis termasuk perempuan pelvik diperlukan dalam pemasangan serta sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan AKDR
- h. Waktu Penggunaan Kontrasepsi AKDR
 - 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
 - 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid
 - 3) Segera melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan atau setelah menderita abortus
 - 4) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.
- i. Tanda Bahaya dan Komplikasi
 - 1) Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
 - 2) Terlambat haid/amenore.
 - 3) Sakit perut.
 - 4) Keputihan yang sangat banyak/ sangat berbau.
 - 5) Spotting, perdarahan pervagina, haid yang banyak, bekuan-bekuan darah.
 - 6) Perforasi dinding uterus (sangat jarang).
- 2. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)
 - a. Pengertian

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

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

Penundaan atau penekanan ovulasi.
 - c. Kelebihan Kontrasepsi
 - 1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan persalinan)
 - 2) Segera efektivitas
 - 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 terkontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.
- 2) Untuk ibu
- a) Mengurangi pendarahan pasca persalinan
 - b) Mengurangi resiko anemia
 - c) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.
- e. Yang Tidak Boleh Menggunakan MAL
- 1) Sudah mendapatkan haid setelah bersalin
 - 2) Tidak menyusui secara eksklusif
 - 3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
 - 4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam.
3. Metode kontrasepsi sederhana Kondom
- a. Pengertian
- Kondom adalah selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vynil) atau bahan alami (produk hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan.
- b. Cara kerja kondom
- 1) Mencegah sperma masuk kesaluran reproduksi wanita
 - 2) Sebagai alat kontrasepsi
 - 3) Sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi mikro organisme penyebab PMS (Penyakit Menular Seksual).
- c. Efektifitas kondom
- Pemakaian kontrasepsi kondom akan efektif apabila dipakai secara benar setiap kali berhubungan seksual. Pemakaian kondom yang tidak konsisten membuat tidak efektif. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun.
- d. Manfaat kondom
- Indikasi atau manfaat kontrasepsi kondom terbagi dua, yaitu manfaat secara kontrasepsi dan non kontrasepsi. Manfaat kondom secara kontrasepsi antara lain:
- 1) Efektif bila pemakaian benar
 - 2) Tidak mengganggu produksi ASI
 - 3) Tidak mengganggu Kesehatan klien
 - 4) Tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus
 - 5) Murah dan tersedia diberbagai tempat.
- e. Keterbatasan kondom
- 1) Efektifitas tidak terlalu tinggi

- 2) Tingkat efektifitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar
 - 3) Adanya pengurangan sensitifitas pada penis
 - 4) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
 - 5) Perasaan malu membeli ditempat umum
 - 6) Masalah pembuangan kondom bekas pakai
4. Metode kontrasepsi Tubektomi (MOW)
- a. Pengertian
Tubektomi adalah setiap tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi.
 - b. Efektifitas
Pada umumnya, resiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun.
 - c. Keuntungan khusus bagi kesehatan
Mengurangi risiko penyakit radang panggul. Dapat mengurangi risiko kanker endometrium.
 - d. Efek samping
Tidak ada
 - e. Keuntungan
Menghentikan kesuburan secara permanen
 - f. Kerugian
Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih
5. Metode kontrasepsi vasektomi (MOP)
- a. Mekanisme
Menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.
 - b. Efektivitas
Bila pria dapat memeriksakan semennya segera setelah vasektomi, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun
 - c. Keuntungan khusus bagi kesehatan
Tidak ada
 - d. Risiko bagi kesehatan
Nyeri testis atau skrotum (jarang), infeksi di lokasi operasi (sangat jarang), dan hematoma (jarang). Vasektomi tidak mempengaruhi Hasrat seksual, fungsi seksual, fungsi seksual pria, ataupun maskulinnya.
 - e. Efek samping
Tidak ada

f. Kelebihan

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

g. Kerugian

Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

2.7.3 Penapisan

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

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

Tabel 2.14 Daftar Penapisan Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak anatar haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah anda nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami 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 dismenorea berat yang membutuhkan analgetika istirahat berbaring		
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital		

Sumber : (Affandi B. , 2015)

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



Tabel 2.15 Klasifikasi persyaratan medis dalam penapisan klien

Kondisi	Pil kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
M = Mulai, L = Lanjutan							
Karakteristik Pribadi dan Riwayat Reproduksi							
Kehamilan	-	-	-	-	-	4	4
Usia	Menars- 40:1 ≥ 40:2	Menars- 40:1 ≥ 40:2	Menars- 18:1 18-45:1 ≥45:1	Menars- 18:1 18-45:1 ≥45:2	Menars- 18:1 18-45:1 ≥45:1	Menars- 20:2 ≥20:1	Menars- 20:2 ≥20:1
Paritas							
• Nulipara	1	1	1	1	1	2	2
• Multipara	1	1	1	1	1	1	1
Laktasi							
• < 6 minggu pascapersalinan	4	4	3	3	3		
• 6 minggu - < bulan laktasi	3	3	1	1	1		
• ≥ 6 bulan pascapersalinan	2	2	1	1	1		
Pascapersalinan (tanpa laktasi)							
< 21 hari	3	3	1	1	1		
≥ 21 hari	1	1	1	1	1		
Pascapersalinan (laktasi/non laktasi) pascaseksio sesarea							
• < 48 jam						2	3
• ≥ 48 jam - < 4 minggu						3	3
• ≥ 4 minggu						1	1 ^a
• Sepsis puerperalis						4	4

Kondisi	Pil kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
Pascakeguguran							
• Trimester I	1	1	1	1	1	1	1
• Trimester II	1	1	1	1	1	2	2
• Pascabortus septik	1	1	1	1	1	4	4
Pascakehamilan ektopik	1	1	2	1	1	1	1
Riwayat operasi pelvis (termasuk seksio sesarea)	1	1	1	1	1	1	1
Merokok							
• Usia < 35	2	2	1	1	1	1	1
• Usia ≥ 35	3	2	1	1	1	1	1
– <15 batang/hari	4	3	1	1	1	1	1
– ≥15 batang/hari							
Obesitas							
• ≥ 30 kg/m ² body mass index (BMI)	2	2	1	1	1	1	1
Penyakit Kardiovaskuler							
Faktor risiko multipel penyakit kardiovaskuler (seperti usia tua, merokok, diabetes, hipertensi)	3/4	¾	2	3	2	1	2
Hipertensi							
• Riwayat hipertensi tidak dapat dievaluasi, termasuk hipertensi dalam kehamilan	3	3	2	2	2	1	2
• Hipertensi terkontrol							
• Tekanan darah meningkat	3	3	1	2	1	1	1
– Sistolik 140-160 atau diastolik 90-100	4	4	2	3	2	1	2
– Sistolik > 160 atau diastolik > 100							
• Penyakit vaskular	4	4	2	3	2	1	2
Riwayat hipertensi dalam kehamilan	2	2	1	1	1	1	1
Trombosis Vena Dalam/ Emboli Paru							

Kondisi	Pil kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
<ul style="list-style-type: none"> • Nonmigrain (ringan/ berat) • Migrain <ul style="list-style-type: none"> – Tanpa aura Usia < 35 Usia ≥ 35 – Dengan aura (semua usia) 	1 2 2 3 3 4 4 4	1 2 2 3 3 4 4 4	1 1 1 2 1 2 2 3	1 2 2 2 2 2 2 3	1 2 2 2 2 2 2 3	1 1 1	1 2 2 2 2 2 2 3
Epilepsi	1	1	1	1	1	1	1
Depresi							
Depresi	1	1	1	1	1	1	1
Infeksi dan Kelainan Alat Reproduksi							
Perdarahan pervaginam							M L
<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan ireguler • Perdarahan banyak/lama 	1 1	1 1	2 2	2 2	1 1	1 2	1 1 1 2
Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya						M L	M L
Sebelum penilaian	2	2	2	3	3	4 2	4 2
Endometriosis	1	1	1	1	1	2	1
Tumor ovarium jinak (ternasuk kista)	1	1	1	1	1	1	1
Dismenorea berat	1	1	1	1	1	2	1
Penyakit trofoblas							
<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit Trofoblas Jinak • Penyakit Trofoblas Ganas 	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	3 4	3 4

Kondisi	Pil kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
Ektopion serviks	1	1	1	1	1	1	1
NIS (Neoplasia Intra Serviks)	2	2	1	2	2	1	2
Kanker serviks						M L	M L
	2	2	1	2	2	4 2	2
Penyakit mamma							
• Massa tidak terdiagnosis	2	2	2	2	2	1	2
• Penyakit mamma jinak	1	1	1	1	1	1	1
• Riwayat kanker dalam keluarga	1	1	1	1	1	1	1
• Kanker mamma							
– Saat ini							
– Riwayat lampau, tidak kambuh dalam 5 tahun	4 3	4 3	4 3	4 3	4 3	1 1	4 3
Kanker endometrium						M L	M L
	1	1	1	1	1	2	4 2
Kanker ovarium						M L	M L
	1	1	1	1	1	3 2	3 2
Fibroma uteri							
	1	1	1	1	1	1	1
• Tanpa gangguan kavum uteri							
• Dengan gangguan kavum uteri	1	1	1	1	1	4	4
Kelainan anatomis						4	4
						2	2
Penyakit radang panggul	1	1	1	1	1	M L	M L
	1	1	1	1	1		

Kondisi	Pil kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
<ul style="list-style-type: none"> Riwayat PRP <ul style="list-style-type: none"> Dengan kehamilan Tanpa kehamilan PRP saat ini 	1	1	1	1	1	1 1 2 2 4 2	1 1 2 2 4 2
IMS <ul style="list-style-type: none"> Servitis purulen atau infeksi klamidia atau gonorea IMS lainnya (kecuali HIV dan hepatitis) Vaginitis (termasuk trikomonas vaginitis dan vaginosis bakterial) Risiko IMS meningkat 						M L	M L
	1	1	1	1	1	4 2	4 2
	1	1	1	1	1	2 2	2 2
	1	1	1	1	1	2 2	2 2
	1	1	1	1	1	4 2	4 2
	1	1	1	1	1	1	1
						M L	M L
Risiko tinggi HIV	1	1	1	1	1	2 2	2 2
Terinfeksi HIV	1	1	1	1	1	2 2	2 2
AIDS	1	1	1	1	1	3 2	3 2
Infeksi Lain							
Skistosomiasis							
<ul style="list-style-type: none"> Tanpa komplikasi Fibrosis hati 	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Tuberkulosis	1	1	1	1	1	M L	M L

Kondisi	Pil kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
<ul style="list-style-type: none"> • Nonpelvis • Pelvis 	1	1	1	1	1	1 1 4 3	1 1 4 3
Malaria	1	1	1	1	1	1	1
Penyakit Endokrin							
Diabetes							
<ul style="list-style-type: none"> • Riwayat diabetes gestasional • Penyakit nonvaskular <ul style="list-style-type: none"> – Noninsulin dependen – Insulin dependen • Nefropati/retinopati/neuropati • Penyakit vaskular lain/ Diabetes > 20 tahun 	1 2 2 3/4 3/4	1 2 2 3/4 3/4	1 2 2 2 2	1 2 2 3 3	1 2 2 2 2	1 2 1 1 1	1 2 2 2 2
Penyakit Tiroid							
<ul style="list-style-type: none"> • Goiter • Hipertiroid • Hipotiroid 	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
Penyakit Gastrointestinal							
Penyakit kandung empedu							
<ul style="list-style-type: none"> • Simptomatik <ul style="list-style-type: none"> – Terapi kolesistektomi – Diobati dengan obat saja – Saat ini • Asimptomatik 	2 3 3 2	2 2 2 2	2 2 2 2	2 2 2 2	2 2 2 2	1 1 1 1	2 2 2 2
Riwayat kolestasis							
<ul style="list-style-type: none"> • Berhubungan dengan kehamilan • Berhubungan dengan kontrasepsi 	2 3	2 2	1 2	1 2	1 2	1 1	1 2

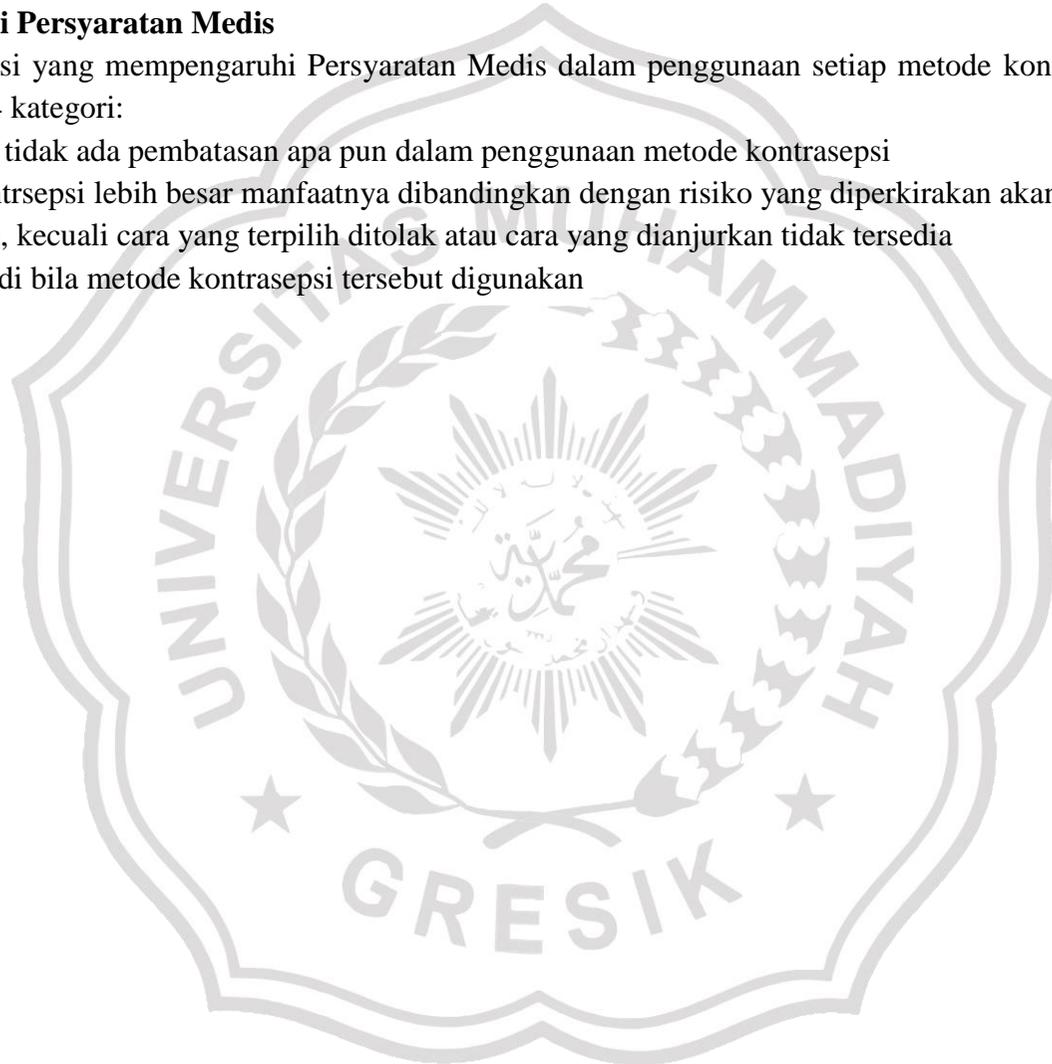
Kondisi	Pil kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
Hepatitis Virus							
• Aktif	4	3/4	3	3	3	1	3
• Karier	1	1	1	1	1	1	1
Sirosis							
• Ringan	3	2	2	2	2	1	2
• Berat	4	3	3	3	3	1	3
Tumor hati							
• Jinak (adenoma)	4	3	3	3	3	1	3
• Malignan (hepatoma)	4	¾	3	3	3	1	3
Anemia							
Talasemia	1	1	1	1	1	2	1
Penyakit bulan sabit	2	2	1	1	1	2	1
Anemia defisiensi Fe	1	1	1	1	1	2	1
Interaksi Obat							
Obat yang mempengaruhi enzim-enzim hati							
• Rifampisin	3	2	3	2	3	1	1
• Antikonvulsan tertentu	3	2	3	2	3	1	1
Antibiotik							
• Griseofulvin	2	1	2	1	2	1	1
• Antibiotik lain	1	1	1	1	1	1	1
Terapi antiretroviral						M L	M L
	2	2	2	2	2	2/3 2	2/3 2

Sumber : (Affandi B. , 2015)

Keterangan Klasifikasi Persyaratan Medis

Keadaan atau kondisi yang mempengaruhi Persyaratan Medis dalam penggunaan setiap metode kontrasepsi yang tidak permanen dikelompokkan dalam 4 kategori:

1. 1: kondisi di mana tidak ada pembatasan apa pun dalam penggunaan metode kontrasepsi
2. 2: penggunaan kontrsepsi lebih besar manfaatnya dibandingkan dengan risiko yang diperkirakan akan terjadi
3. 3: tidak dianjurkan, kecuali cara yang terpilih ditolak atau cara yang dianjurkan tidak tersedia
4. 4: risiko akan terjadi bila metode kontrasepsi tersebut digunakan



2.7.4 Konseling Pra dan Pasca Pemasangan Alat Kontrasepsi

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

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

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

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

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

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

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

U : **U** perlunya dilakukam 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.

2. Menurut Affandi (2015), informed choice dalag sebagai berikut:

a. Informed choice yaitu suatu kondisi peserta atau calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapat informasi yang lengkap melalui KIP.

- b. Memberdayakan para klien untuk melakukan informed choice adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
- c. Bagi calon peserta KB yang informed choice merupakan proses memahami kontrasepsi yang akan dipakainya.
- d. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut karena sudah mengerti tentang kontrasepsi yang akan dipilihnya
- e. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.

2.7.5 Efek Samping dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi

1. Pil progestin (minipil)

Tabel 2.15 Penanganan efek samping pil progestin yang sering ditemukan

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

Sumber: (Affandi B. , 2015)

2. Suntikan progestin

Tabel 2.16 Penanganan efek samping suntikan progestin yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Amenore (tidak terjadi perdarahan/spotting).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik. 2) Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan. 3) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. 4) Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3 – 6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.
Perdarahan/perdarahan bercak (spotting).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka dapat disarankan 2 pilihan pengobatan. 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30 – 35 mg etinilestradiol), Ibuprofen (sampai 80 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. 2) Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. 3) Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3 – 7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 mg etinoestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14 – 21 hari.
Meningkatnya/menurunnya berat badan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 -2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan kontrasepsi lain.

Sumber: Affandi, 2015

3. Implant

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

4. AKDR dengan Progestin

Tabel 2.17 Penanganan efek samping AKDR progestin yang sering ditemukan

Efek samping/masalah	Penanganan
Amenore	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pastikan hamil atau tidak. 2) Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%). 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.
Kram	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.
Perdarahan yang tidak teratur dan banyak	<ol style="list-style-type: none"> 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 5) konjugasi selama 14 – 21 hari. 6) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien
Benang hilang	<ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.
Cairan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR

Efek samping/masalah	Penanganan
vagina/dugaan penyakit radang panggul	<p>dan berikan pengobatan yang sesuai.</p> <p>2) Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut.</p> <p>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 memilih metode kontrasepsi lain.</p>

Sumber: (Affandi B. , 2015)

2.7.6 Pelayanan KB di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes R.I, 2020) Pelayanan KB di Era Adaptasi

Kebiasaan Baru yaitu:

1. Peran Bagi Masyarakat terkait Pelayanan Keluarga Berencana Pada Situasi Pandemi Covid-19
 - a. Tunda kehamilan sampai kondisi berakhir
 - b. Askseptor KB sebaiknya tidak datang ke petugas Kesehatan, kecuali yang mempunyai keluhan, dengan syarat membuat perjanjianterlebih dahulu dengan petugas kesehatan.
 - c. Bagi akseptor IUD atau Implant yang sudah dilakukan masa pakainya, jika tidak memungkinkan untuk datang ke petugas Kesehatan dapat menggunakan kondom yang dapat diperoleh dengan menghubungi petugas PKLB atau kader melalui telfon. Apabila tidak tersedia bisa menggunakan cara tradisional (pantang berkala atau senggama terputus).
 - d. Bagi askeptor suntik diharapkan datang ke petugas kesehatan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian sebelumnya. Jika tidak memungkinkan, dapat menggunakan kondom yang dapat diperoleh dengan menghubungi petugas PLKB atau kader melalui telfon. Apabila tidak tersedia bisa menggunakan cara tradisional (pantang berkala atau senggama terputus).
 - e. Bagi akseptor Pil diharapkan dapat menghubungi petugas PLKB atau kader atau petugas kesehatan via telfon untuk mendapatkan Pil KB.
 - f. Ibu yang sudah melahirkan sebaiknya langsung menggunakan KB Pasca Persalinan (KBPP).
 - g. Materi komunikasi, informasi, dan edakusi (KIE) serta pelaksanaan konseling terkait KB dapat diperoleh secara online atau konsultasi via telpon.

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.1 Manajemen Varney

Menurut (Kemenkes R.I, 2016), standar praktek kebidanan dalam metode asuhan kebidanan yang menggambarkan tentang *Continuity of Care* adalah:

1. Standar I : Metode Asuhan

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

Definisi operasional :

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

2. Standar II: pengkajian

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

Definisi operasional :

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

3. Standar III : diagnosa kebidanan

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

Definisi operasional :

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

4. Standar IV : rencana asuhan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan dari diagnosa kebidanan

Definisi operasional :

- a. Ada format tindakan kebidanan dan evaluasi
- b. Tindakan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan rencana dan juga perkembangan klien.
- c. Tindakan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan prosedur tetap dan wewenang bidan atau hasil kolaborasi

- d. Tindakan kebidanan dilaksanakan dengan menerapkan etika dan kode etik kebidanan
- e. Seluruh tindakan kebidanan dicatat pada format yang telah tersedia.

5. Standar V : Tindakan

Tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan diagnosa rencana dan perkembangan keadaan klien:

Definisi operasional :

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

6. Standar VI : partisipasi klien

Klien dan keluarga dilibatkan dalam rangka peningkatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan

Definisi operasional :

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

7. Standar VII: pengawasan

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

Definisi operasional :

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

8. Standar VIII : Evaluasi

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

Definisi operasional

- a. Evaluasi dilakukan pada tiap tahapan pelaksanaan asuhan sesuai standar.

b. Hasil evaluasi dicatat pada format yang telah disediakan

9. StandarIX : dokumentasi

Asuhan kebidanan dokumentasikan sesuai dengan standat dokumentasi asuhan kebidanan

Definisi operasional :

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

2.8.2 Standart Kompetensi Bidan

Menurut (Permenkes Nomor 369, R.I, 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 dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan untuk menjadi orang tua.
3. Bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan, dan rujukan.
4. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap budaya setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir.
5. Bidan dapat memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi serta tanggap terhadap budaya setempat.
6. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada BBL sehat sampai usia 1 bulan.
7. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat.
8. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga dan kelompok.
9. Bidan mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.