BAB II
TINJAUAN TEORI

2.1 *Midwifery Continuity of Care* (Asuhan Kebidanan Berkesinambungan)

2.1.1 Pengertian

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

Asuhan kebidanan berkesinambngan adalah landasan filosofis dari pendiikan kebidanan yang pada gilirannya mempromosikan pemahaman yang dibutuhkan oleh mahasiswa kebidanan untuk merawat wanita secara holistik.Asuhan yang dimaksud adalah pengalaman yang berhubungan dengan mahasiswa dan klie pada pelayanan kebidanan (yanti,et.al,2015).

2.1.2 Dimensi

Menurut *WHO* dalam Astuti (2017), dimensi pertama dari *continuity of care* yaitu dimulai saat pra kehamilan, selama kehamilan, persalinan, masa nifas, serta hari-hari awal dan tahun kehidupan bayi. Dimensi kedua dari *Continuity of care* yaitu tempat pelayanan yang menghubungkan berbagai tingkat pelayanan mulai dari rumah, masyarakat, dan sarana kesehatan. Dengan demikian bidan dapat memberikan asuhan secara berkesinambungan.

2.1.3 Tujuan

Menurut Saifuddin (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, dan 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 ibu dan perinatal.

2.1.4 Manfaat

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

2.1.5 Dampak Tidak Dilakukan Asuhan Berkesinambungan

Dampak yang akan timbul jika tidak dilakukan asuhan kebidanan yang berkesinambungan adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi pada ibu yang tidak ditangani sehingga menyebabkan penanganan yang terlambat terhadap komplikasi dan meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Komplikasi yang dapat timbul pada kehamilan diantaranya meliputi anemia, hipertensi, perdarahan, aborsi, oedema apda wajah dan kaki, dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada persalinan meliputi distosia, inersia uteri, presentasi bukan belakang kepala, prolap tali pusat, ketuban pecah dini (KPD), dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada masa nifas meliputi, bendungan ASI, dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada bayi baru lahir meliputi berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia, kelainan kongenital, tetanus neonatorum, dan lain-lain. (Saifuddin, 2014)

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan

pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2014)

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasiona. (Prawirohardjo, 2016).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT). (Saifuddin, 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 di tengah) yang mencapai uterus, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi embrio, setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin. Konseptus ialah semua jaringan konsepsi yang membagi diri menjadi berbagai jaringan embrio, korion, amnion, dan plasenta.

2. Embrio dan Janin

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

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

Gangguan atau teratogen akan mempunyai dampak berat apabila terjadi pada gestasi kurang dari 12 minggu, terlebih pada minggu ke-3.

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

Tabel 2.1 Perkembangan Fungsi Organ Janin

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

Untuk dapat menegakkan kehamilan maka dapat ditetapkan dengan melakukan penelitian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil sehingga bidan dapat mendiagnosa kehamilan. Menurut Astuti (2017).

A. Tanda dan gejala kehamilan menurut prawiroharjo(2008) dibagi menjadi 3 bagian,yaitu:

1. *Amenorea* (tidak dapat haid)

   Gejala ini sangat penting karna umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi.dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat di taksir umur kehamilan dan di taksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi dengan memakai rumus *neagie*:HT – 3 (bulan+7)

2. Mual dan muntah

   Biasa terjadi pada bulan bulan awal kehamilan hingga akhir triulan pertama,sering terjadi pada pagi hari atau biasa yang disebut *mornig sickness*

3. Mengidam(ingin makanan khusus)

   Seing terjadi pada bulan bulan pertama kehamilan akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

4. Pingsan

   Bila berada pada tempat tepat ramai yang sesak dan padat .

   Basanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu

5. *Anoreksia*(tidak ada selera makan)

   Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan,tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.

6. Mamae menjad tegang dan membesar

   Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

7. Miksi sering

   Sering buang air kecil disebabkan karna kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar .gejala ini akan menghilang pada triwulan kedua kehamilan.Pada akhr kehamilan ,gejala ini kembali karna kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

8. Konstipasi/opstipasi

   Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar

9. Pigmentasi(perubahan warna kulit)

   Pada areola mamae, genital,cloasma,linea alba yang berwarna lebih tegas melebar dan bertaambah gelap terdapat pada perut bagian bawah

10. Epulis

    Suatu *hipertrofi papila ginggivae* (gusi berdarah)sering terjadi pada triwulan pertama

11. *Varices* (pemekaran vena-vena)

    Karna pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembulu darah vena. Penampakan pembulu darah itu terjadi di sekitar genetalia eksternal kaki dan betis dan payudara.

12. Lelah

    Hormon progesteron menyebabkan terjadi penurunan fungsi beberapa organ tumbuh sehingga tubuh bekerja keras untuk menstabilkan dan membantu kerja organ tersebut. Salah satu organ yang dipengaruhi adalah lambung. Lambatnya proses pencernaan makanan menyebabkan kebutuhan oksigen di lambung meningkat sehingga oksigen untuk organ lain, misalnya mata, otak dan organ lainnya menjadi berkurang. Oleh sebab itu, timbul perasaan mengantuk, lelah dan lemas.

13. Payudara membesar

    Pada awal kehamilan, tepatnya 1-2 minggu setelah kehadiran menstruasi terlambat, timbul rasa nyeri dan tegang di payudara. Hal ini disebabkan oleh hormon esterogen dan progesteron yang merangsang kantong air susu dan kelenjar montgomery di payudara sehingga membesar sebagai persiapan untuk menyusui kelak. Rasa nyeri dan tegang juga diikuti oleh pembesaran payudara secara bertahap. Rasa nyeri ini hampir sama depan ketika rasa nyeri saat menstruasi.

B. Tanda Mungkin Hamil

a. Perut membesar

Perut yang besar sangat identik dengan adanya kehamilan. Pada wanita yang memang benar hamil, perut akan ikut membesar karena rahim yang membesar. Namun, tidak semua perut yang membesar merupakan akibat kehamilan, mungkin saja akibat faktor kegemukan atau terdapat penyakit pada abdomen, misalnya tumor atau adanya cairan di rongga perut *(asites).*

b. Uterus membesar

Dengan kehamilan yang sehat, uterus pun akan membesar sedikit demi sedikit sesuai dengan usia kehamilan tersebut. Namun demikian, pembesaran uterus dapat juga terjadi akibat suatu penyakit, misalnya mioma uteri, kista atau kanker stadium lanjut.

c. Tanda hegar

Melunaknya segmen bawah rahim. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga medis, dengan cara melakukan pemeriksaan dalam dengan tangan kanan dan tangan kiri berada di atas fundus. Dengan penekanan ke arah dalam, pemeriksa dapat merasakan kedua tangan seolah-olah bertemu.

d. Tanda chadwick

Terjadi perubahan warna pada portio, yang pada awalnya berwarna merah muda, menjadi kebiru-biruan. Selaput lendir dan vagina pun berwarna keungu-unguan.

e. Tanda piscacek

Terjadi pembesaran dan pelunakan yang tidak simetris pada tempat hasil konsepsi (tempat implantasi) tertanam.

f. Braxton-hicks

Ibu yang hamil dapat merasakan kontraksi yang timbul sesekali, tepatnya berada di perut bagian bawah, misalnya perasaan nyeri dan tegang. Nyeri tersebut juga dapat timbul secara tiba-tiba pada saat perut ibu dilakukan palpasi (periksa raba) dan saat periksa dalam.

g. Teraba ballotement

Ballotement adalah pantulan pada saat rahim digoyangkan. Memeriksa kontraksi ini dilakukan dengan cara memegang bagian rahim yang mengeras sambil sedikit digoyangkan sehingga akan terasa bahwa rahim tersebut bergoyang.

C. Tanda pasti hamil

Ada beberapa tanda yang memastikan adanya kehamilan, meliputi:

a. Gerakan janin yang dilihat dan dirasakan. Ibu merasakan gerakan janin ketika usia kehamilan 16 minggu atau awal bulan kelima. Gerakan janin akan lebih terasa di pagi hari atau saat ibu beristirahat. Bahkan, pada usia kehamilan > 22 minggu, ibu dapat melihat gerakan janin pada saat janin bergerak.

b. Denyut jantung janin (DJJ). Terlihat dan terdengar denyut jantung janin dengan bantuan alat.

1) Didengar menggunakan alat Doppler mulai usia kehamilan 12 minggu.
2) Didengar menggunakan stetoskop monokuler Leannec mulai usia kehamilan 20 minggu.
3) Dicatat dengan feto-electro kardiogram mulai usia kehamilan 6 minggu.
4) Dilihat dengan ultrasonografi (USG) mulai usia kandungan 6 minggu.

2.2.4 Perubahan Fisik Ibu Hamil

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

1. Perubahan pada System 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 sperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan. Rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Pada minggu pertama, *isthmus* rahim mengadakan *hipertrofi* dan bertambah panjang sehingga jika di raba terasa lebih lunak disebut *Tanda Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi

cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. Posisi rahim dalam kehamilan:

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

b. Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan atau Serviks

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

c. Indung Telur (*ovarium*)

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

d. Vagina dan Vulva

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

e. Dinding Perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic di bawah kulit sehingga timbul *Striae Gravidarum*.Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada *hidramnion* dan kehamilan ganda, dapat terjadi diasis rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

2. Perubahan Pada Organ Dan System Lainnya

a. Sistem Sirkulasi Darah

1) Volume Darah, volume darah total dan volume darah plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, di ikuti pertambahan curah jantung (*cardiac output*), yang meningkat sebanyak ± 30%. Akibat *hemodilusi* yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan *Dekompensasi Cordis*.

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

3) Nadi dan Tekanan Darah, tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstreimitas atas dan bawah, cenderung naik, nilai rata-rata 84 per menit.

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

b. Sistem Pernapasan

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

c. Saluran Pencernaan (Traktus Digestivus)

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motolitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala

muntah *Emesis Gravidarum* sering terjadi pada pagi hari *Morning Sickness*.

d. Tulang dan Gigi

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

e. Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigentasi, yaitu pada:

1) Muka : Disebut masker kehamilan *Cloasma Gravidarum*

2) Payudara : Puting susu dan *areola* payudara.

3) Perut : *Linea nigra striae*,

4) Vulva

f. Kelenjar Endokrin

1) Kelenjar Tiroid : Dapat membesar sedikit

2) Kelenjar Hipofisis : Dapat membesar terutama lobus anterior.

3) Kelenjar Adrenal : Tidak begitu terpengaruh

g. Metabolisme

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

1) Tingkat metabolik basal *(Basal Metabolic Rate, (BMR))* pada wanita hamil meninggi hingga 15-25% terutama pada trimester akhir dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.

2) Hidrat arang: seoarangwanita hamil sering merasa haus, nafsu makan kuat, sering kencing, dan kadang kala dijumpai glukosuria

yang meningkatkan kita pada diabetes militus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa seperti somatomamotropin, plasma insulin, dan hormon-hormon 17 ketosteroid untuk rekomendasi, harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil GTT oral dan GTT intervena.

3) Metabolisme lemak juga terjadi kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomatropin memepunayi peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainya terdapat di badan, perut, paha, dan lengan.
4) Metabolisme mineral
   a) Kalsium : Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
   b) Fosfor : Dibutuhkan rata-rata 2 gram per hari.
   c) Zat besi : Dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg atau 30-50 mg per hari.
   d) Air : Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
5) Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5 sampai 16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil (preeklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:
   a) Janin, uri, air ketuban, uterus
   b) Payudara, kenaikan voluma darah, lemak, protein, dan retensi air.
6) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang. Khusunya kehamilan lima bulan keatas. Namun bila dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan kalori tambahan.
7) Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein. Di Indonesia masih banyak dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vitamin B, oleh karena itu wanita hamil harus diberikan fe dan robansia yang berisi mineral dan vitamin.

h. Payudara *Mammae*

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

2.2.5 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

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

1. Pada kehamilan Trimester 1

   Trimester 1 sering disebut sebagai masa penentuan artinya penentuan untuk membuktikan bahwa dirinya dalam keadaan hamil. Respon setiap ibu pun berbeda-beda .sikap ambivalent sering dialami pada ibu hamil ,artinya kadang ibu merasa senang dan bahagia karna kan menjadi seorang ibu dan kadang juga ibu merasa sedih dan kecewa saat mengetahui dirinya sedang hamil.Hal ini diseabka karna meningkatnya hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan timbulnya mual,muntah pada pagi hari,lemah ,lelah dan membesarnya payudarah.

   Hasrat untuk melakukan hubungan sex pada wanita trimester pertama juga berbeda beda ,walaupun beberapa wanita mengalami gairah sex yang tinggi ,kebanyakan mereka mengalami penurunan libido selama periode ini disebabkan timester 1 masih sering mengalami mual muntah sehingga merasa tidak sehat. Libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan ,rasa mual,pembesaran payudara,keprihatinan dan kekhawatiran .semua ini merupakan suatu hal yang normal dari proses kehamilan trimester pertama .Perasaan ibu akan stabil setelah ibu menerima kehamilannya sehingga setiap ibu akan berbeda-beda.

2. Perubahan pada Trimester 2

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

(prequickening) dan setelah adanya pergerakan janin yang dirasakan oleh ibu (postquickening).

3. Perubahan pada Trimester 3

Pada kehamilan trimester 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 kandunganya dengan cara mengelus perut dan berbicara didepanya, 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 fisiologis, serta bentuk dan ukuran tubuh yang semakin membesar. Menjelang akhir terimester 3, umumnya ibu hamil tidak sabar untuk menjalani persalinan dengan perasaan yang bercampur antara sukacita dan rasa takut.

2.2.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

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

1. Nutrisi yang adekuat
   a. Kalori

      Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori.

   b. Protein

      Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari.

   c. Kalsium

      Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari.

   d. Zat besi

      Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi per minggu cukup adekuat.

   e. Asam Folat

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

Tabel 2.2 Kebutuhan Makanan Sehari-hari untuk Ibu Hamil

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

Sumber: Marmi (2014)

2. Perawatan payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut.

3. Perawatan gigi

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

4. Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman dan hindarkan sepatu hak tinggi (high heels) dan alas kaki yang keras (tidak elastis) serta korset penahan perut.

5. Olahraga

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

6. Istirahat

   Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari, dan 2 jam di siang hari.

7. Aktivitas

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

2.2.7 Keluhan Ringan Dan Penanganan Dalam Kehamilan

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

Menurut Medforth (2012), keluhan ringan dalam kehamilan dan penanganannya adalah sebagai berikut :

1. Mual

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

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

   Saran kepada wanita harus terdiri atas:

   a. Makan sesuatu sebelum bangun tidur
   b. Sediakan selalu makanan ringan di tempat tidur
   c. Bangun dari tempat tidur secara perlahan
   d. Makan dan minum sedikit tapi sering pada siang hari
   e. Beristirahat dipertengahan siang hari

f. Makan biscuit tanpa rasa, sepotong kecil buah, roti panggang kering atau yoghurt.
g. Hindari alkohol, kafein dan makanan pedas atau berlemak
h. Jahe dalam bentuk teh atau tablet untuk mengurangi mual
i. Makan sedikit tapi sering sebelum tidur malam.

Seorang dokter harus di konsultasikan jika:

a. Wanita muntah > dari 4x sehari
b. Saran diatas tidak bermanfaat
c. Wanita mengalami penurunan berat badan
d. Wanita tidak mempertahankan konsumsi cairan
e. Kemungkinan perlu di resepkan antiemetic
f. Wanita mengalami dehidrasi. Masuk ke RS di anjurkan untuk pemberian makan melalui intravena, koreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan rehidrasi.

2. Konstipasi

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

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

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

a. Makan makanan yang mengandung serat tinggi, seperti roti gandum utuh, sereal, dan buah prem.
b. Minum ekstra cairan, jus buah, atau the herbal. Cairan ini harus berjumlah 2 liter/hari, dan jumlahnya lebih besar jika suhu sedang panas.
c. Makan makanan secara teratur
d. Makan lima porsi buah dan sayur/hari
e. Lakukan olahraga ringan, 20-30 menit, 3x/minggu

Laksafatif ringan, seperti laktulosa 15 ml 2 x 1 dapat di resepkan jika saran di atas tidak meredakan gejala.

3. Indigesti dan nyeri ulu hati

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

Saran mencakup :

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

4. Varises vena dan hemoroid

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

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

Tanda gejala:

a. Tungkai terasa nyeri dan berat
b. Sensasi seperti tertusuk di tungkai dan vulva

c. Permukaan vena mengalami dilatasi di vulva atau tungkai
d. Vulva dapat membengkak dan terasa sangat nyeri
e. Ketidaknyamanan dan rasa gatal di sekitar anus

Saran:

a. Hindari konstipasi dan mengejan di toilet
b. Hindari berdiri untuk periode waktu yang lama
c. Hindari pakaian yang ketat
d. Jangan duduk dengan menyilangkan kaki
e. Lakukan olahraga ringan, seperti jalan untuk membantu sirkulasi Gunakan kompres es di daerah vulva untuk mengurangi pembengkakan
f. Krim hemoroid dengan merk tertentu dapat di gunakan secara aman dalam kehamilan
g. 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, ligament menjadi lebih lunak dalam pengaruh relaksin dan meregang untuk mempersiapkan tubuh untuk persalinan.
b. Hal tersebut terutama di fokuskan pada sendi panggul dan ligament yang menjadi lebih fleksibel untuk mengakomodasi bayi saat pelahiran
c. Efek dapat menempatkan ketegangan pada sendi panggul dan punggung bawah, yang dapat menyebabkan nyeri punggung.
d. Saat bayi tumbuh, lengkung di spina lumbalis dapat meningkat karena abdomen di dorong ke depan dan ini juga dapat menyebabkan nyeri punggung.

Saran berikut dapat diberikan kepada wanita untuk meredakan nyeri punggung**:**

a. Hindari mengangkat benda berat dan gunakan teknik mengangkat barang yang baik, yaitu menekuk lutut dan mempertahankan punggung tetap lurus

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

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

6. Sering berkemih

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

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

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

2.2.8 Tanda bahaya kehamilan

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

1. Perdarahan Vagina

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

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

2. Pre-eklamsi

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

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

c. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
d. Nyeri epigastrik.
e. Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
f. Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
g. Proteinuria (di atas positif 3)
h. Edema menyeluruh.

3. Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda – dibawah ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (revealed) maupun tersembunyi (concealed) :

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

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

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

2.2.9 Standart Pelayanan Kehamilan (14T)

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

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

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

2. Ukur Tekanan Darah **(**T2**).**

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

3. Ukur Tinggi Fundus Uteri **(**T3**).**

   Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan**.** TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

Tabel 2.3 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

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

Sumber: DepKes RI, 2010

4. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
5. Pemberian Imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) dan pemberian imunisasi TT sesuai status imunisasi

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

Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi TT

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

TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun atau seumur hidup

Sumber: Saifuddin, 2014

6. Pemeriksaan Hb **(**T6**).**

   Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. Bila kadar Hb < 11 gr% Bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg Asam Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

7. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab.*) **(**T7**)**

   Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

8. Pemeriksaan Protein urine **(**T8**).**

   Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklampsi.

9. Pemeriksaan Urine Reduksi **(**T9**).**

   Untuk Bumil dengan riwayat DM, bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DM.

10. Perawatan Payudara **(**T10**).**

    Senam payudara atau perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

11. Senam Hamil **(**T11**)**

12. Pemberian Obat Malaria **(**T12**).**

    Diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.

13. Pemberian Kapsul Minyak Yodium **(**T13**).**

    Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia. Temu wicara / Konseling **(**T14**).**

2.2.10 P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

Sejak tahun 2007, pemerintah mengadakan P4K dengan stiker sebagai upaya penurunan AKI dan AKB. Kegiatan ini difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka

peran aktif, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan 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 bagi ibu dan bayi baru lahir. (Astuti, 2017)

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. (Astuti, 2017).

Menurut Kemenkes (2013) Persiapan persalinan termasuk :

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

Stiker P4K

Sumber : Kemenkes RI, dalam buku KIA, 2015

2.2.11 ANC Terpadu

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

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

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

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

Menurut PERMENKES RI Nomor 97 Tahun 2014 .Pelayanan antenatal terpadumerupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui :

1. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasidan 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 antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi

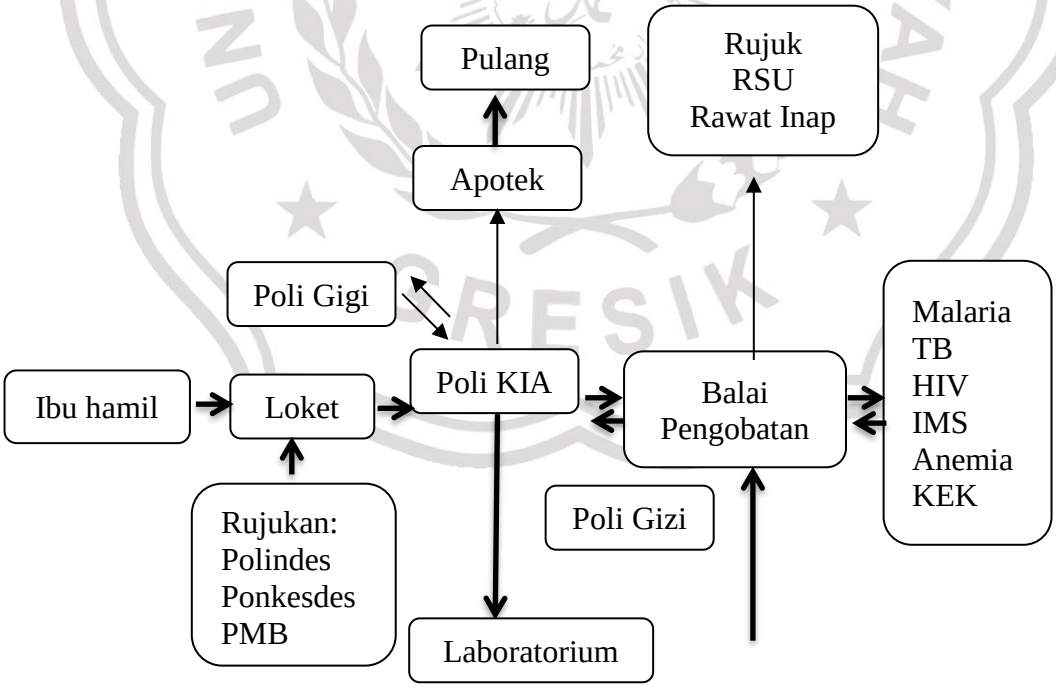
kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas. (Permenkes, 2014)

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

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

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

1. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG)
2. Kontak dengan dokter gigi.
3. Kontak dengan dokter umum.
4. Kontak dengan dokter paru-paru.
5. Kontak dengan ahli gizi

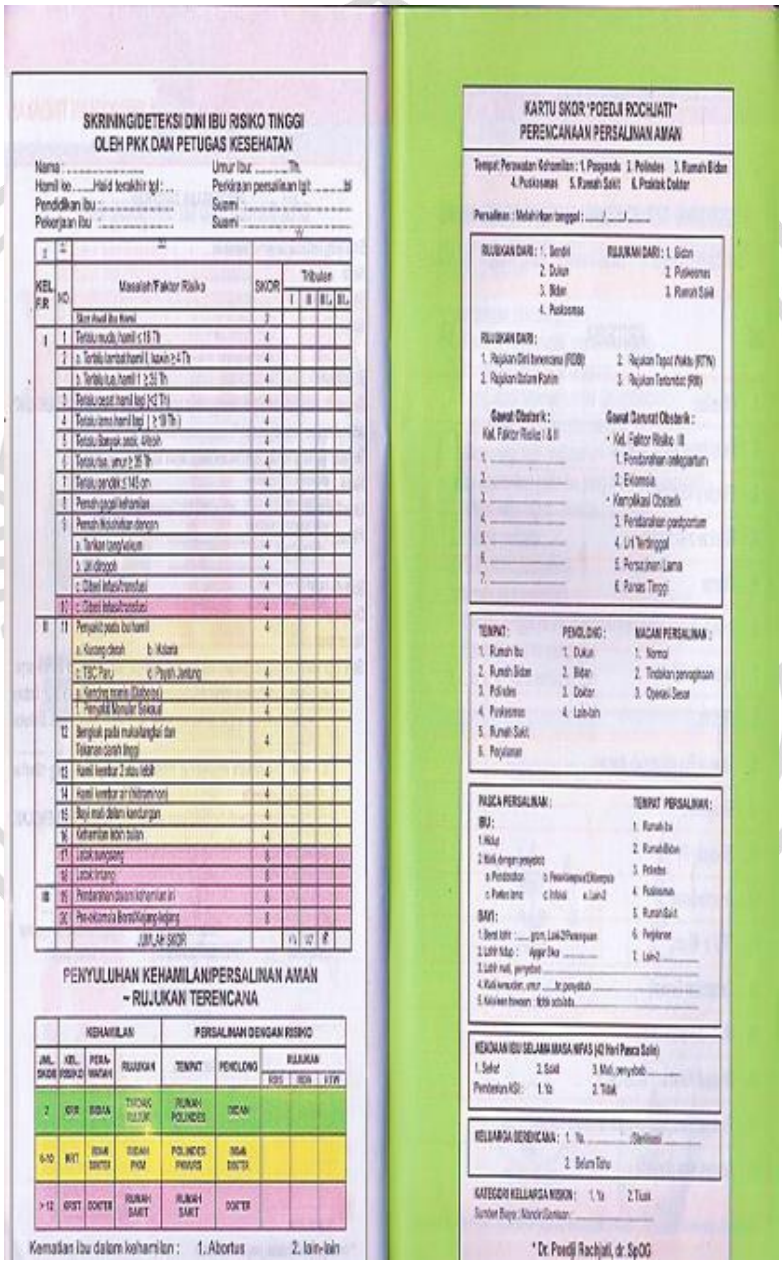


Gambar Alur Pelayanan Antenatal Terpadu di Puskesmas

Sumber : Kemenkes RI, 2018.

1) Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko menggunakan skor Poedji Rochjati. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi,tentang usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil. Serta perencanan persalinan di sajikan pada gambar berikut :



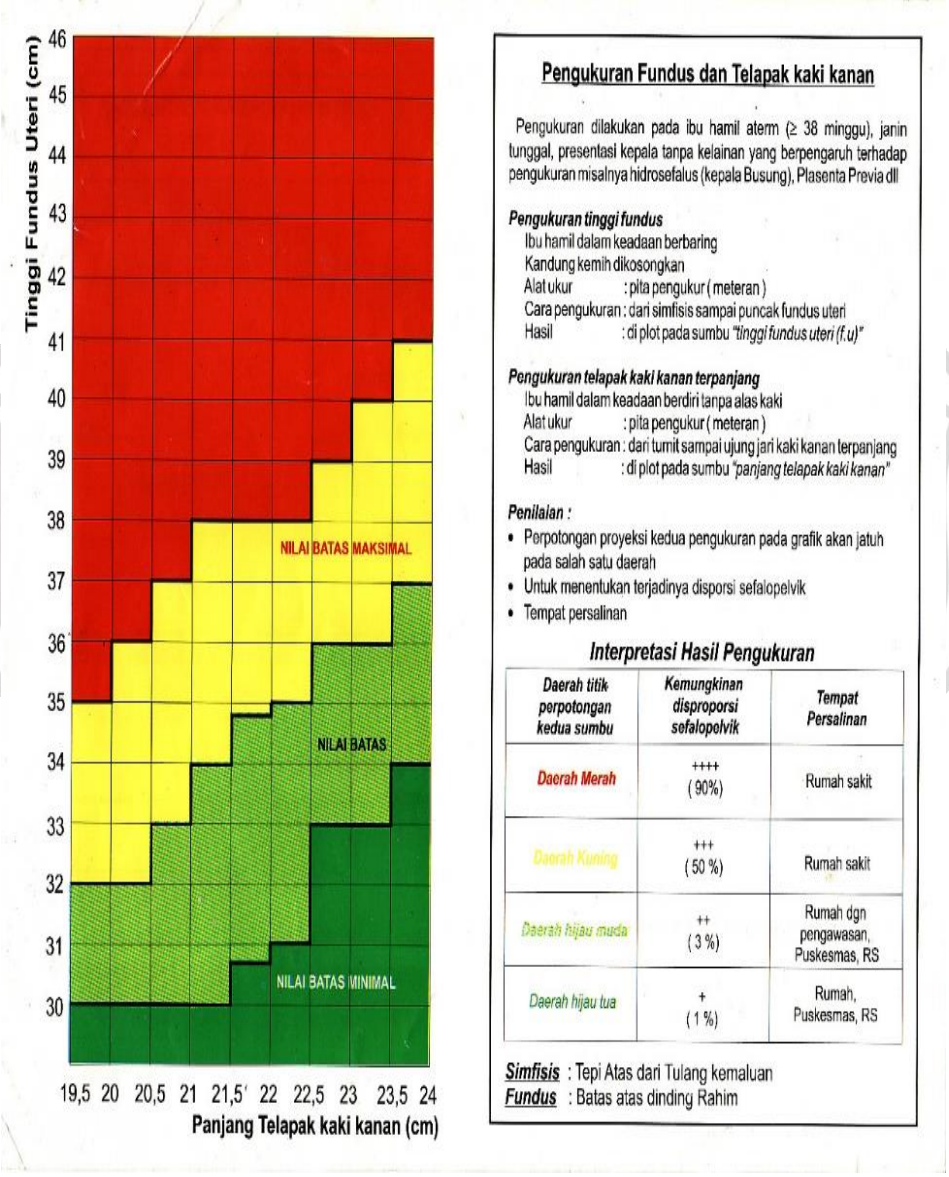
Gambar 2.3 Kartu Skor Poedji Rochyati

Sumber: Poedji Rochjati, dalam buku KIA, 2015

2) Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

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

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

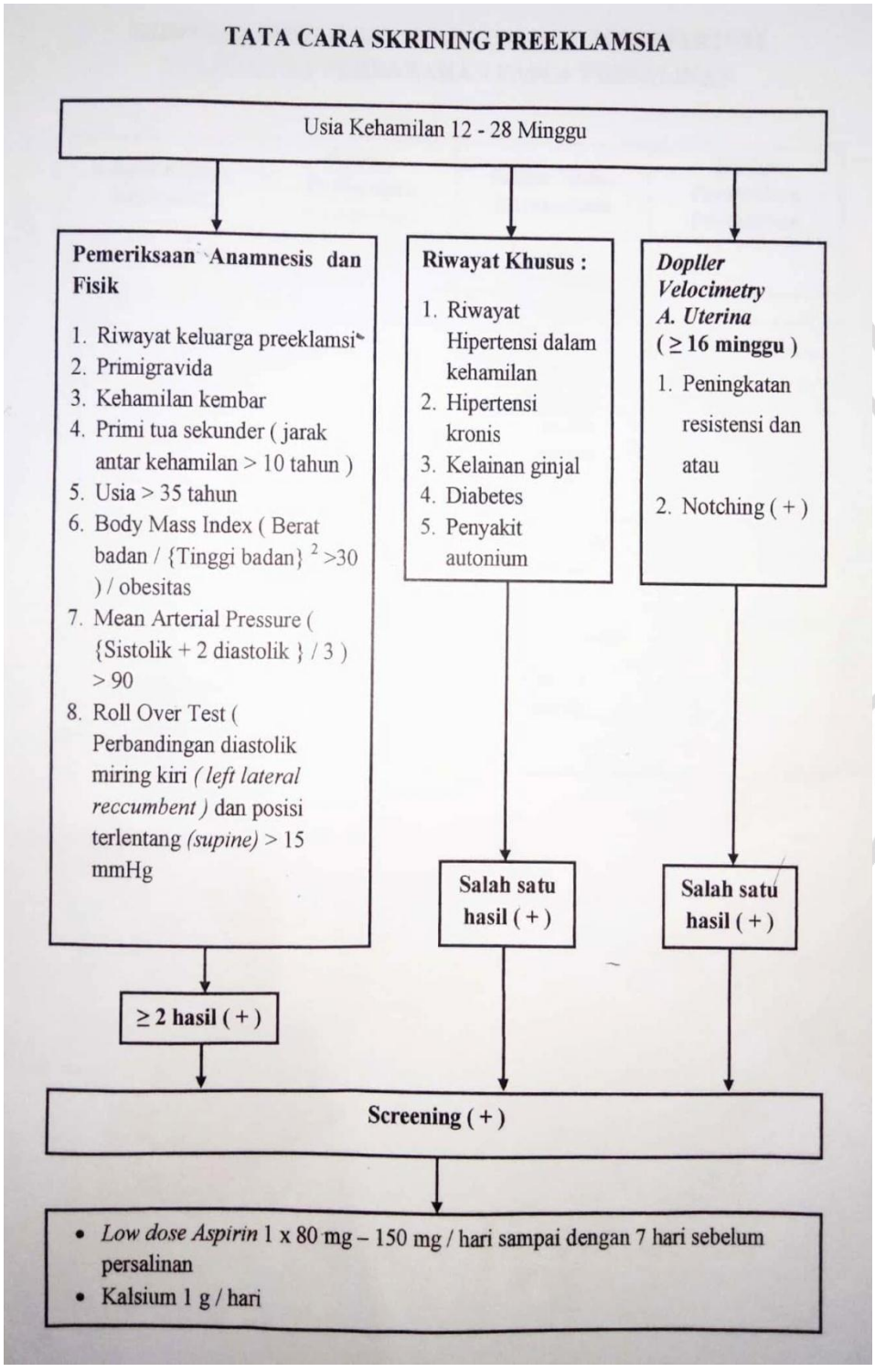


Gambar 2.4 Kartu Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

Sumber: Soedarto, Dinkes Jatim 2016

3) Skrining Pre Eklampsia (PEDANG)

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



SKRINING RESIKO ANTEPARTUM DAN INTRAPARTUM TERJADINYA PERDARAHAN PASCA PERSALINAN

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

Gambar 2.5 skrining pre eklamsia

Sumber:kemenkes 2015

2.2.12 Pelayanan Kehamilan di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut Kemenkes RI (2020).

1. Pelaksanaan progam berdasarkan zona wilayah

Tabel 2.5 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 (megikuti 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 spesialistik 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 mengkonsumsi 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 pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang sudah cukup bulan atau bisa hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Saiffudin, 2014).

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

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

2.3.2 Bentuk Persalinan

Menurut Manuaba (2014), bentuk persalinan menurut definisi adalah sebagia berikut:

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

2.3.3 Tanda dan Gejala Persalinan

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

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

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

1. Penipisan dan pembukaan serviks.

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

2.3.4 Deteksi dini masa persalinan

Menurut Affandi (2017),

1. Penapisan

deteksi dini masa persalinan dapat dilakukan sebagai berikut:

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

Tabel 2.6 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala I

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	**Rencana untuk asuhan atau perawatan**
Riwayat Bedah sesar:	1. Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan Semangat
Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah: (show)	Jangan lakukan periksa dalam 1. Baringkan Ibu ke sisi kiri 2. Pasang infus menggunakan jaum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat/garam fisiologis (NS). 3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan.
Kurang dari 37 minggu: (persalinan kurang bulan)	1. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memilikipenatalaksanaan gawat darurat obstetri dan neonatal. 2. Dampingin Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukngan dan semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental:	1. Baringkan Ibu miring kiri 2. Dengarkan Denyut jantung janin (DJJ)

	3. Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar 4. Dampingi Ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir Delee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untuk antisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan.
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin:	1. Dengarkan DJJ, Jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai
Ketubah pecah (lebih dari 24 jam): atau Ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi < 37 minggu	1. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri 2. Dampingi Ibu ke tempat rujukan,berikan dukungan dan semangat.
Tanda-tanda atau gejala infeksi : 1. Temperatur > 38 0 C 2. Menggigil 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan Ketuban berbau	3. Segera rujuk ke RS rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tekanan darah lebih dari 160/110, dan atau terdapat protein dalam urin: (pre eklamsia berat)	1. Baringkan ibu miring kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgS04 atau 40% IV (5-8 menit) 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tinggi fundus 40 cm atau lebih: (Makrosomnia, polihidramnion posisi, kehamilan ganda)	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat *Alasan: polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir.*
Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit: (Gawat janin)	1. Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur.

	2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/ 3. Segera rujuk ibu ke RS Rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan.
Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5:	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesarea 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Presentasi bukan belakang kepala: (sungsang, letak lintang, dll)	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
Presentasi ganda: (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	1. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
Tali pusat menumbung:(Jika tali pusat masih berdenyut)	1. Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi, masukkan jari telunjuk dan tengah ke vagina, dorong kepala menjauhi tali pusat yang menumbung atau ibu diposisiskan sujud/menungging dan dada menempel di kasur (minta keluarga membantu. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
Tanda dan gejala syok : 1. Nadi cepat, lemah (> 100 x/menit) 2. Tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg) 3. Pucat 4. Berkeringat atau kulit lembab, dingin 5. Nafas cepat (lebih dari 30 kali per menit) 6. Delirium atau tidak sadar 7. Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml per jam)	1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala. 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) . infuskan 1 liter dalam waktu 15-20 menit : dilanjutkan dengan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian turunkan tetesan menjadi 125 ml/jam. 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan :	1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan

1. Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam 2. Kontraksi > 2 dalam 10 menit	2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tanda dan gejala belum inpartu : 1. Frekensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik 2. Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam	1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan 2. Anjurkan ibu untuk begerak bebas 3. Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang dan dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar: a. Cukup makan dan minum b. Kembali jika frekuensi dan lama dan kontraksi meningkat
Tanda dan gejala inpartu lama : 1. Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf) 2. Pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam. 3. Frekuensi, kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit.	1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memilik penatalaksanaan gawat darurat obstetri. 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

Tabel 2.7 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala II

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
Tanda dan gejala syok: 1. Nadi cepat, isi kurang (100x/menit atau lebih) 2. Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg) 3. Pucat pasi 4. Berkeringat atau dingin, kulit lembab 5. Nafas cepat (>30x/menit) 6. Cemas, binggung atau tidak sadar 7. Produksi urin sedikit (<30 cc/jam)	1. Baringkan miring kekiri 2. Naikkan kedua kaki untuk meningkat aliran darah kejantung 3. Pasang infus mengunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS infuskan satu L dalam 15-20 menit: jika mungkin infuskan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian 125/jam 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala dehidrasi: 1. Nadi cepat (100x/menit atau lebih) 2. Urin pekat 3. Produksi urin(>30cc/jam)	1. Anjurkan untuk minum 2. Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di partograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu 1 jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 4. Dampingi ibu ketempat rujukan

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
Tanda atau gejala infeksi: 1. Nadi cepat (110x/menit atau lebih) 2. Suhu lebih >38^{o}C 3. Menggigil 4. Air ketuban atau cairan vagina yang berbau	1. Baringkan miring kekiri 2. Psang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125cc/jam 3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala preeklamsi: 1. Tekanan darah diastolic 90-110 mmHg 2. Protein urinaria hingga 2+	1. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat diantara kontraksi atau meneran). 2. Miring kekiri dan cukup istirahat. 3. Bila gejala bertambah berat maka tatalaksana sebagai preeklamsi berat.
Tanda atau gejala Pre-eklamsi berat atau eklampsia: 1. Tekanan darah diastolic 110 mmHg atau lebih 2. Tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih dengan kejang 3. Nyeri kepala 4. Gangguan penglihatan 5. Kejang (eklampsia)	1. Baringkan miring kekiri. 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 3. Berikan dosis awal 4 G MgSO4 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit. 4. Berikan dosis pemeliharaan MgSO4 40%, 1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK. Dampingi ibu ketempat rujukan.
Tanda-tanda inersia uteri: 1. Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik	1. Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan. 2. Anjurkan untuk minum. 3. Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan >6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT) 4. Stimulasi putting susu. 5. Kosongkan kandung kemihnya. 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan. 7. Dampingi ibu ketempat rujukan.
Tanda gawat janin: 1. DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit, mulai waspada	1. Baringkan miring kekiri, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran
Tanda awal gawat janin : 1. DJJ kurang dari 100 atau lebih 180 x/menit	1. Nilai ulang DJJ setelah 5 menit: a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
	setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. b. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obtetri dan bayi baru lahir c. Dampingi ibu ketempat rujukan
1. Kepala bayi tidak turun	1. Minta ibu meneran jongkok/berdiri. 2. Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi
Tanda-tanda distosia bahu: 1. Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar. 2. Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali kedalam vagina (kepala'kura-kura') 3. Bahu bayi tidak dapat lahir	Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan): 1. Prasat Mc Robert 2. Prolong Mc Robert (menungging) 3. Anterior dysiempact 4. Perasat Corkscrew dari Wood 5. Perasat Schwartz-Dixon
Tanda-tanda cairan ketuban bercampur meconium: 1. Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung meconium)	1. Nilai DJJ: a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. b. Jika DJJ tidak normal, tangani sebagai gawat janin (lihat diatas). 2. Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisab lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee DTT/steril) atau bola karet (penghisap (baru dan bersih). 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

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
	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.

Sumber : Affandi, 2017

Tabel 2.8 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, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), guyur RL atau NS dan 20 unit oksitosin 30 tetes permenit 4. Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan

Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan	Rencana Asuhan atau Perawatan
	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
Tanda atau gejala avulsi (putus) : 1. Talipusat putus 2. Plasenta tidak lahir	1. Nilai kontraksi melalui palpasi uterus 2. Minta ibu meneran jika ibu ada kontraksi
	3. Lahirkan plasenta dengan PTT dan tekanan dorso kranial 4. Lakukan masase setelah plasenta lahir 5. Jika setelah 30 menit bayi lahir dan MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta
Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan : **1.** Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali **2.** Selaput ketuban tidak lengkap **3.** Perdarahan pasca persalinan **4.** Uterus berkontraksi	1. Lakukan periksa dalam, keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan masase uterus : Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa danya separasi parsial atau robekan jalan lahir.
Tanda atau gejala atonia uteri : **1.** Perdarahan pasca persalinan **2.** Uterus lembek dan tidak berkontraksi	1. Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri
Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau servik : **1.** Perdarahan pasca persalinan **2.** Plasenta lengkap **3.** Uterus berkontraksi	1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir 2. Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2 lakukan penjahitan 3. Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks : a. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS. b. Segera rujuk ibu ke RS PONEK c. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda atau gejala syok: 1. Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit 2. Sistolik kurang dari 90 mmHg 3. Pucat 4. Keringat dingin, kulit lembab 5. Nafas cepat lebih dari 30x/menit 6. Delirium atau tidak sadar	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

Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan	Rencana Asuhan atau Perawatan
7. Produksi urine kurang dari 20 cc/jam	6. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala dehidrasi: **1.** Nadi lebih dari 100x/ menit **2.** Temperatur lebih dari 38°C **3.** Urine pekat **4.** Produksi urine sedikit (20 cc/jam)	1. Anjurkan ibu untuk minum 2. Nilai kondisi setiap 15 menit (jam pertama) dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca persalinan 3. Jika dalam jam pertama kondisi tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL atau NS 500 cc/jam Jika temperatur ibu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda atau gejala infeksi : 1. Nadi lebih dari 100x/menit 2. Temperatur tubuh lebih dari 38°C 3. Keringat dingin 4. Lochea berbau	1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS 500 cc/jam 3. Berikan ampisilin atau amoxcilin 2 G/ oral 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda – gejala preeklamsia ringan : **1.** Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg **2.** Protenuria	1. Nilai TD setiap 15 menit (pada saat beristirahat diantara kontraksi dan meneran). 2. Jika diastolik > 110 mmHg, pasang infus, berikan RL/NS 100 cc/jam 3. Baringkan miring kekiri 4. MgSO4 4 G dilanjutkan 1 G per jam dan nefidipin 10 mg 5. Rujuk ke RS PONEK
Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia: 1. Sistolik > 160 mmHG 2. Diastolik 110 mmHG 3. Kejang	1. Baringkan miring kekiri 2. Pasang infus dan berikan RL/NS 100 cc/jam 3. 20 cc MgSO4 20 % IV 8-10 menit dan lanjutkan dengan MgSO4 1 g/jam melalui infus 4. Segera rujuk ke RS PONEK
Tanda dan gejala kandung kemih penuh : **1.** Teraba bantalan air supra shympisis **2.** Tinggi fundus diatas pusat **3.** Uterus terdorong kekanan	1. Kosongkan kandung kemih • Masagge uterus hingga berkontraksi baik 2. Jika tidak dapat berkemih, kateteresasi dengan teknik aseptik • Kemudian dengan massage uterus hingga berkontraksi baik 3. Jika ibu mengalami perdarahan, periksa penyebabnya.

Sumber : Affandi, 2017

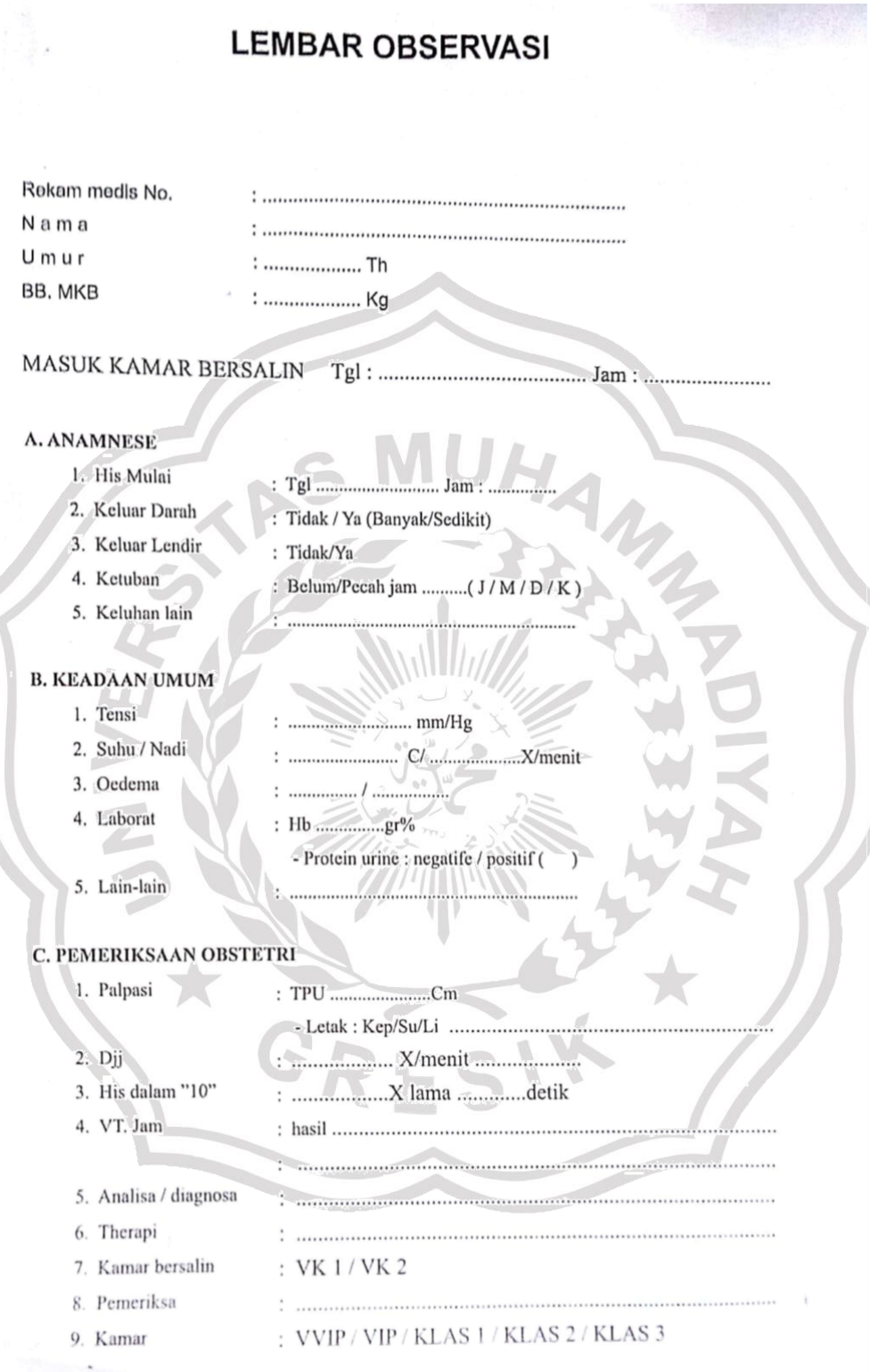
1. PENAPISAN IBU BERSALIN DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

Klasifikasi	YA	TIDAK
1. Riwayat Bedah Sesar		
2. Perdarahan Pervaginam		
3. Persalinan Kurang Bulan (<37 mg)		
4. Ketuban Pecah Dengan Mekonium yang kental		
5. Ketuban Pecah Lama (lebih 24 jam)		
6. Ketuban Pecah Pada Persalinan Krang Bulan (<27 mg)		
7. Ikterus		
8. Anemia Berat		
9. Tanda/Gejala Infeksi		
10. Pre eklamasi / Hypertensi dalam Kehamilan		
11. TFU 40 cm atau Lebih		
12. Gawat Janin		
13. Primi Para Fase aktif dengan Palpasi Kepala Janin masih 5/5		
14. Preseintasi Belakang Kepala		
15. Presentasi Ganda		
16. Kehamilan Gemeli		
17. Tali pusat Menumbung		
18. Syok		

Gambar 2.6 lembar penapisan

Sumber : (Affandi, 2017)

2. OBSERVASI



LEMBAR OBSERVASI

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

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

A. ANAMNESE

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

B. KEADAAN UMUM

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

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

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

Gambar 2.7 lembar observasi

3. Partograf

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

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

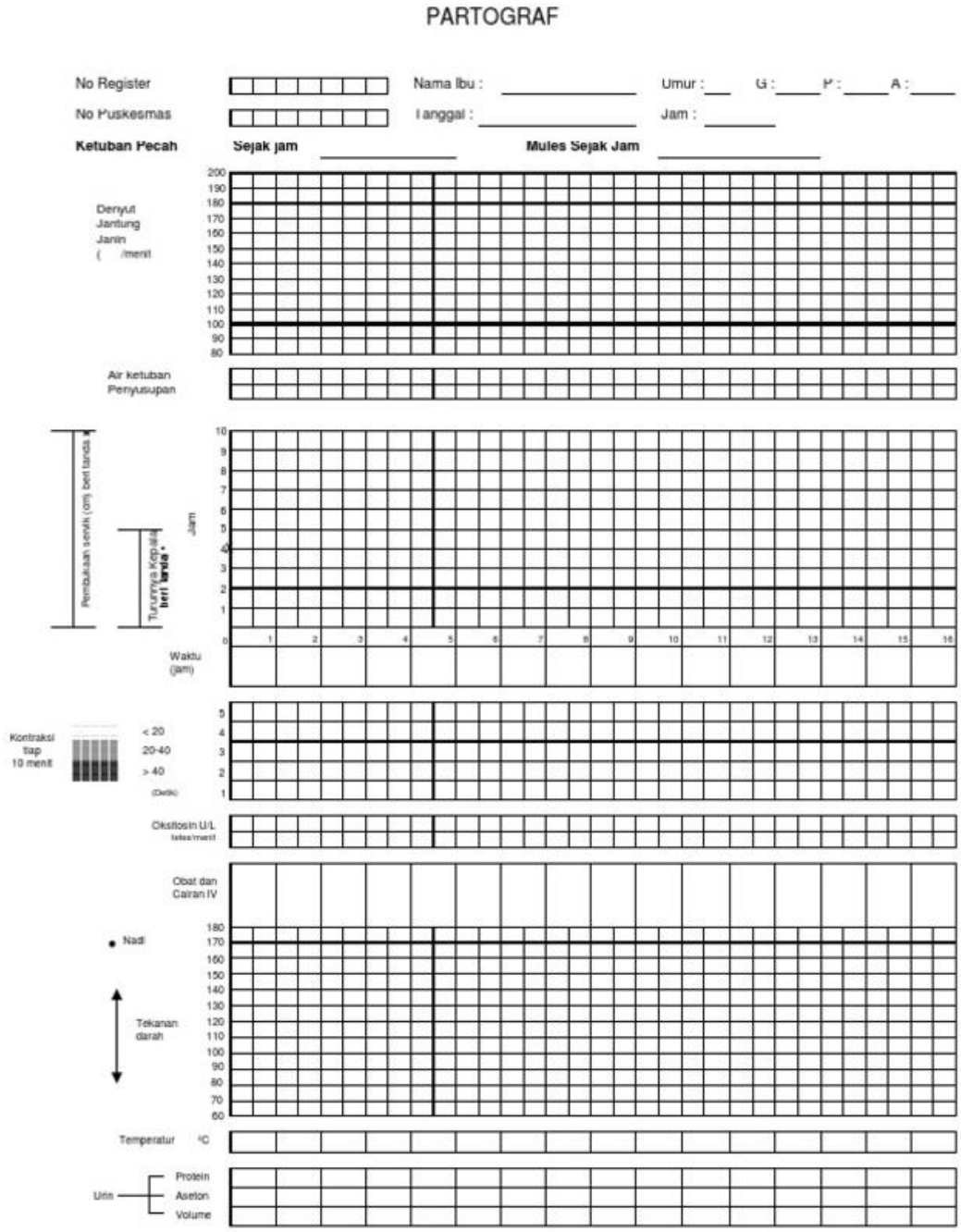
Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

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

Partograf harus digunakan:

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

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



Sumber: Affandi, 2017.

CATATAN PERSALINAN

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

KALA I

9. Partograf 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 — Dukun
    Keluarga — Tidak ada
    Teman
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:
24. Rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri ?
    Ya
    Tidak, alasan:
    a.
    b.
26. Plasenta tidak lahir >30 menit: Ya / Tidak
    Ya, tindakan:
    a.
    b.
    c.
27. Laserasi:
    Ya, dimana
    Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat: 1 /2 /3 /4
    Tindakan:
    Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    Tidak dijahit, alasan:
29. Atonia uteri:
    Ya, tindakan:
    a.
    b.
    c.
    Tidak
30. Jumlah perdarahan: ml
31. Masalah lain, sebutkan:
32. Penatalaksanaan masalah tersebut:
33. Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan gram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin: L / P
37. Penilaiannya bayi baru lahir: baik / ada penyulit
38. Bayi lahir:
    Normal, tindakan:
    Mengeringkan
    Menghangatkan
    Rangsangan taktil
    Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    Tindakan pencegahan infeksi mata
    Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
    Mengeringkan — Menghangatkan
    Rangsangan taktillain-lain, sebutkan
    Bebaskan jalan napas
    Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    Cacat bawaan, sebutkan:
    Hipotermia, tindakan:
    a.
    b.
    c.
39. Pemberian ASI
    Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
    Tidak, alasan:
40. Masalah lain, sebutkan:

Hasilnya:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

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

25. Plasenta lahir lengkap (intact) : Ya / Tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:

Gambar 2.8 Partograf

Sumber: Affandi, 2017.

2.3.5 Proses persalinan

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

I. Kala I

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

a. Fase Laten

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

b. Fase Aktif di bagi dalam 3 fase :

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

II. Kala II

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

a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya.

c. Perineum menonjol.

d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

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

III. Kala III

Persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan:

a. Lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

   Tanda-tanda lepasnya plasenta:

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

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

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

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

IV. Kala IV

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

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

2.3.6 Mekanisme Persalinan

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

hampir 95% janin berada dalam uterus dengan presentasi kepala dan pada presentasi kepala ini ditemukan kurang lebih 58% ubun-ubun kecil terletak di kiri

depan, kurang lebih 23% di kanan depan, kurang lebih 11% di kanan belakang, dan kurang lebih 8% di kiri belakang. Keadaan ini mungkin disebabkan terisinya ruangan disebelah kiri belakang oleh kolon sigmoid dan rektum.

Menjadi pertanyaan mengapa janin dalam presentasi yang tinggi berada dalam uterus dengan presentasi kepala, keadaan ini mungkin disebabkan kepala relatif lebih besar dan lebih berat. Mungkin pula bentuk uterus sedemikian rupa sehingga volume bokong dan ekstremitas yang lebih besar berada di atas, di ruangan yang lebih luas, sedangkan kepala berada di bawah, di ruangan yang lebih sempit. Ini dikenal dengan teori akomodasi. Dalam mempelajari mekanisme persalinan, imaginasi *stereometrik* kepala janin dan ruang panggul harus benar-benar difahami.

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

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

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

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

Didalam hal mengadakan rotasi ubun-ubun kecil akan berputar kearah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil di bawah simfisis, dan dengan

suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada tiap his vulva lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum, dengan kekuatan his Bersama dengan kekuatan mengejan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka, dan akhirnya dagu.

Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar. Putaran paksi luar ini ialah gerakan kembali ke posisi sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak. Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dahulu, baru kemudian bahu belakang. Demikian pula dilahirkan trokanter depan terlebih dahulu, baru kemudian trokanter belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya.

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

2.3.7 Perubahan Fisik dan Psikologi Persalinan

A. Menurut Prawirohardjo (2016), perubahan fisik persalinan sebagai berikut:

1. Uterus

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

   Dengan palapsi abdomen kedua segmen dapat dibedakan ketika terjadi kontraksi, sekalipun selaput ketuban belum pecah. Segmen atas uterus cukup kencang atau keras, sedangkan konsistensi segmen bawah uterus jauh kurang kencang. Segmen atas uterus merupakan

bagian uterus yang berkontraksi secara aktif, segmen bawah adalah bagian yang di regangkan, normalnya jauh lebih pasif.

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

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

2. Serviks

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

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

Pendataran serviks atau obliterasi adalah pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar

dengan tepi hampir setipis kertas. Proses ini disebut sebagai pendataran (effacement) dan terjadi dari atas ke bawah. Serabut-serabut otot setinggi os serviks internum di tarik ke atas, atau dipendekkan, menuju segmen bawah uterus, sementara kondisi os eksternum untuk sementara tetap tidak berubah.

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

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

3. Vagina dan dasar panggul

Jalan lahir di sokong dan secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah musculus levator ani dan fasia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat dianggap sebagai dasar panggul. Ketebalan musculus levator ani bervariasi 3 sampai 5 mm meskipun rectum dan vagina agak tebal.

Pada kala I persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun, setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya di hasilkan oleh tekanan yang di berikan oleh bagian terbawah janin. Ketika perinium teregang maksimal, anus menjadi jelas membuka dan terlihat sebagai lubang berdiameter 2 sampai 3 cm dan di sini dinding anterior rektum menonjol.

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

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

2.3.8 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

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

1) Mobilisasi

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

2) Pemberian Cairan dan Nutrisi

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

3) Personal Hygiene

   Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau

lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin, Anjurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi atau lakukan kateterisasi.

2.3.9 Tanda bahaya persalinan

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.

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

1. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I menurut Affandi (2017), adalah:
   a. Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah.
   b. Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan).
   c. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.
   d. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.
   e. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
   f. Infeksi (temperature > 38 oC, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
   g. Tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urine (Pre-eklampsia berat).
   h. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
   i. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).
   j. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
   k. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).

l. Presentasi ganda (majemuk).
m. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
n. Syok (nadi cepat lemah lebih dari 110x/menit, tekanan darah sistolik menurun, pucat, berkeringat dingin, napas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urin kurang dari 30 ml/jam).
o. Fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit).
p. Partus lama (pembukan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam, frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik).

2. Tanda bahaya dan komplikasi kala II

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

a. syok (Nadi cepat lemah atau lebih dari 100 x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat pasi, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
b. Dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam).
c. Infeksi (Nadi cepat 110x/menit atau lebih, temperatur suhu > 38° C, menggigil, cairan ketuban berbau).
d. Pre-eklampsia ringan (Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria hingga 2+).
e. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (Tekanan darah sistolic 110 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan kejang).
f. Inersia uteri (kontraksi kurang dari 3x dalam waktu 10 menit lamanya kurang dari 40 detik).
g. Gawat janin (djj kurang dari 120x/menit dan lebih dari 160x/menit).
h. Distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putak paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina, bahu bayi tidak lahir).
i. Cairan ketuban bercampur mekonium ditandai dengan warna ketuban hijau.

j. Tali pusat menumbung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam).
k. Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).

3. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV

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

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

2.3.10 Standar Asuhan Persalinan

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

1. Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I.

   Pernyataan standar : Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai dengan memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.
2. Standar 10 : Persalinan Kala II Yang Aman

   Pernyataan standar : Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman,sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.
3. Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

   Pernyataan standar : Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.
4. Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi. Pernyataan standar : Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

2.3.11 Pelayanan Persalinan Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut Kemenkes (2020).

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. Kondisi ibu saat inpartu.
c. Status ibu dikaitkan dengan COVID-19
   1) Persalinan di RS Rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status: suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID19 (penanganan tim multidisiplin).
   2) 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.

3) 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).

3. Rujukan terencana untuk:

a. Ibu yang memiliki risiko pada persalinan dan

b. Ibu hamil dengan status Suspek dan Terkonfirmasi COVID-19

4. Ibu hamil melakukan isolasi mandiri minimal 14 hari sebelum taksiran persalinan atau sebelum tanda persalinan.

5. Pada zona merah (risiko tinggi), orange (risiko sedang), dan kuning (risiko rendah), ibu hamil dengan atau tanpa tanda dan gejala COVID-19 pada H-14 sebelum taksiran persalinan dilakukan skrining untuk menentukan status 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.

6. Pada zona hijau (tidak terdampak/tidak ada kasus), skrining COVID-19 pada ibu hamil jika ibu memiliki kontak erat dan atau gejala.

7. 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).

8. 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.

9. Hasil skrining COVID-19 dicatat/dilampirkan di buku KIA dan dikomunikasikan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat rencana persalinan.

10. 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) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2015).

2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

Menurut (Mochtar, 2015), perubahan fisik yang terjadi pada seorang ibu nifas antara lain:

1) Uterus

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

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

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

3) Luka-luka

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

4) Rasa nyeri

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

5) Lokhia

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

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

6) Serviks

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

7) Ligamen-ligamen

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

2.4.3 Perubahan psikologis

Menurut (Maryunani, 2015), Perubahan Psikologi Ibu Nifas antara lain:

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

c) Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga pada dirinya.
d) Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya.
e) Ibu berusaha untuk terampil dalam perawatan bayi baru lahir (misalnya memeluk, menyusul, memandikan dan mengganti popok).

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

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

2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Bidan dan (Runjati, 2018), kebutuhan dasar pada ibu nifas yaitu sebagai berikut :

1. Nutrisi dan cairan

   Pada masa nifas, ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan kalori sebesar 500 kal/hari, menu makanan gizi seimbang yaitu cukup protein, mineral dan vitamin. Ibu nifas dianjurkan untuk minum air minimal 3 liter/hari, mengkonsumsi suplemen zat besi minimal selama 3 bulan

postpartum. Segera setelah melahirkan, ibu mengkonsumsi suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU.

2. Mobilisasi

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

3. Eliminasi

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

4. Kebersihan diri

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

5. Istirahat

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

6. Seksual

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

2.4.5 Tanda bahaya Nifas

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

1. Perdarahan pascapersalinan

   Perdarahan pasca persalinan atau perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir dengan jumlah darah ≥500 ml atau jumlah perdarahan yang keluar melebihi normal berpotensi memengaruhi perubahan tanda-tanda vital (sitolik <90 mmHg, nadi >100 denyut/menit), pasien lemah, kesadaran menurun, berkeringat dingin, menggigil, hiperkapnia, dan kadar Hb <8 g%. Perdarahan post partum dibagi menjadi 2, yaitu perdarahan primer yang terjadi pada 24 jam pertama postpartum dan perdarahan sekunder yang terjadi setelah 24 jam postpartum. njjdPenyebab perdarahan belum diketahui dengan pasti tetapi faktor yang memungkinkan terjadinya perdarahan post partum (Kemenkes, RI, 2018), yaitu sebagai berikut:

   a) Terjadinya trauma pada saat ibu hamil atau melahirkan seperti ibu hamil dengan bekas SC, episiotomi, persalinan pervaginam dengan forcep dan histerektomi.
   b) Adanya kelainan pada saat plasenta berimplantasi di uterus seperti plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta/inkreta/perkreta, kehamilan ektopik dan molahidatidosa.
   c) Uterus mengalami overdistensi (makrosomia, kehamilan kembar, hidramnion atau bekuan darah) yang menyebabkan hilangnya kontraksi uterus.
   d) Memiliki riwayat persalinan dengan komplikasi (persalinan lama, persalinan terlalu cepat, riwayat atonia sebelumnya dan koriamnionitis).
   e) Adanya gangguan pembekuan darah (koagulasi).

2. Infeksi masa nifas

   Infeksi nifas adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah persalinan ditandai dengan adanya kenaikansuhu sampai 38oC atau

lebih yang terjadi antara hari kedua sampai kesepuluh postpartum, suhu diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi pada masa nifas yaitu :

a) Anemia
b) Malnutrisi atau kurang gizi
c) Kelelahan
d) Personal hygine yangkurang baik
e) Persalinan dengan masalah
f) Kurangnya tindakan aseptik saat penolong melakukan tindakan.

3. Keadaan Abnormal pada Payudara

Pada masa nifas dapat terjadi keadaan yang abnormal pada payudara karena beberapa sebab, yaitu:

a) Puting susu lecet atau luka

Cara mengatasi:

a) Bayi disusui terlebih dahulu pada puting yang tidak lecet
b) Jangan menggunakan bahan bahan seperti sabun atau alkohol pada puting
c) Sehabis menyusu tidak perlu dibersihkan cukup dianginkan
d) Bubuhkan minyak kelapa pada puting susu
e) Menyusui dilakukan lebih sering 8-12 kali dalam 24 jam

b) Payudara bengkak

Cara mengatasi:

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

1. Puting susu datar dan tertanam

Cara mengatasinya puting susu ditarik tarik sampai menonjol, kalau perlu dengan bantuan pompa susu.

2. Eklampsia dan Pre eklampsia

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

Diagnosis:

a. Preeklampsia berat
    a) Tekanan darah >160/110 mmHg paa usia kehamilan >20 minggu
    b) Hasil tes celup urine menunjukkan proteinuria ≥2+ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil >5 g/ 24 jam
    c) Adanya gejala lain yang menyertai seperti: trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemolisis mikroangiopati , peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran kanan atas, sakit kepala, skotomata penglihatan, pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, edema paru, dan oliguria (<500 ml/24jam)
b. Eklampsia
    a) Kejang umum dan/atau koma
    b) Ada tanda dan gejala preeklampsia
    c) Tidak ada kemungkinan penyebab lain (mis. Epilepsi, perdarahan subrakhnoid, dan meningitis)

3. Nyeri perineum

Setiap ibu yang telah menjalani proses persalinan dengan mendapatkan luka perineum akan merasakan nyeri, sehingga menyebabkan banyak masalah diantaranya subinvolusi uterus, pengeluaran lokhea yang tidak lancer, dan perdarahan pascapartum. Nyeri akibat luka perineum yang dirasakan oleh setiap ibu nifas berbeda – beda apalagi dalam 2 jam post partum merupakan beban yang dialami ibu.

Penanganan nyeri perineum dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi. Penanganan nyeri secra farmakologi yaitu dengan memberikan analgesik oral (parasetamol 500 mg tiap 4 jam atu jika perlu), sedangkan penanganan secara non farmakologi antara lain :

a. Menganjurkan untuk mandi dengan air es. Sensasi dingin menyebabkan terjadi pelepasan endofrin sehingga sehingga terjadi penurunan rasa nyeri.

b. Cold therapy dengan menggunakan es melalui kompres dingin atau pijat es.

4. Nyeri punggung

Nyeri punggung merupakan gejala pascapartum jangka panjang yang sering terajdi. Penyebabnya adalah bertambahnya berat badan, perubahan bentuk tubuh, perubahan hormon dan stress.

2.4.6 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

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

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

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

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

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

2. Kebijakan Pelayanan

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

Tabel 2.10 Frekwensi kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir Menjaga bayi tetap sehat dengan cara f. mencegah hipotermia Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari	a. Memastikan Involusi uterus berjalan normal : setelah Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, persalinan 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
3	2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal: Uterus setelah berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada persalinan 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

Kunjungan	Waktu	Tujuan
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit setelah yang ia atau bayi alami persalinan b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber : (Saifuddin, 2014)

2.4.7 Pelayanan Masa Nifas Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut Kemenkes (2020)

1. Pelayanan Pasca Salin (ibu nifas dan bayi baru lahir) dalam kondisi normal tidak terpapar COVID-19.

Tabel 2.11 Pelayanan Pasca Salin Berdasarkan Zona

<table>
<tr><th>Jenis pelayanan</th><th>Zona Hijau (Tidak Terdampak/ Tidak Ada Kasus)</th><th>Zona Kuning (Risiko Rendah), Orange (Risiko Sedang), Merah (Risiko Tinggi)</th></tr>
<tr><td>Kunjungan 1: 6 jam – 2 hari setelah persalinan</td><td colspan="2">Kunjungan nifas 1 bersamaan dengan kunjungan neonatal 1 dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</td></tr>
<tr><td>Kunjungan 2: 3 – 7 hari setelah persalinan</td><td rowspan="3">Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan. Apabila diperlukan, dapat dilakukan kunjungan ke Fasyankes dengan didahului janji temu/teleregistrasi.</td><td rowspan="3">Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : dilakukan melalui media komunikasi/ secara daring, baik untuk pemantauan maupun edukasi. Apabila sangat diperlukan, dapat dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan, baik tenaga kesehatan maupun ibu dan keluarga.</td></tr>
<tr><td>Kunjungan 3: 8 – 28 hari setelah persalinan</td></tr>
<tr><td>Kunjungan 4: 29 – 42 hari setelah persalinan</td></tr>
</table>

Sumber : Kemenkes, (2020)

2. 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.

3. 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.
4. Ibu nifas dan keluarga diminta mempelajari dan menerapkan buku KIA dalam perawatan nifas dan bayi baru lahir di kehidupan seharihari, termasuk mengenali tanda bahaya pada masa nifas dan bayi baru lahir. Jika ada keluhan atau tanda bahaya, harus segera memeriksakan diri dan atau bayinya ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
5. KIE yang disampaikan kepada ibu nifas pada kunjungan pasca salin (kesehatan ibu nifas):
   a. Higiene sanitasi diri dan organ genitalia.
   b. Kebutuhan gizi ibu nifas.
   c. Perawatan payudara dan cara menyusui.
   d. Istirahat, mengelola rasa cemas dan meningkatkan peran keluarga dalam pemantauan kesehatan ibu dan bayinya.
   e. KB pasca persalinan: pada ibu suspek, probable, atau terkonfirmasi COVID-19, pelayanan KB selain AKDR pascaplasenta atau sterilisasi bersamaan dengan seksio sesaria, dilakukan setelah pasien dinyatakan sembuh.

2.5 Konsep dasar bayi baru lahir

2.5.1 Pengertian

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

2.5.2 Tanda-Tanda BBL Normal

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

1. Dilahirkan pada usia kehamilan 37 – 42 minggu
2. Berat badan lahir 2500 – 4000 gram
3. Panjang badan 48 – 52 cm
4. Lingkar kepala 33 – 35 cm

5. Lingkar dada 30 – 38 cm
6. Frekuensi jantung 120 – 160 denyut/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. Genetalia: Labia mayora sudah menutupi labia minora (perempuan), kedua testis sudah turun kedalam skrotum (laki – laki)
12. Refleks bayi sudah terbentuk dengan baik
13. Bayi berkemih dalam 24 jam pertama
14. Pengeluaran mekoneum dalam 24 jam pertama.

Menurut (Mochtar, 2015), Klasifikasi klinik nilai APGAR adalah:

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

Tabel 2.7 Sumber : (Mochtar, 2015)

2.5.3 Masa Transisi BBL

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

1. Periode reaktifitas pertama

   Periode reaktifitas pertama dimulai pada saat bayi lahir dan berlangsung selama 30 menit. Pada saat tersebut, jantung bayi baru lahir berdenyut cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir

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

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

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

2. Periode tidur yang tidak berespons

Tahap kedua transisi berlangsung dari sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung bayi baru lahir menurun selama periode ini hingga kurang dari 140 kali per menit. Murmur dapat terdengar, ini semata-mata merupakan indikasi bahwa duktus anteriosus tidak spenuhnya tertutup dan dipertimbangkan sebagai temuan abnormal. Frekuensi pernapasan bayi lebih lambat dan tenang. Bayi berada pada tahap tidur nyenyak. Bising usus ada, tetapi kemudian berkurang. Apabila memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu

untuk pemeriksaan-pemeriksaan mayor atau untuk dimandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrauteri.

3. Periode reaktifitas kedua

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

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

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

2.5.4 Kebutuhan Dasar BBL

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

1. Pencegahan Infeksi

   BBL sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme atau terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Untuk tidak menambah 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 penghisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih darisatu bayi. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan sudah dalam keadaan bersih.

c. Persiapan Tempat

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

2. Penilaian awal BBL

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

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

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

3. Mencegah kehilangan panas

   a. Keringkan bayi dengan seksama

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

4. Merawat tali pusat

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

5. Pemberian ASI

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

6. Pencegahan infeksi pada mata

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

7. Profilaksis perdarahan bayi baru lahir

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

8. Pemberian imunisasi Hepatitis B

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

2.5.5 Tanda Bahaya BBL

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

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

6. Sianosis sentral

2.5.6 Standar Asuhan BBL

1. Standar Pelayanan minimal

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

   a. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

      1) Tujuan

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

      2) Pernyataan Standar

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

2. Kebijakan Pelayanan

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

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

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

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

c. Pencegahan infeksi, BBL sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya : Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan, pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT. Jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
d. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi. Periksa ulang pernafasan, bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu, membersihkan jalan nafas, hangat, kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.
e. Pemotongan dan perawatan tali pusat. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.
f. Waktu pemeriksaan bayi baru lahir: Bayi baru lahir sebelum usia 6 jam, usia 6-48 jam, usia 3-7 hari, minggu ke 2 pasca lahir.
g. Pemeriksaan Fisik bayi baru lahir, mulai dari kepala sampai ujung kaki.
h. Imunisasi mencegah penyakit TBC, Hepatitis, Polio, Difteri, Pertusis, Tetanus dan Campak. Bayi baru lahir dan neonatus harus diimunisasi lengkap sebelum berusia 1 tahun. Timbang BB bayi baru lahir dan neonatus sebulan sekali sejak usia 1 bulan sampai 5 tahun di posyandu. Cara menjaga kesehatan bayi yaitu amati pertumbuhan bayi baru lahir dan neonatus secara teratur.
i. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu :
    1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
    2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari.
    3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.
j. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah.

Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.

k. Asuhan 6 - 48 jam setelah bayi lahir
   1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir.
   2) Jaga selalu kehangatan bayi.
   3) Perhatikan intake dan output bayi.
   4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
   5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
   6) Dokumentasikan.

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

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

k. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya
   1) Amatilah bahwa urine dan feses normal.
   2) Periksalah alat kelamin dengan kebersihannya.
   3) Periksa tali pusat.

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

2.5.7 Pelayanan BBL Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut Kemenkes (2020).

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 lahir (0 – 6 jam), 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, 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 dibawa ke Rumah 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 Hipotiroid Kongenital tetap dilakukan. Idealnya, waktu pengambilan spesimen dilakukan pada 48 – 72 jam setelah lahir dan masih dapat diambil sampai 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 dari ibu suspek, probable, atau terkonfimasi COVID-19, tenaga kesehatan menggunakan APD untuk pencegahan 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 disimpan selama maksimal 1 bulan pada suhu kamar.

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.6.1 Pengertian Neonatus

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

Fisiologi neonatus merupakan ilmu yang mempelajari fungsi dan poses vital neonatus. Neonatus adalah individu yang Sedang berumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidaupan ekstrauterin (Nanny Lia Dewi, 2013).

2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

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

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

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

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

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

      Mendengar dan merespon suara antara orang tua dan bayinya sangat penting. Orang tua menunggu tangisan bayinya mereka dengan tegang suara tersebut membuat mereka yakin bahwa bayinya dalam keadaan sehat.
   e) Aroma/Odor (Bau Badan)

      Setiap anak memiliki aroma yang unik dan bayi belajar dengan cepat untuk mengenali aroma susu ibunya. Indera penciuman bayi sangat

kuat, jika seorang ibu dapat memberikan baying ASI pada waktu tertentu.

f) Gaya bahasa (*Entraiment*)

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

3) Kebutuhan Asuh pada Neonatus

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

a. Air susu ibu (ASI) merupakan makanan terbaik untuk bayi sebagai anugrah Tuhan yang Maha Esa.
b. ASI merupakan nutrisi yang paling lengkap untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi
c. ASI mengandung zat gizi yang sangat lengkap, antara lain karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, factor pertumbuhan, hormon, enzim dan kekebalan. Semua zat ini terdapat secara proposional dan seimbang satu dengan lainnya pada ASI.
d. Mandi, untuk menjaga bayi selalu tetap bersih, hangat dan kering. Untuk menjaga kebersihan tubuh bayi, tali pusat,dan memberikan kenyamanan pada bayi.
e. Kebutuhan Asah, asah merupakan stimulasi mental yang akan menjadi cikal bakal proses pendidikan dimana bertujuan untuk mengembangkan mental, kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, moral, produktifitas dan lain-lain.
f. Imunisasi pada neonatus, imunisasi berasal dari kata Imun, kebal atau resistan. Imunisasi berarti pemberian kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh kekebalan tubuh manusia terhadap penyakit tertentu. Proses imunisasi ialah memasukan vaksin atau serum kedalam tubuh manusia, melalui oral atau suntikan

2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

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

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

2) Pernyataan Standar

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

2.6.5 Pelayanan Neonatus di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut Kemenkes, 2020

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 melahirkan dan 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 dasar 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 pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai mahluk seksual. Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan diberikan untuk menjarangkan jarak kehamilan berikutnya setidaknya dalam 2 tahun jika seorang wanita masih merencanakan memiliki anak. Jenis kontrasepsi yang digunakan sama seperti prioritas pemilihan kontrasepsi pada masa interval.

Prinsip utama penggunaan kontrasepsi pada wanita pascasalin adalah kontrasepsi yaitu tidak mengganggu proses laktasi (Affandi, 2015).

2.7.2 Macam Alat Kontrasepsi Efektif

Macam macam metode kontrasepsi yang ada di dalam program KB di Indonesia menuruut (Affandi 2015) antara lain :

1. Pil
   a. Pil Kombinasi
      1) Pengertian

         Merupakan kontrasepsi oral yang mengandung hormone progesterone dan esterogen.

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

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

      4) Indikasi
         a) Usia reproduktif
         b) Telah memiliki anak ataupunyang belum memiliki anak
         c) Gemuk atau kurus
         d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
         e) Setelah melahirkan dan menyusui
         f) Pasca keguguran
         g) Anemia karena haid berlebihan, siklus haid tidak teratur

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

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

5) Kontraindikasi

a) Hamil atau dicurigai hamil

b) Menyusui eksklusif

c) Perdarahan pervaginam yang belum diktehui penyebabnya

d) Penyakit hati akut (hepatitis)

e) Perokok dengan usia > 35 tahun

f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah > 180/110 mmHg, riwayat gangguan factor 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 neurologic fokal (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 panggul, Kelainan jinak pada payudara, Dismenorhea.

7) Keterbatasan
   a) Mahal dan membosankan Karena harus menggunakannya setiap hari
   b) Pusing, Mual, terutama pada 3 bulan pertama
   c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama pada 3 bulan pertama
   d) Nyeri payudara
   e) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif
   f) Berhenti haid, jarang pada pil kombinasi
   g) Tidak boleh diberikan pada perempuan yang menyusui
   h) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Dan Tidak mencegah IMS
8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi
   a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil
   b) Hari pertama samapai 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
9) Tanda Bahaya dan Efek Samping
   a) Sakit perut yang hebat.
   b) Sakit dada yang hebat atau "nafas pendek".
   c) Sakit kepala yang hebat.
   d) Keluhan mata seperti penglihatan kabur atau tidak dapat meIihat.
   e) Sakit tungkai bawah yang hebat (betis atau paha)

b. Pil Kombinasi (Minipil)

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi peroral, di konsumsi sebagai usaha pencegahan kehamilan mengandung hormone 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 sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks, sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba transportasi sperma terganggu.

4) Indikasi

a) Usia reproduktif

b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak

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

d) Pasca persalinan dan tidak menyusui atau pasca keguguran

e) Perokok segala usia

f) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama < 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah

g) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen

5) Kontraindikasi

a) Hamil atau diduga hamil

b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

d) Menggunakan obat TBC atau obat untuk epilepsy

e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

f) Sering lupa menggunakan pil

g) Riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darahMiom uterus, progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus.

6) Kelebihan
   a) Sangat efektif bila digunakan secara teratur
   b) Tidak mengganggu hubungan seksual
   c) Tidak mempengaruhi ASI
   d) Kesuburan cepat kembali
   e) Nyaman dan mudah digunakan
   f) Sedikit efek samping
   g) Dapat dientikan setiap saat
   h) Tidak mengganggu estrogen
7) Waktu Menggunakan Kontrasepsi
   a) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid
   b) Dapat digunakan setiap saat, asal tidak terjadi kehamilan
   c) Bila klien tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil
   d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat
   e) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan, dan klien telah mendapat haid minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid
   f) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu datangnya haid berikutnya
   g) Minipil dapat diberikan segera pascakeguguran
   h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipildiberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain

i) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormone), 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 progesteron dan estrogen.

2) Jenis

a) 25 mg Depo Medroksi Progesteron Asetat dan 5 mg Estradio Sipionat, Diberikan secara IM sebulan sekali (setiap 4 minggu)

b) 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat, Diberikan secara IM sebulan sekali (setiap 4 minggu).

3) Cara kerja

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

4) Indikasi

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

5) Kontraindikasi

a) Hamil atau diduga hamil
b) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
c) Perdarahan pervaginam
d) Usia > 35 tahun yang merokok

e) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg), Penyakit hati akut (virus hepatitis)

f) Riwayat kelainan 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, perdarahanbercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari.

b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.

c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.

d) Efektivitasnya bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy atau obat tuberculosis.

e) Penambahan berat badan.

f) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B, atau infeksi virus HIV.

g) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

8) Waktu Mulai Menggunakan Suntikan Kontrasepsi

a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.

b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari

c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode 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 ataudalam waktu 7 hari.

i) Ibu yang sedang 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, makasuntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakini ibu tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid.

9) Tanda Bahaya dan Komplikasi

a) Pertambahan berat badan yang menyolok.

b) Sakit kepala yang hebat.

c) P erdarahan per - vaginam yang banyak.

d) Depresi.

e) Polyuri.

b. Suntikan Progestin

1) Pengertian

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

2) Jenis

a) Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik Intro Muskuler.

b) Depo Nonsterat Enontat (Depo Nonsterat) yang mengandung 200mg noratin dion anontat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik Intra Muskuler.

3) Cara Kerja

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

4) Indikasi

a) Usia reproduktif

b) Nulipara dan yang telah memiliki anak

c) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

d) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi

e) Setelah melahirkan dan menyusui

f) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi serta sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

g) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

h) Menggunakan obat untuk epilepsy atau obat tuberculosis

i) Tidak dapat mengandung kontrasepsi yg mengandung estrogen

j) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi

5) Kontraindikasi
   a) Hamil atau dicurigai hamil
   b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
   c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorrhea
   d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
   e) Diabetes mellitus disertai komplikasi
6) Kelebihan
   a) Sangat efektif
   b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
   c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami- istri
   d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
   e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
   f) Sedikit efek samping
   g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
   h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
   i) Membantu mencegah kanker endrometrium dan kehamilan ektopik dan Menurunkan kejadian penyakit radang panggul
   j) Menurunkan krisis anemia bulan sabit
7) Keterbatasan
   a) Sering ditemukan gangguan haid
   b) Klien sangat bergantung pada tempat saran pelayanan kesehatan
   c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
   d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
   e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
   f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian suntikan

g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genetalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)
h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang
j) Pada penggunaan jangka panjang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkun libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.

8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin
a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tersebut tidak hamil.
d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan
e) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya
f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang
g) Ibu ingin 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 eferktif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 – 5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council,* yaitu suatu organisasi yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.

b. Jenis

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

1) Jadelle (Norplant II)

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

2) Implanon

Implanon (Organon, Oss, Netherlands) adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggalyang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel), merupakan metabolit desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah

dan aktivitas progestational yang lebih tinggi dari levonorgestrel. Kapsul polimer (*ethylene vinly acetate*) mempunyai tingkat pelepasan hormone yang lebih stabil dari kapsul silatik Norplant sehingga variabilitas kadar hormone dalam serum menjadi lebih kecil.

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

3) Implant lainnya

Nestorone adalah progestin kuat yang dapat menghambat ovulasi dan tidak terikat dengan seks hormone binding globulin (SHBG) serta tanpa efek estrogenic dan androgenic. Nestorone menjadi tidak aktif bila diberikan per oral karena segera di metabolisme dalam hati sehingga aman bagi bayi yang mendapat ASI dari seorang ibu pengguna kontrasepsi hormone 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 tunggal 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. Kontraindikasi

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

f. Kelebihan

1) Daya guna tinggi
2) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)
3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat
4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
5) Bebas dari pengaruh estrogen
6) Tidak mengganggu kegiatan senggama
7) Tidak mengganggu ASI
8) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
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 hari ke-2 sampai hari ke-7
2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
3) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metodekontrasepsilain untuk 7 hari saja
4) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat
5) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja
6) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil.
7) Pasca keguguran implant dapat segera diinsersikan
8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implant, insersi implant dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tidak hamil.
9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implant dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut.
10) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dank lien 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 (lepasnya batang implant dari tempat pemasangan).
4) Infeksi pada daerah pemasangan.
5) Perubahan berat badan.

4. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

a. Pengertian

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

b. Jenis

1) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastic yang fleksibel, berbentuk huruf T diselebungi oleh kawat halus yang 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 terakhirsedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic
   4) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisitis) Penyakit trofoblas yang ganas, diketahui menderita TBC pelvic, Kanker alat genital dan ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm
   5) Kelainan bawah uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
f. Kelebihan
   1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi
   2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
   3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
   4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
   5) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti
   6) Tidak ada efek samping hormonal
   7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
   8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
   9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
g. Keterbatasan
   1) Efek samping yang umum terjadi :
      a) Perubahan siklus haid
      b) Haid lebih lama dan banyak
      c) Perdarahan (spotting) antarmenstruasi
      d) Saat haid lebih sakit
   2) Komplikasi lain :
      a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan

b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
c) Preforasi dinding uterus
d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
e) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
f) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
g) Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan serta sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan AKDR

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

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

5. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)

a. Pengertian

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

1) Menyusui secara penuh *full breast feeding* lebih efektif bila pemberian > 8x sehari.

2) Belum haid
3) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontasepsi lainnya.

b. Cara kerja MAL:

Penundaan/penekanan ovulasi

c. Kelebihan kontrasepsi :

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

d. Keuntungan

1) Untuk bayi
   a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
   b) Sumberasupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
   c) Terhindar dari keterpaparan terhadap terkontaminasi dari air, susu lain atau formula,atau alat minum yang dipakai.
2) Untuk ibu
   a) Menggurangi pendarahan pascapersalinan
   b) Mengurangi resiko anemia
   c) Meningkatkan hubungan spikologi ibu dan bayi.

e. Yang tidak boleh menggunakan MAL

1) Sudah mendapakan haid setelah bersalin
2) tidak menyusui secara ekslusif
3) bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
4) bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam.

5. 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 efekif 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

6. 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 keturunana 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

7. Metode kontrasepsi vasektomi (MOP)

a. Mekanisme

Menghentikan kapasititas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deverens 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) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
3) Masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang juga membutuhkan pengamatan dan pengolahan lebih lanjut.

Tabel 2.13 Daftar Penapisan Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	**Ya Tidak**
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih	
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan	
Apakah mengalami perdarhan/perdarahan bercak Antara haid setelah	
Sanggama	
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata	
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual	
Apakah anda nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai	
bengkak (edema)	
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90	
mmHg (diastolic)	
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara	
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)	
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin).	
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu	

Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.	
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)	
Apakah pernah mengalami penyaakit radang panggul atau kehamilan	
ektopik	
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4jam)	
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)	
Apakah pernah mengalami dismenore berat yang membutuhkan	
analgetika dan/atau istirahat baring	
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid	
atau setelah sanggama	
Apakah pernah mengalami gejala penyait jantung valvular atau	
congenital	
Tabel 2.8 Sumber : Affandi, (2015)	

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

2.7.4 Konseling Pra Dan Pasca Pemasangan Alat Kontrasepsi

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Langkah-langkah konseling KB 1. (SATU TUJU)

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

T :**T**anyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan

Reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien kita dapat membantunya.

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

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

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

U :Perlunya dilakukan kunjungan **U**lang. Bicarakan dan juga buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah (Affandi, 2015).

Informed choice menurut Affandi (2015):

a. Informed choice adalah suatu kondisi peserta/calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahan yang cukup setelah mendapat informasi yang lengkap melalui KIP.
b. Memberdayakan para klien untuk melakukan informed choice adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
c. Bagi calon peserta KB baru, informed choice merupakan proses memahami kontrasepsi yang akan dipakainya.

d. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut karena sudah mengerti tentang kontrasepsi yang akan dipilihnya.
e. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.
f. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi akan cepat berobat ketempat pelayanan.
g. Bagi peserta KB yang informed choice berarti akan terjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsinya.

2.7.5 Efek Samping Dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi Efektif

1. Pil progestin (minipil)

Tabel 2.14 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.
Perdarahantidak teratur/spotting.	Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Bila klien tetap saja tidak dapat menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

Sumber : Affandi (2015)

2. Suntikan progestin

Penanganan efek samping suntikan progestin yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Amenore (tidak terjadi perdarahan/spotting)	1) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik. 2) Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan. 3) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. 4) Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3 – 6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.

Efek samping	Penanganan
Perdarahan/perdarahan bercak (spotting).	1) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka dapat disarankan 2 pilihan pengobatan.1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30 – 35 mg etinilestradiol), Ibuprofen (sampai 80 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. 2) Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian 3) suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi 4) kombinasi/hari selama 3 – 7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 mg etinoestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugai untuk 14 – 21 hari.
Meningkatnya/menurunnya berat badan	1) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 -2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan kontrasepsi lain.
Meningkatnya/menurunnya berat badan	2) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 -2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkankontrasepsi lain.

Sumber : Affandi (2015)

3. Implant

Efek samping dari pemasangan implant adalah perubahan perdarahan haid, perdarahan yang lama selama beberapa bulan pertama pemakaian, perdarahan atau bercak perdarahan diantara siklus haid, lamanya perdarahan atau bercak perdarahan berkurang, tidak mengalami perdarahan atau bercak perdarahan sama sekali selama beberapa bulan (amenore), kombinasi dari beberapa efek samping tersebut diatas, sakit kepala, perubahan berat badan perubahan suasana hati, depresi

4. AKDRdengan Progestin

Penanganan efek samping AKDR progestin yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Amenore	1) Pastikan hamil atau tidak. 2) Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%). 3) Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam.

	6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko yang akan dialaminya.
Kram	1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.
Perdarahan yang tidak teratur dan banyak	1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien
Benang hilang	1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan ‘amenore’.
Cairan vagina/dugaan penyakit radang panggul	1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai. 2) Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut. 3) Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai AKDR lagi, berikan antibiotika selama 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan dibantu klien untuk memiih metode kontrasepsi lain.

Tabel 2.16 Sumber : Affandi (2015)

2.7.6 Pelayanan KB di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Pesan Bagi Masyarakat terkait Pelayanan Keluarga Berencana Pada Situasi Pandemi Covid-19

1. Tunda kehamilan sampai kondisi pandemi berakhir
2. Akseptor KB sebaiknya tidak datang ke petugas Kesehatan, kecuali yang mempunyai keluhan, dengan syarat membuat perjanjian terlebih dahulu dengan petugas kesehatan.

3. Bagi Akseptor IUD/Implan yang sudah habis mas pakainya, jika tidak memungkinkan untuk datang ke petugas Kesehatan 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).
4. Bagi Akseptor 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).
5. Bagi Akseptor Pil diharapkan dapat menghubungi petugas PLKB atau kader atau Petugas Kesehatan via telfon untuk mendapatkan Pil KB.
6. Ibu yang sudah melahirkan sebaiknya langsung menggunakan KB Pasca Persalinan (KPP).
7. Materi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (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, 2007), standar praktek kebidanan dalam metode asuhan kebidanan yang menggambarkan tentang *Continuity of Care* adalah:

1. Standar I : Metode Asuhan

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

   Definisi operasional :

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

2. Standar II : Pengkajian

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

Definisi Operasional :

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

3. Standar III : Diagnosa Kebidanan

   Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

   Definisi operasional :

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

4. Standar IV : Rencana Asuhan

   Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan dari diagnosa kebidanan.

   Definisi operasional :

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

5. Standar V : Tindakan

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

   Definisi operasional :

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

6. Standar VI : Partisipasi Klien

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

   Definisi operasional :

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

7. Standar VII : Pengawasan

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

   Definisi operasional :

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

8. Standar VIII : Evaluasi

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

Definisi operasional :

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

9. Standar IX : Dokumentasi

   Asuhan kebidanan di dokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan.

   Definisi operasional :

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

      Dokumentasi merupakan bukti legal dari pelaksanaan asuhan kebidanan

2.8.2 Standart Kompetensi Bidan

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

1. Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dalam ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etika yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir, dan keluarganya.
2. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya, dan memberikan pelayanan yang menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan untuk menjadi orang tua
3. Bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan, dan rujukan.
4. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap tehadap budaya setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir.

5. Bidan dapat memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi serta tanggap terhadap budaya setempat.
6. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi baru lahir (BBL) sehat sampai usia 1 bulan.
7. Bidan memberikan asuhan yang brmutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat.
8. Bidan memberikan asuhan yang brmutu tinggi dan komprehensif pada keluarga dan kelompok.
9. Bidan mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ ibu dengan gangguan sistem reproduksi