

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2. 1 Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (*continuity of care*)

2.1.1 Pengertian

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

Asuhan kebidanan berkesinambungan (*continuity of care*) merupakan bagian teori dari kebidanan. Asuhan kebidanan berkesinambungan (*continuity of care*) mempunyai arti bahwa seorang wanita menjalin kemitraan dengan bidan untuk menerima asuhan selama kehamilan, masa persalinan, masa nifas (Astuti, 2017).

2.1.2 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.

2.1.3 Manfaat

Continuity of care dapat diberikan melalui tim bidan yang berbagi beban kasus, 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).

2.1.4 Dampak Tidak Dilakukan Asuhan Berkesinambungan

Dampak yang akan timbul jika tidak dilakukan asuhan kebidanan yang berkesinambungan adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi pada ibu dan bayi yang tidak segera 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 pada wajah dan kaki, dan lain-lain.

Komplikasi yang mungkin timbul pada persalinan meliputi distosia, inersia uteri, presentasi bukan belakang kepala, prolaps tali pusat, ketuban pecah dini (KPD), dan lain-lain. Komplikasi yang mungkin timbul pada masa nifas meliputi; infeksi luka perineum, 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

Menurut (Prawirohardjo, 2016), kehamilan adalah fertilisasi atau pembuahan dari spermatozoa dan ovum yang dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari saat penyatuan spermatozoa dan ovum hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, pada trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).

Kehamilan adalah masa dimulai dari awal konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya. Kehamilan matur adalah 280 hari atau 10 bulan atau 40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT) (Sofian, 2013).

Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu sejak triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke empat sampai enam bulan, triwulan ketiga dari bulan ke tujuh sampai sembilan bulan (Prawirohadjo, 2016).

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 dari 16 sel blastomer), kemudian berubah 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 jenis jaringan embrio, korion, amnion dan plasenta.

2. Embrio dan Janin

Dalam beberapa jam setelah ovulasi akan terjadi pembuahan di ampula tuba. Oleh karena itu, sebelumnya sperma harus sudah ada disana. Berkat kekuasaan Allah SWT, terjadilah pembuahan ovum oleh sperma. Namun, konseptus tersebut mungkin sempurna atau mungkin tidak sempurna. Embrio akan mulai berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Dengan Ultrasonografi (USG) secara klinis pada usia gestasi 4 minggu akan tampak berupa kantong gestasi berdiameter 1 cm, tetapi embrio belum tampak. Pada saat itu tampak denyut jantung secara Ultrasonografi (USG). Pada minggu ke-6 dari haid terakhir sampai pada usia konsepsi 4 minggu, embrio berukuran 2-3 cm. Pada akhir minggu kedelapan usia gestasi sampai 6 minggu usia embrio, embrio berukuran 22–24 mm,

dimana akan tampak kepala yang relatife besar dan tonjolan jari. Jika gangguan atau teratogen terjadi pada gestasi kurang dari 12 minggu akan mempunyai dampak berat, terlebih pada minggu ke-3.

Tabel 2. 1 Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi	Organ
6 Minggu	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih terenggam 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

Menurut (Manuaba, 2014), untuk menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan, yaitu sebagai berikut :

1. Tanda tidak pasti kehamilan

a. Amenorea

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

b. Mual dan muntah

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

c. Ngidam

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

d. Sinkope atau pingsan

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

e. Payudara tegang

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

f. Sering miksi (Sering BAK)

Desakan rahim kedepan yang disebabkan oleh kepala janin menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi (sering BAK). Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.

g. Konstipasi atau obstipasi

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

h. Pigmentasi kulit

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

i. Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi saat kehamilan.

j. Varices

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah terjadi pada sekitar genetalia, kaki, betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini menghilang setelah persalinan.

2. Tanda dugaan kehamilan

a. Perut membesar

b. Pada pemeriksaan dalam di temui :

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

c. Pemeriksaan test kehamilan positif.

3. Tanda pasti kehamilan

a. Gerakan janin dalam rahim

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

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

2.2.4 Perubahan Fisik Ibu Hamil

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

1. Perubahan pada Sistem Reproduksi

a. Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan: 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc, berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 pekan). Bentuk dan konsistensi uterus pada bulan-bulan pertama kehamilan rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang jika diraba terasa lebih lunak disebut Tanda *Hegar*. 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 memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati,
- 4) Rahim yang hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

b. Serviks

Serviks 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 luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

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 persio serviks disebut Tanda Chadwick.

e. Dinding perut (*Abdominal Wall*)

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

2. Perubahan pada organ dan sistem lainnya

a. Sistem sirkulasi darah

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

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

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

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

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

- c. Saluran pencernaan (*Traktus Digestivus*) salivasi meningkat dan pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah *Emesis Gravidarum* sering terjadi pada pagi hari yang disebut *Morning Sickness*.
- d. Tulang dan gigi persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak, terjadi sedikit pelebaran pada ruang persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya higiene yang buruk pada rongga mulut.
- e. Kulit pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu pada:
- 1) Muka : Disebut masker kehamilan *Cloasma Gravidarum*
 - 2) Payudara : Puting susu dan areola payudara.
 - 3) Perut : *Linea nigra, striae*
 - 4) Vulva
- f. Kelenjar endokrin
- 1) Kelenjar tiroid : Dapat membesar sedikit
 - 2) Kelenjar hipofisis : Dapat membesar terutama lobus anterior.
 - 3) Kelenjar adrenal : Tidak begitu terpengaruh
- g. Metabolisme umumnya, kehamilan mempunyai efek pada metabolisme, karena itu wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dalam kondisi sehat.
- 1) Tingkat metabolik basal (*Basal Metabolic Rate*, (BMR)) pada wanita hamil meninggi hingga 15-25% terutama pada trimester akhir.
 - 2) Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
 - 3) Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan kuat, sering kencing, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang dapat menyebabkan diabetes melitus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa seperti somatomammotropin, plasma insulin, dan hormon-hormon ketosteroid untuk rekomendasi, harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil *Glucose Tolerance Test* (GTT) oral dan *Glucose Tolerance Test* (GTT) intervena.
 - 4) Metabolisme lemak juga terjadi kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomammotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat di badan, perut, paha, dan lengan.

5) Metabolisme mineral:

- a) Kalsium : Dibutuhkan rata-rata 1,5 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.

6) Berat badan wanita hamil

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 volume darah, lemak, protein, dan retensi air.

Anjuran peningkatan berat badan per trimester kehamilan adalah sebagai berikut:

- a) Trimester I: 1–2,5 kg per 3 bulan.
- b) Trimester II: pertambahan berat badan rata-rata 0,35–0,4 kg per minggu.
- c) Trimester III: pertambahan berat badan 1 kg per bulan. Namun, pada trimester ini pertambahan berat badan janin rata-rata 200 gram per minggu (Klikdokter,2020).

7) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang. Khususnya kehamilan lima bulan keatas. Namun bila dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan kalori tambahan.

8) Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein. Di Indonesia masih banyak dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vitamin B, oleh karena itu wanita hamil harus diberikan fe dan roboransia yang berisi mineral dan vitamin.

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

2.2.5 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

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

1. Pada kehamilan Trimester 1

Adaptasi yang harus dilakukan oleh ibu ialah menerima kenyataan bahwa dirinya sedang hamil. Tingkat penerimaan dari wanita hamil akan tercermin dalam respon emosionalnya dan tingkat persiapan kehamilan. Pada trimester 1 ini, akan muncul sejumlah ketidaknyamanan, seperti mual, kelelahan, perubahan nafsu makan, emosional, dan cepat marah. Kemungkinan hal ini, mencerminkan konflik

atau depresi yang dialami selain penguatan akan kehamilannya. Pada kehamilan trimester 1, ekspresi seksual bersifat individual. Selain faktor fisik, emosi, serta interaksi dan masalah disfungsi seksual dapat berperan terhadap perbedaan perasaan yang muncul. Umumnya, bila ibu hamil merasa mual, letih, depresi, nyeri payudara, khawatir dan cemas maka rasa keinginan seksual akan menurun.

2. Perubahan pada Trimester 2

Pada trimester 2 ini ibu hamil akan merasa lebih baik dan sehat karena terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan, seperti mual dan letih. Perubahan psikologis pada trimester kedua ini dapat dibagi menjadi dua 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 mempersiapkan diri untuk menyambut kelahiran anaknya. Selama menjalani kehamilan trimester ini, ibu dan suaminya sering berkomunikasi dengan janin yang berada dalam kandungannya dengan cara mengelus perut dan berbicara didepanya, meskipun yang dapat merasakan gerakan janin di dalam perut hanyalah ibu hamil itu sendiri.

Pada trimester ketiga ini, gairah seksual cenderung menurun kembali yang disebabkan munculnya kembali ketidaknyamanan fisiologis, serta bentuk dan ukuran tubuh yang semakin membesar. Menjelang akhir trimester ketiga, 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 dibutuhkan bagi ibu hamil per hari adalah 2.500 kalori.
 - b. Protein. Jumlah protein yang dibutuhkan oleh ibu hamil per hari adalah 85 gram per hari.
 - c. Kalsium. Jumlah kalsium yang dibutuhkan ibu hamil adalah 1,5 gram per hari.
 - d. Zat besi. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Jika tidak ditemukan anemia pemberian besi per minggu cukup adekuat.
 - e. Asam Folat. Selain zat besi, juga membutuhkan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari.

Tabel 2. 2 Kebutuhan Makanan Sehari-hari untuk Ibu Hamil

Zat gizi	Tidak hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	2500	2500	3000
Protein (gr)	60	85	100
Calcium (gr)	0,8	1,5	2
Ferrum (mg)	12	15	15
Vit A (IU)	5000	6000	8000
VIT B (mg)	1,5	1,8	2,3
VIT C (mg)	2,2	2,4 – 2,5	3
VIT D (IU)	+	400-800	400-800

Sumber: (Marmi, 2014)

2. Perawatan payudara

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

3. Perawatan gigi

Dibutuhkan dua kali pada 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. Disarankan untuk selalu menggosok gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis.

4. Kebersihan tubuh dan pakaian

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

5. Olahraga

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

6. Istirahat

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

7. Aktifitas

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

2.2.7 Keluhan Ringan dan Penanganan Dalam Kehamilan

Menurut Medfoth, et al (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 Medfoth, et al (2012), keluhan ringan dan penanganan dalam kehamilan adalah:

1. Mual

Mual dan muntah lazim terjadi dalam kehamilan, dengan sekitar 50% wanita hamil mengalami mual ringan saat bangun tidur sampai mual di sepanjang hari dengan sedikit muntah, selama pertengahan pertama kehamilan. Bagi banyak wanita, gejala berkurang setelah minggu ke-12 sampai ke-14 kehamilan, bersamaan dengan kemampuan plasenta mengambil alih dukungan untuk perkembangan embrio. Alasan mual tidak di ketahui tetapi dikaitkan dengan peningkatan kadar *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG), hipoglikemi, peningkatan kebutuhan metabolic, efek progesterone pada system 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 di pertengahan siang hari
- f. Makan biskuit 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.

Seseorang harus dikonsultasikan ke dokter 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 resepsikan antiemetic
- f. Wanita mengalami dehidrasi. Masuk ke RS di anjurkan untuk pemberian makan melalui intravena, koreksi ketidak seimbangan elektrolit, dan rehidrasi.

2. Konstipasi

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

Konstipasi di sebabkan karena kerja progesterone, yang mengurangi mortalitas system 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:

Saran terdiri atas:

- a. Makan makanan secara teratur.
 - b. Minum ekstra cairan, jus buah, atau teh herbal. Cairan ini harus berjumlah 2 liter/hari, dan jumlahnya lebih besar jika suhu sedang panas.
 - c. Makan lima porsi buah dan sayur/hari.
 - d. Makan makanan yang mengandung serat tinggi, seperti roti gandum utuh, sereal, dan buah prem.
 - e. Lakukan olahraga ringan, 20-30 menit, 3x/minggu. 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 menggeser lambung, meningkatkan tekanan intragastrik, yang membuat refluks asam lebih cenderung terjadi saat ibu berbaring datar.

Saran mencakup:

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

Varises vena di sebabkan oleh kelemahan katub di vena yang mengembalikan darah ke jantung dari ekstremitas bawah sehingga varises vena dapat terjadi di tungkai, vulva, atau rectum (hemoroid). Varises dapat terjadi disetiap kelompok usia, tetapi wanita hamil terutama rentan jika mereka memiliki riwayat keluarga menderita varises, jika mereka mengandung anak kembar, atau jika mereka harus duduk atau berdiri dalam periode waktu yang lama, misalnya; saat bekerja. Selama kehamilan, ekstra volume darah yang bersirkulasi meningkatkan tekanan di dinding pembuluh darah dan progesterone merelaksasi dinding pembuluh darah. Berat dari uterus yang terus tumbuh menciptakan tekanan balik pada pembuluh darah panggul dan tungkai. Konstipasi memperburuk hemoroid.

Tanda gejala:

- a. Tungkai terasa nyeri dan berat.
- b. Sensasi seperti tertusuk di tungkai dan vulva.
- c. Permukaan vena mengalami dilatasi di vulva atau tungkai.
- d. Vulva dapat membengkak dan terasa sangat nyeri.
- e. Ketidak nyamanan dan rasa gatal di sekitar anus dan saat usus besar membuka.

Saran:

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

Saran berikut dapat diberikan kepada wanita untuk meredakan nyeri punggung:

- a. Hindari mengangkat benda berat dan gunakan teknik mengangkat barang yang baik, yaitu menekuk lutut dan mempertahankan punggung tetap lurus saat mengangkat, atau mengambil sesuatu dari lantai. Wanita harus berhati-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.
 - g. Istirahat sebanyak mungkin saat kehamilan mengalami kemajuan. Jika nyeri punggung sangat nyeri dan melelahkan, wanita dapat di rujuk ke fisioterapi obstetric untuk meminta saran tentang topangan lumbal dan latihan fisik yang bermanfaat.
6. Sering berkemih

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

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

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

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

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

memasukkan remasan yang lambat atau cepat dan dengan melatih di waktu berbeda dalam siang hari.

2.2.8 Tanda Bahaya Kehamilan

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

1. Perdarahan Vagina

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

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

2. Pre-Eklamsia

Secara umum, ibu hamil yang memiliki usia kehamilan lebih dari 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal yang berkaitan dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia.

Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:

- a. Hiperrefleksia.
- b. Sakit kepala atau sefalgia yang tidak mereda 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 Abdomenopelvikum

Jika kondisi tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda di bawah ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

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

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

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

2.2.9 Standar pelayanan kehamilan (14T)

Menurut (Kemenkes, 2016), 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 trimester I sampai trimester 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 trimester II. Pengukuran tinggi ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan rongga panggul.

2. Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 120/80 mmHg, bila melebihi dari 130/90 mmHg perlu diwaspadai adanya hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, atau eklamsia.

3. Ukur tinggi fundus uteri (T3)

Tujuan pengukuran tinggi fundus uteri menggunakan tehnik Mc.Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya dapat dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang dicantumkan pada 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 – proseus xiphoideus (Px)
36 Minggu	3 jari di bawah proseus xiphoideus (Px)
40 Minggu	Pertengahan pusat – proseus xipoideus (Px)

Sumber: (Kemenkes, 2018)

4. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil adalah mencegah terjadinya defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar haemoglobin. Ibu hamil dianjurkan meminum tablet zat besi yang berisi 60ml/hari atau 500 µg (FeSO₄ 325 mg). kebutuhan meningkat secara signifikan pada trimester II karena absorpsi usus yang tinggi. Tablet Fe dikonsumsi minimal 90 tablet selama kehamilan, sebaiknya tidak boleh diminum bersama teh atau kopi karena menghambat penyerapan.

5. Pemberian imunisasi TT (T5)

Pemberian imunisasi TT (*Tetanus Toxoid*) harus segera diberikan pada seorang wanita hamil yang melakukan kunjungan pertama dan dilakukan pada minggu ke-4. Tujuan pemberian imunisasi TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum. Efek sampingnya adalah kemerahan dan bengkak selama 1-2 hari.

Tabel 2. 4 Jadwal Imunisasi

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

Sumber : (Saifuddin, 2014)

6. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb pada ibu hamil 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 hinggaa Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

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

Pemeriksaan VDRL dapat digunakan untuk pemeriksaan untuk pemeriksaan kemungkinan adanya penyakit menual seksual pada ibu hamil seperti sifilis. Pemeriksaan dilakukan saat ibu hamil melakukan kunjungan pertama kali dan

diambil specimen darah vena kurang lebih 2cc. Apabila hasil tes positif maka akan pengobatan dan rujukan.

8. Pemeriksaan protein urine (T8)

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak hal ini digunakan untuk mendeteksi gejala preeklamsia

9. Pemeriksaan reduksi urine (T9)

Untuk ibu hamil dengan riwayat diabetes melitus, bila hasil tes positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah.

10. Pemeriksaan payudara (T10)

Perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan dimulai pada usia kehamilan 6 minggu.

11. Senam hamil (T11)

Senam hamil membuat otot ibu hamil rileks dan tenang, rasa rileks dan tenang itu dapat mempengaruhi kondisi psikis pada ibu hamil. Rasa gugup dan takut saat akan mengalami persalinan dapat menimbulkan kerugian bagi ibu hamil itu sendiri. Saat ibu hamil gugup, ibu hamil akan mengalami penurunan Hb. Hb sangat penting bagi ibu hamil yang akan melahirkan. Sebab saat melahirkan ibu dapat kehilangan banyak darah.

12. Pemberian obat malaria (T12)

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah positif.

13. Pemberian kapsul minyak yodium (T13)

Diberikan kepada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang.

14. Temu wicara/konseling (T14)

Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. Memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya tentang tandatanda resiko kehamilan.

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 merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk merencanakan penggunaan KB pasca persalinan. 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, Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2020) Persiapan persalinan termasuk :

1. Tanyakan kepada bidan dan dokter tanggal perkiraan persalinan.

2. Suami atau keluarga mendampingi pada saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan.
3. Siapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia untuk menjadi pendonor saat di perlukan.
4. Siapkan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya.
5. Siapakan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional.
6. Untuk mendapatkan Kartu JKN, daftarkan diri ke kantor BPJS Kesehatan setempat, atau menanyakan ke petugas puskesmas.
7. Suami, keluarga dan masyarakat. Menyiapkan kendaraan jika sewaktu- waktu diperlukan.
8. Pastikan ibu hamil dan keluarga menyepakati amanat persalinan dalam stiker P4K dan sudah ditempelkan di depan rumah ibu hamil.
9. Siapkan KTP, Kartu keluarga dan keperluan lain untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan.



Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

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

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Gambar 2. 1 Stiker P4K
Sumber: (Kemenkes,2015)

2. 2.11 ANC Terpadu

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

Setiap kehamilan dalam proses perkembangan mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standart Anc terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

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

1. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas.
2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan.
3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman.

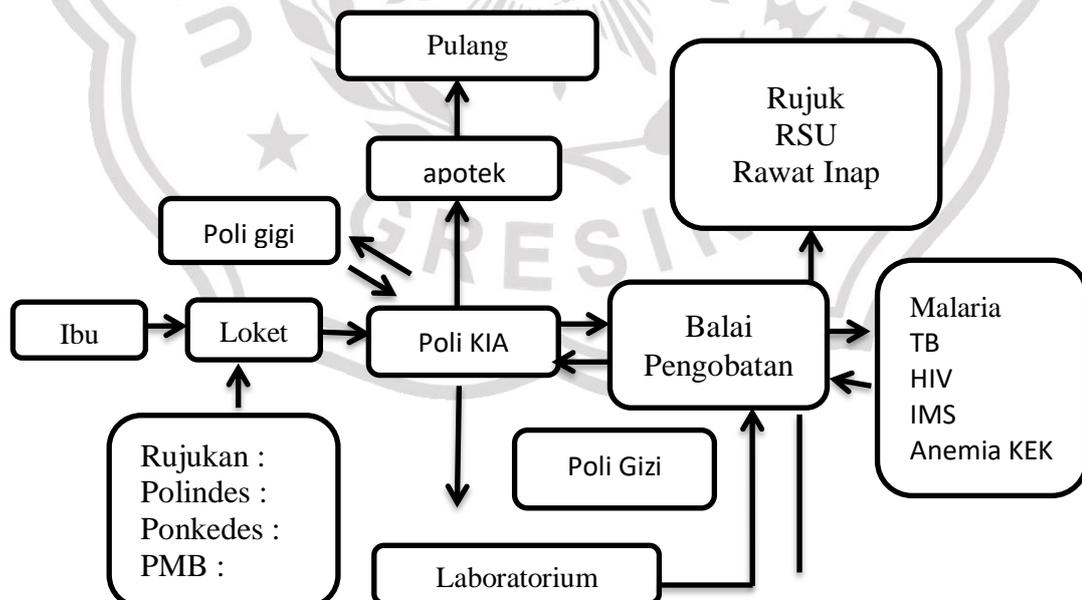
4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi.
5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila di perlukan
6. Melibatkan hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

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

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

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

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



Gambar 2. 2 Alur Pelayanan Antenatal Terpadu Di Puskesmas

Sumber : (Kemenkes, 2018)

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

Cara untuk mendeteksi dini kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi, tentang usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil. Serta perencanaan persalinan di sajikan pada gambar berikut :

SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke Haid terakhir tgl :
 Pendidikan ibu : Perkiraan persalinan tgl : bl.
 Pekerjaan ibu : Suami :

KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan		
				I	II	III
		Skor Awal Ibu Hamil	2			
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 Th	4			
	2	a. Terlalu lambat hamil 1, kawin ≥ 4 Th	4			
		b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 Th	4			
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 Th)	4			
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 Th)	4			
	5	Terlalu banyak anak, 4 lebih	4			
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 Th	4			
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4			
	8	Pernah gagal kehamilan	4			
	9	Pernah Melahirkan dengan a. Tankan langyvakum b. Un drogoh c. Diben intus/Transfus	4			
	10	Pernah Operasi Sesar	3			
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4			
	12	Bengkak pada muka/tangkai dan lekukan darah tinggi	4			
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4			
	14	Hamil kembar air (hidramion)	4			
	15	Bayi mati dalam kandungan	4			
	16	Kehamilan lebih bulan	4			
	17	Defek jantung	3			
	18	Asam lambung	3			
III	19	Pendarahan dalam kehamilan	3			
	20	Pre-eklampsia Berat/Pre-eklampsia	3			
JUMLAH SKOR						

KARTU SKOR 'POEDJIROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat perawatan kehamilan : 1. Pesyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal :

RUJUKAN DARI :	1 Sendiri 2 Dukun 3 Bidan 4 Puskesmas	RUJUKAN DARI :	1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit
RUJUKAN DARI :	1 Rujukan Dini berencana (RDB) 2 Rujukan Dalam Rahim		3 Rujukan Tepat Waktu (RTW) 4 Rujukan Terlambat (RTL)
Gawat Obsterik :	Kel. Faktor Risiko I & II	Gawat Darurat Obsterik :	Kel. Faktor Risiko II
1.		1.	1 Pendarahan antepartum
2.		2.	2 Eklamsia
3.		3.	Komplikasi Obsterik
4.		4.	3 Pendarahan postpartum
5.		5.	4 Uri Tertinggal
6.		6.	5 Persalinan Lama
7.		7.	6 Panas Tinggi

TEMPAT :	PENOLONG :	MACAM PERSALINAN :
1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan	1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain - lain	1. Normal 2. Tindakan pervaginaan 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :	TEMPAT PERSALINAN :
IBU :	1. Rumah ibu
1. Hidup	2. Rumah Bidan
2. Mati, dengan penyebab	3. Polindes
a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklamsia	4. Puskesmas
c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	5. Rumah Sakit
	6. Perjalanan
BAYI :	7. Lain-2
1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan	
2. Lahir hidup : Appar Skor	
3. Lahir mati, penyebab	
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab	
5. Kelainan bawaan : tidak adalada	

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab

Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA : 1. Ya/Sterilisasi

2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan :

* Dr. Poedji Rochjati, dr.SpOG

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. lain-lain

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA

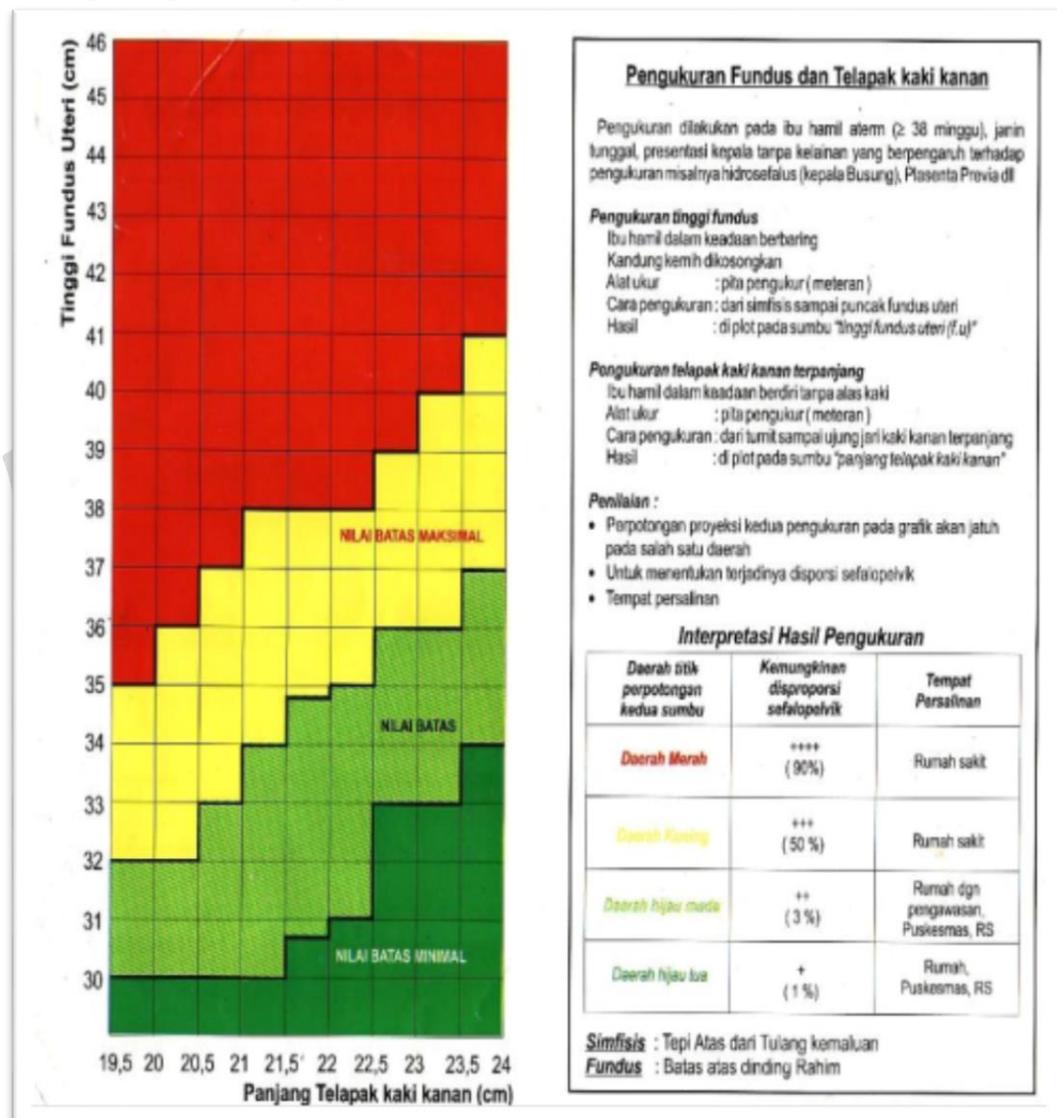
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	PERSALINAN DENGAN RISIKO					
			RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KFR	BIDAN	TINDAK RUDUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KPST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Gambar 2. 3 Kartu skor Poedji Rochjati (KSPR)
Sumber: (Rochjati poedji,2020)

2) Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

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

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



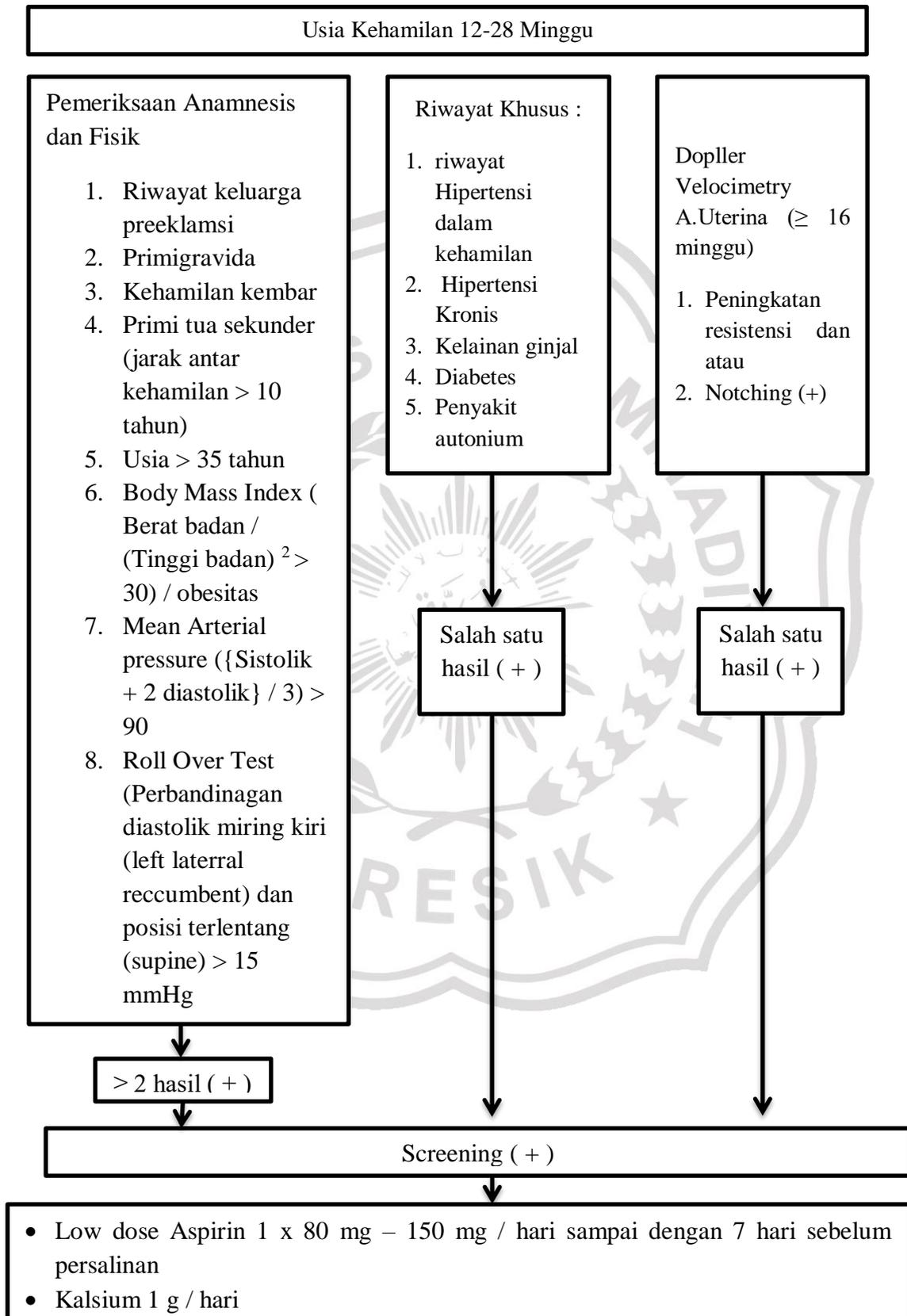
Gambar 2. 4 Kartu pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

Sumber: (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2016)

3) Skirining Pre Eklampsia (PEDANG)

Skirining pre eklampsia dilakukan mulai 12-28 minggu dengan cara ROT, MAP, dan IMT. Skirining pre eklampsia ini dilakukan untuk mendeteksi adanya kejang pada ibu yang dapat membahayakan kondisi ibu dan janin

TATA CARA SKRINING PREEKLAMSI



SKRINING RESIKO ANTEPARTUM DAN INTRAPARTUM TERJADINYA PERDARAHAN PASCA PERSALINAN

Faktor Resiko Antenatal		Resiko Perdarahan Postpartum	Faktor Risiko Intrapartum		Risiko Perdarahan Postpartum
1.	Usia \geq 35 th	1,5 x (Pervaginam) 1,9 x (SC)	1.	Induksi Persalinan	1,5 x
2.	BMI \geq 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			

**TEST SECARA DINI
UNTUK MENDIAGNOSA PRE EKLAMPSIA**

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

- ROT : ROL OVER TEST**
Cara uji :
 - Ibu Hamil tidur miring santai Tensi di ukur
 - Ibu Hamil tidur telentang 5 mnt tensi di ukur kembali
 - Bila tekanan Diastole waktu miring dikurangi Diastole waktu telentang $>$ 15 mmHg, maka ROT dinyatakan POSITIF (+)
- MAP : MEAN ARTERIAL PREASURE**
Cara uji :
 - Ibu Hamil di ukur tensi
 - Bila 2 tekanan Diastole +1 tekanan Sistole dibagi 3 nilainya $>$ 90 mm Hg. Maka MAP dinyatakan POSITIF (+)
- IMT / BMI : INDEK MASA TUBUH / BODY MASA INDEK**
Cara / Rumusnya :

$$\frac{BB \text{ Kg}}{TB^3 \text{ M}} > 30 \text{ Maka dinyatakan } (+)$$

Bila ROT (+) , MAP (+) , IMT (+) , maka terdiagnosa PRE EKLAMPSIA

Pencegahan

Diberi ASPILET : 1 x 80 mg
Calcium : 1 x 500 mg

Selama masa hamil sampai 2 minggu sebelum bersalin, waktu mau persalinan harus di test darah untuk mengetahui waktu pembekuan darahnya.

Gambar 2. 5 Skrining pre eklampsia

Sumber : (Kemenkes, 2015)

2.2.11 Pelayanan Kehamilan di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes, 2020), Pelayanan kehamilan di era adaptasi kebiasaan baru, sebagai berikut :

1. Pelayanan Antenatal Di FKTP

- a. Pelaksanaan program 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 Tengah)
Kelas Hamil	Ibu 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 (<i>Video Call, Youtube, Zoom</i>).
P4K	Pengisian stiker P4K dilakukan oleh tenaga kesehatan pada saat pelayanan antenatal.	Pengisian stiker P4K dilakukan oleh ibu hamil atau keluarga dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi
AMP	Otopsi verbal dilakukan dengan mendatangi keluarga. Pengkajian dapat dilakukan dengan metode tatap muka (mengikuti protokol kesehatan) atau melalui media komunikasi secara daring (<i>video conference</i>).	Otopsi verbal dilakukan dengan mendatangi keluarga atau melalui telepon. Pengkajian dapat dilakukan melalui media komunikasi secara daring (<i>video conference</i>).

Sumber : (Kemenkes, 2020)

b. Pelayanan antenatal (*Antenatal Care/ANC*)

Pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x 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.

2) 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 fakto risiko dan gejala covid-19.

- a) Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test.
- b) Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan pelayanan antenatal di FKTP.

3) ANC ke- 5 di Trimester 3

Skrining faktor risiko persalinan dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Skrining dilakukan untuk menetapkan :

- a) Faktor risiko persalinan.
- b) Menentukan tempat persalinan, dan
- c) Menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak.

Tatap muka didahului dengan janji temu/telegistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS rujukan maka dilakukan *Rapid Test*.

b. Rujukan terencana diperuntukkan bagi:

- 1) Ibu dengan faktor risiko persalinan.
Ibu dirujuk ke RS untuk tatalaksana risiko atau komplikasi persalinan. Skiring COVID-19 dilakukan di RS alur pelayanan.
- 2) 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.

c. Janji temu/telegistrasi

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/telegistrasi, petugas harus menanyakan tanda, gejala, dan faktor risiko COVID-19 serta menekankan pemakaian masker bagi pasien saat datang ke Fasilitas pelayanan Kesehatan.

d. 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.

- 1) Jika tidak ditemukan faktor risiko, maka pemeriksaan kehamilan ke 2, 3, 4, dan 6 dapat dilakukan di FKTP oleh Bidan atau Dokter. Demikian pula untuk ibu hamil dengan faktor risiko yang bisa ditangani oleh Dokter di FKTP.
- 2) Jika ditemukan ada faktor risiko yang tidak dapat ditangani oleh Dokter diFKTP, maka dilakukan rujukan sesuai dengan hasil skrining untuk dilakukan tatalaksana secara komprehensif (kemungkinan juga dibutuhkan penanganan spesialistik selain oleh Dokter Sp.OG)

- e. Pada ibu hamil dengan kontak erat, suspek Probable, atau terkonfirmasi COVID-19, pemeriksaan USG ditunda sampai ada rekomendasi dari episode isolasinya berakut. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus risiko tinggi.
 - f. Ibu hamil diminta mempelajari dan menerapkan buku KIA dalam kehidupan sehari-hari.
 - 1) Mengenali **tanda bahaya** pada kehamilan. Jika ada keluhan atau tanda bahaya, ibu hamil harus segera memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 2) 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.
 - 3) 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.
 - 4) 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.
 - 5) Ibu hamil tetap minum Tablet Tambah Darah (TTD) sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
 - g. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi ibu hamil dengan status suspek, probable, atau terkonfirmasi positif COVID-19 dilakukan dengan pertimbangan dokter yang merawat.
 - h. Pada ibu hamil suspek, probable, atau terkonfirmasi positif 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.
2. Konseling perjalanan untuk ibu hamil. Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan ke luar negeri atau ke daerah dengan transmisi lokasi/ zona merah (risiko) tinggi dengan mengikuti anjuran perjalanan

(travel advisory) yang dikeluarkan pemerintah. Pelayanan Antenatal di Rumah Sakit

- a. Ibu dengan status suspek / kontak erat COVID-19 tanpa gejala atau gejala ringan dapat melakukan isolasi mandiri di rumah atau tempat yang ditunjuk khusus. Untuk ibu dengan status suspek gejala sedang atau berat harus segera dirawat di Rumah Sakit. Ibu dengan status suspek/terkonfirmasi COVID-19 harus dirawat di ruang isolasi khusus di Rumah Sakit. Apabila Rumah Sakit tidak memiliki ruangan isolasi khusus yang memenuhi syarat Airborne Infection Isolation Room (AIIR), pasien harus dirujuk secepat mungkin ke fasilitas isolasi sektor dan pemerintah Daerah untuk menangani ibu hamil yang diduga/diketahui COVID-19 ditempat isolasi khusus di kab/kotanya.
- b. Penggunaan pengobatan di luar penelitian harus mempertimbangkan analisis riskbenefit dengan menimbang potensi keuntungan bagi ibu dan keamanan bagi janin. Saat ini tidak ada obat antivirus yang disetujui oleh FDA untuk pengobatan COVID-19, walaupun antivirus spektrum luas digunakan pada hewan model MERS sedang dievaluasi untuk aktivitas terhadap COVID-19

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa adanya komplikasi apapun, maka persalinan dianggap normal. Persalinan dimulai (inpartu) ketika rahim berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikategorikan inpartu jika kontraksi uterus tidak menyebabkan perubahan atau pembukaan serviks (Budi, 2017).

Menurut (Saifuddin, 2014), persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan aterm atau cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam dan tidak ada penyulit baik bagi ibu maupun janin.

2.3.2 Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Dan Neonatal

Ada lima aspek dasar yang terpenting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman baik normal maupun patologis antara lain :

1. Membuat keputusan klinik
2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi
3. Pencegahan infeksi
4. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan
5. Rujukan

2.3.3 Tanda Gejala Persalinan

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

1. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur;

2. Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks;
3. Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya;
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

Menurut Budi, et al (2017), tanda dan gejala persalinan antara lain :

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

2.3.4 Deteksi Dini Masa Persalinan

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

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

a. Penapisan

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

Temuan masalah harus mendapatkan asuhan seperti yang terdapat yang ada dihalaman berikutnya.

Tabel 2. 6 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan Pada Kala I

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
1. 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
2. Perdarahan pervagina Selain lendir bercampur Darah (<i>show</i>)	Jangan lakukan periksa dalam 1. Baringkan Ibu ke sisi kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan

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

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
9. Tinggi fundus 40 cm atau lebih (Makrosomia, polihidramnion, kehamilan ganda)	<ol style="list-style-type: none"> 1. segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat <i>Alasan: polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir.</i>
10. Djj kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (Gawat janin)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan anjurkan untuk bernafas secara teratur. 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 cc/jam. 3. Segera rujuk ibu ke RS Rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan
11. Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
12. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Segera rujuk ke RS rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
13. Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri. 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat.
14. Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan : Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam kontraksi > 2 dalam 10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
15. Tanda dan gejala syok : a. Nadi cepat, lemah (> 100 x/menit) b. Tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kiri. 2. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala. 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
<ul style="list-style-type: none"> c. Pucat d. Berkeringat atau kulit lembab, dingin e. Nafas cepat (lebih dari 30 kali per menit) f. Delirium atau tidak sadar g. Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml per jam) 	<p>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.</p> <p>4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.</p>
<p>16. Tanda dan gejala belum inpartu :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi kontraksi kurang dari 20 detik b. Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam 	<p>1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan</p> <p>2. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang dan dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cukup makan dan minum b. Kembali jika frekuensi dan lama kontraksi meningkat
<p>17. Tanda dan gejala inpartu lama :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf) b. Pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam. c. Frekuensi, kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit. Dan lamanya kurang dari 40 detik. 	<p>1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri.</p> <p>2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.</p>

Sumber : (Budi, 2017)

Tabel 2. 7 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada kala II

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencanan asuhan atau perawatan
<p>1. Tanda dan gejala syok:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nadi cepat, isi kurang (100 x/menit atau lebih) b. Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg) c. Pucat pasi d. Berkeringat atau dingin kulit lembab e. Nafas cepat (>30x/menit) f. Cemas, bingung atau tidak sadar 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Baringkan miring ke kiri 2. Naikan kedua kaki untuk meningkatkan aliran darah ke jantung 3. Pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS infuskan satu L dalam 15-20 menit: jika mungkin infuskan 2 liter dalam satu jam pertama, kemudian 125/jam

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencanan asuhan atau perawatan
g. Produksi urin sedikit (<30 cc/jam)	4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
2. Tanda atau gejala dehidrasi a. Nadi cepat (100x/menit atau lebih) b. Urin pekat c. Produksi urin (>30 cc/jam)	1. Anjurkan untuk minum 2. Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman di partograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu 1 jam, pasang infus menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 3. Segera rujuk ke RS dan damping ibu.
3. Tanda atau gejala infeksi: a. Nadi cepat (110x/menit atau lebih) b. Suhu lebih >38°C c. Menggigil Air ketuban atau cairan vagina yang berbau	1. Baringkan miring kekiri 2. Pasang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125 cc/jam 3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral Segera rujuk ke rumah sakit PONEK Dampingi ibu ketempat rujukan
4. Tanda atau gejala preeklamsi: a. Tekanan darah diastolic 90-110 mmHg b. Protein urinaria hingga 2+	1. Baringkan miring kekiri 2. Pasang infus menggunakan diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS 125 cc/jam 3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin 2 gram/oral 4. Segera rujuk ke rumah sakit PONEK 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
5. Tanda atau gejala preeklamsi berat atau eklamsi: a. Tekanan darah diastolic 110 mmHg atau lebih b. Tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih dengan kejang c. Nyeri kepala d. Gangguan penglihatan e. Kejang (eklamasi)	1. Baringkan miringkan kekiri. 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 3. Berikan dosis awal 4 G MgSO ₄ 40% IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit. 4. Berikan dosis pemeliharaan MGSO ₄ 40%, 1 G 5. per jam segera rujuk ke RS PONEK 6. Dampingi ibu ketempat rujukan
6. Tanda-tanda inersia uteri: a. 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)

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencanan asuhan atau perawatan
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Stimulasi putting susu. 5. Kosongkan kandung kemihnya. 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida atau 1 jam (multigravida), segera rujuk dan dampingi kefasilitas kesehatan rujukan.
7. Kepala bayi tidak turun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minta ibu meneran jongkok/berdiri. 2. Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi memadai 3. Maka rujuk pasien dan dampingi.
8. Tanda-tanda distosia bahu:	Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan)
<ol style="list-style-type: none"> a. Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar b. Kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali kedalam vagina (kepala'kura-kura') Bahu bayi tidak dapat lahir 	<ol style="list-style-type: none"> 1. prasad Mc Robert 2. Prolong MC Robert (menungging) 3. Anterior dyscompact 4. Perasat Corkscrew dari wood 5. Perasat Schwartz-Dixon
9. Tanda-tanda lilitan tali pusat:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi. 2. Jika tali pusat melilit erat dileher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem didua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.
10. Kehamilan tak terdeteksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai DJJ. <ol style="list-style-type: none"> a. Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama b. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring kekiri dan segera rujuk.

Sumber: (Budi, 2017)

Tabel 2. 8 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada kala III dan IV

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
1. Tanda atau gejala retensio plasenta: <ol style="list-style-type: none"> a. plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika tampak plasenta, lakukan penegangan plasenta terkendali dan tekanan dorso kranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta dapat dilahirkan 2. Setelah plasenta: lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta (dijelaskan di awal bab ini)

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
	ATAU
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan dalam jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso kranial pada uterus. 2. Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infuse menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS <ol style="list-style-type: none"> 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. <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan b. Bila syarat untuk plasenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK c. Dampingi ibu ke tempat rujukan 4. Tawarkan bantuan walaupun ibu ditangani oleh RS rujukan
2. Tanda atau gejala atonia uteri: <ol style="list-style-type: none"> a. Perdarahan pasca persalinan b. Uterus lembek dan tidak berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan yang menyertahi uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri
3. Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan: <ol style="list-style-type: none"> a. Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali b. Selaput ketuban tidak lengkap c. Perdarahan pasca persalinan d. Uterus berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan dalam keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan masase uterus. Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa adanya separasi parsial atau robekan jalan lahir.
4. Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau servik <ol style="list-style-type: none"> a. Perdarahan pasca persalinan b. Plasenta lengkap c. Uterus berkontraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir 2. Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2 lakukan penjahitan 3. Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks <ol style="list-style-type: none"> a. Pasang infus dengan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS. b. Segera rujuk ibu ke RS PONEK 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
6. Tanda atau gejala syok: <ol style="list-style-type: none"> Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit) Sistolik kurang dari 90 mmHg Pucat Keringat dingin, kulit lembab Nafas cepat lebih dari 30x/menit Delirium atau tidak sadar Produksi urine kurang dari 20 cc/jam. 	<ol style="list-style-type: none"> Baringkan miring kiri Naikkan kedua tungkai (posisi syok) 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 Jika temperatur tubuh tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi Segera rujuk ke RS PONEK Dampingi ibu ketempat rujukan
7. Tanda gejala dehidrasi: <ol style="list-style-type: none"> Nadi lebih dari 100x/menit Temperatur lebih dari 38°C Keringat dingin Lochea berbau 	<ol style="list-style-type: none"> Baringkan miring ke kiri Pasang infus dengan jarum 16 atau 18, berikan RL atau NS 500 cc/jam. Berikan ampisilin atau amoxicilin 2 G/ oral Segera rujuk ke RS PONEK Dampingi ibu ke tempat rujukan.
8. Tanda gejala preeklampsia ringan: <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg Proteinuria 	<ol style="list-style-type: none"> Nilai TD setiap 15 menit (pada saat beristirahat diantara kontraksi dan meneran). Jika diastolik > 110 mmHg, pasang infus, berikan RL/NS 100 cc/jam Baringkan miring ke kiri MgSO₄ 4 G dilanjutkan 1 G per jam dan nefidipin 10 mg. Rujuk ke RS PONEK
9. Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia: <ol style="list-style-type: none"> Sistolik > 160 mmHg Diastolik 110 mmHg Kejang 	<ol style="list-style-type: none"> Baringkan miring ke kiri Pasang infus dan berikan RL/NS 100 cc/jam 20 cc MgSO₄ 20 % IV 8-10 menit dan lanjutkan dengan MgSO₄ 1 g/jam melalui infus Segera rujuk ke RS PONEK
10. Tanda dan gejala kandung kemih penuh: <ol style="list-style-type: none"> Teraba bantalan air suprasymphisis Tinggi fundus diatas pusat Uterus terdorong ke kanan 	<ol style="list-style-type: none"> Kosongkan kandung kemih. Massage uterus hingga berkontraksi baik Jika tidak dapat berkemih, kateterisasi dengan teknik aseptik Kemudian dengan massage uterus hingga berkontraksi baik. Jika ibu mengalami perdarahan, periksa penyebabnya.

Sumber : (Budi, 2017)

PENAPISAN IBU BERSALIN
DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

No	Kriteria	Ya	Tidak
1	Riwayat bedah secar		
2	Perdarahan pervaginam		
3	Persalinan kurang bulan (<37 minggu)		
4	Ketuban pecah dengan mekonial kental		
5	Ketuban pecah selama (> 24 jam)		
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)		
7	Ikterus		
8	Anemia		
9	Tanda atau gejala infeksi		
10	Pre eklamsia atau hipertensi kehamilan		
11	Tinggi fundus 40 cm atau lebih		
12	Gawat janin		
13	Primipara dalam fase aktif kepala masih 5/5		
14	Presentasi bukan belakang kepala		
15	Presentasi ganda (majemuk)		
16	Kehamilan ganda atau gemeli		
17	Tali pusat menubung		
18	Syok		
19	Bumil TKI		
20	Suami pelayaran		
21	Suami atau bumil bertato		
22	HIV/AIDS		
23	PMS		
24	Anak mahal		

Gambar 2. 6 Lembar Penapisan
 Sumber: (Budi, 2017)

b. Partograf

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

a. Pencatatan selama fase laten kala satu persalinan

Pada saat selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini bias dicatat secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun di buku KIA atau kartu menuju sehat (KMS) ibu hamil.

Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali observasi harus membuat catatan selama fase laten persalinan.

Menurut Budi, et al (2017), kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

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

b. Pencatatan Selama Fase Aktif Kala Satu

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

- 1) Informasi tentang ibu
 - a) Nama, umur
 - b) Gravida, para, abortus (keguguran)
 - c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban

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

2) kondisi janin

a) DJJ

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

b) Warna dan adanya air ketuban

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

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir

c) Penyusupan

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

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

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

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

3) Kemajuan Persalinan

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

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

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

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

4) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

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

b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

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

GAMBAR PARTOGRAF

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Denyut Jantung Janin (/menit)

200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80
[Grid for Denyut Jantung Janin]												

Air ketuban Penyusupan

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
[Grid for Air ketuban Penyusupan]										

Pembukaan serviks (cm) bertanda x
Turunnya kepala bertanda o

Sentimeter (Cm)

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
[Grid for Pembukaan serviks]										

Waktu (jam)

5	4	3	2	1
[Grid for Kontraksi tiap 0 Menit]				

Kontraksi tiap 0 Menit

< 20	20-40	> 40	(dok)	1
------	-------	------	---------	---

Oksitosin U/L tetes/menit

180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60
[Grid for Oksitosin U/L tetes/menit]												

Obat dan Cairan IV

• Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin { Protein Aseton Volume

180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60
[Grid for Nadi, Tekanan darah, Suhu]												

Protein	Aseton	Volume
[Grid for Urin]		

Gambar 2. 7 Patograf depan
Sumber: (Budi, 2017)

CATATAN PERSALINAN

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

KALA I

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

KALA II

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

KALA III

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

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

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

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

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

BAYI BARU LAHIR :

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

Gambar 2. 8 Patograf belakang
 Sumber: (Budi, 2017)

2.3.5 Tahapan Persalinan

Menurut Budi, et al (2017), ada 4 kala dalam persalinan antara lain sebagai berikut :

1. Kala I

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

Fase-fase dalam persalinan kala I :

- a. Fase laten
 - 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
 - 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
 - 3) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam
 - 4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik.
- b. Fase aktif dibagi dalam 3 fase :
 - 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, berlangsung selama 40 detik atau lebih).
 - 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm. Akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
 - 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
2. Kala II

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

Menurut Budi, et al (2017), Tanda dan gejala kala II persalinan :

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

Menurut Budi, et al (2017), Asuhan 60 langkah pada persalinan normal :

 - a. Persiapan alat
 - 1) Partus Set (2 klem Kocher, Gunting tali pusat, Benang tali pusat, Kateter, Gunting episiotomi, Klem 1/2 Kocher, 3 pasang sarung tangan pendek steril/DTT, Kasa, Spuit 2,5 cc) sarung tangan panjang 1 pasang
 - 2) Penghisap lendir Dee Lee
 - 3) Kapas DTT
 - 4) 4 Kain bersih, 3 handuk bersih, Under pet, washlap 6, bedong bayi 1
 - 5) Stetoskop, Tensimeter, Termometer, Funnandoskop, jam, Metlin
 - 6) Sarung tangan rumah tangga 1 buah
 - 7) Larutan Clorin 0,5%
 - 8) Alat pelindung diri: masker, goggles, alas kaki, skort, cup rambut
 - 9) Sabun cuci tangan dan air mengalir, handuk kecil
 - 10) Tempat sampah medis dan non medis
 - 11) Tempat pakaian kotor, dan tempat plasenta
 - 12) Obat-obatan: 6 ampul Oksitosin 1ml 10 U , Lidokain 10ml 3 ampul, Vitamin K 1 (neo K) 1 ampul, 2 ampul metergin, 2 ampul metilegrometrin
 - 13) Mesoprostol 3-5 tablet
 - 14) Persiapan infus : cairan RL minimal 6 kolf, abocat 16/18, bloodset

- 15) Alat resusitasi untuk ibu
 - 16) Alat resusitasi untuk bayi
- b. Mengenal tanda dan gejala kala II
- 1) Mendengar
 - 2) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - 3) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - 4) Perineum
 - 5) Vulva
- c. Menyiapkan pertolongan persalinan
- 1) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menantalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
 - 2) Untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bahu bayi
 - 3) Menggelar kain di atas perut, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi
 - 4) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
 - 5) Pakai celemek plastik dan alat pelindung diri
 - 6) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 - 7) Pakai sarung tangan DTT di sebelah kanan
 - 8) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
- d. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik
- 1) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - 2) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - 3) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - 4) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% --> langkah 9) bila tidak melakukan pergantian handschoon pakai handschoon sebelah kiri
 - 5) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
 - 6) Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
 - 7) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama

10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan tutup kembali partus set

- 8) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
 - 9) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal(berikan O2)
 - 10) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf
- e. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran
- 1) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - 2) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) & dokumentasikan semua temuan yg ada)
 - 3) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
 - 4) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)
 - 5) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran : Bimbing Ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - 6) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - 7) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - 8) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - 9) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - 10) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - 11) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - 12) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)
 - 13) Jika dalam waktu 60 menit (1 jam)ibu belum merasakan adanya dorongan untuk meneran anjurkan ibu untuk berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman.
- f. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi
- 1) jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm,maka Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu
 - 2) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
 - 3) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
 - 4) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

- 5) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal, mata dilap dengan menggunakan kassa steril
- 6) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
- 7) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut.
- 8) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 9) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 10) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 11) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lahirnya)
- 12) Lakukan penilaian bayi baru lahir sbb:
- 13) Sebelum bayi lahir :
 - a) Apakah kehamilan cukup bulan?
 - b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium (warna kehijauan) ?
- 14) Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan):
- 15) Apakah bayi menangis atau bernafas /tidak megap-megap?
- 16) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?
- 17) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya, kecuali bagian tangan.tanpa membersihkan verniks
- 18) Ganti handuk basah dengan bedong dan pakaikan topi
- 19) Biarkan bayi di atas perut ibu
- 20) Periksa kembali uterus untuk memastikan tak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 21) Beritahu ibu bahwa ia akan akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 22) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

- 23) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 24) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan penggantungan tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut.
- 25) Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- 26) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- 27) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putingsusu atau areola mammae ibu
- 28) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
- 29) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
- 30) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. bayi cukup menyusu dari satu payudara biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

g. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

- 1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva
- 2) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat
- 3) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang - atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
- 4) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 5) Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan
- 6) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- 7) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - a) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
 - b) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh
 - c) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - d) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

- e) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual
- 8) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- 9) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 10) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan jari-jari tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
- 11) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan masase
- 12) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- 13) Periksa kedua sisi plasenta bagian maternal (ibu) dan bagian fetal (bayi) plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 14) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 15) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi
- 16) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini dan biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 17) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian dikeringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang kering dan bersih.
- 18) Ajarkan ibu keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi (memakai jari-jari)
- 19) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 20) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/ menit)
 - a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - b) Jika bayi bernafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut

- 21) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 22) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit), Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 23) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 24) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0.5%
- 25) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 26) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 27) Pakai sarung tangan bersih/ DTT untuk memberikan vitamin K1 (1mg) IM di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran
- 28) Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik. (pernafasan normal 40-60x/ menit dan temperatur tubuh normal 36,5°c-37,5°c) setiap 15 menit.
- 29) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 30) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 31) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 32) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

3. Kala III

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

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

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

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan apabila dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Keuntungan- keuntungan manajemen aktif kala III yaitu persalinan kala III yang lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio plasenta. Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama yaitu pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama

setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri.

4. Kala IV

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

- a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan darah yang keluar disetiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kali empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
- b. Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus semakin membaik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, lebih ditingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
- c. Pantau tempertur tubuh tiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksanaan sesuai dengan apa yang di perlukan.
- d. Nilai perdarahan. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat.
- e. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.
- f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, dengan bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan dipeluk dan diberi ASI.
- g. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.

2.3.6 Mekanisme persalinan

Hampir 96 % janin berada dalam uterus dengan presentasi kepala dan pada presentasi kepala ini ditemukan \pm 58 % ubu-ubun kecil terletak di kiri depan \pm 23% di kanan depan, \pm 11 % di kanan belakang dan \pm 8% di kiri belakang. Keadaan ini mungkin di sebabkan terisinya ruangan di sebelah oleh kolon sigmoid dan rektum. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan mengalami penurunan dan mulai masuk ke dalam rongga panggul masuknya kepala melintasi pintu atas panggul (PAP) dapat dalam kondisi sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul (PAP). Dapat pula kepala masuk dalam keadaan asinklitismus, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul (PAP). Asinklitismus anterior menurut Naegele ialah apabila arah sumbu kepal membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul.

Keadaan asinklitimus anterior lebih menguntungkan dari mekanisme turunnya kepala dengan asinklitimus posterior karena ruangan pelvis di daerah posterior lebih luas jika di dibandingkan dengan ruangan pelvis di daerah anterior. Dengan fleksi

kepala janin memasuki di ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil, yakni dengan diameter subiksipitobregmatikus (9,5cm) dan sirkumferensia suboksipibregmatikus (32 cm) sampai di dasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal.

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

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

2.3.7 Perubahan fisik dan psikologi persalinan

1. Perubahan fisik

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

a. Uterus

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

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

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengurangan diameter horinzontal. Melalui perubahan bentuk ini, ada efek-efek penting pada proses persalinan. Pertama pengurangan diameter horizontal menimbulkan pelurusan kolumna vertabralis janin, dengan menekankan kutub atasnya rapat-rapat terhadap uteri, sementara kutub bawah di dorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke punggung. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang di

timbulkannya di perkiraan telah mencapai antara 5 sampai 10 cm, tekanan yang di berikan dengan cra ini di kenal sebagai tekanan sumbu janin. Kedua dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal di tarik tegang dan karena segmen bawah rahim dan servik 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 dan serviks.

b. Serviks

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

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

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

Dilatasi serviks, jika di bandingkan dengan korpus uteri, segmen bawah rahim dan serviks merupakan daerah yang resistensinya lebih kecil. Oleh karena itu, selama terjadi kontraksi, struktur-struktur ini mengalami peregangan, yang dalam prosesnya serviks mengalami tarikan sentrifugal.

Ketika kontraksi uterus menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatis kantong amnion akan melebarkan saluran serviks.

Apabila 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 serviks selama bagian terbawah janin berada pada posisi meneruskan tekanan terhadap serviks dan segmen bawah rahim.

c. vagina dan dasar panggul

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

Pada kala I persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun setelah ketuban pecah,

perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya di hasilkan oleh tekanan yang di berikan oleh bagian terbawah janin. Saat perinium teregang maksimal, anus menjadi jelas membuka dan terlihat sebagai lubang berdiameter 2 sampai 3 cm dan di sini dinding anterior rektum menonjol.

d. Perubahan psikologi ibu

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

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

2.3.8 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

1. Dukungan Emosional

Menurut Medforth, et al (2012), jika wanita mendapat dukungan dari bidan selama pengalaman mereka melahirkan maka:

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

2. Mobilisasi

Sarankan 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 atay merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok bisa membantu turunnya kepala bayi dan sering kali memperpendek waktu persalinan. Memberitahu pada ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit (Budi, 2017).

3. Pemberian Cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) saat melahirkan dan proses kelahiran bayi. beberapa ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengkonsumsi cairan saja. Anjurkan agar anggota sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan (Budi, 2017).

4. Personal hygiene

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih minimal setiap 2 jam sekali, 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 (Budi, 2017).

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 (Budi, 2017)

2.3.9 Tanda bahaya persalinan

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus waspada terhadap timbulnya penyulit atau masalah. Ingat bahwa menunda pemberian asuhan kegawatdarutan akan meningkatkan risiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Menurut Budi, et al (2017), tanda bahaya persalinan yaitu :

1. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I berikut ini :
 - a. Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah.
 - b. Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan).
 - c. Ketuban pecah disertai dengan keluaranya mekonium kental.
 - d. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.
 - e. Ketuban pecah pada kehamian kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
 - f. Infeksi (temperature $>38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
 - g. Tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urine (pre-eklampsia berat).
 - h. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
 - i. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).
 - j. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
 - k. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).
 - l. Prensentasi ganda (majemuk).
 - m. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
 - n. Syok (nadi cepat lemah lebih dari 110 x/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 jam dalam 10 menit).
 - p. Partus lama (pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjamn, frekuensi kontraksi kurunag 2 kali dlam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik).

2. Tanda bahaya dan komplikasi pada kala II di bawah ini:
 - 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 30 ml/jam).
 - b. Dehidrasi (perubahan nadi 100 x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam).
 - c. Infeksi (Nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperatur suhu $>38^{\circ}$ C, menggigil cairan ketuban berbau).
 - d. Pre-eklampsia ringan (Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria hingga 2+).
 - e. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (Tekanan darah sistolik 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 putar 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 berikut ini :
 - a. Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir).
 - b. Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir).
 - c. Bagian plasenta tertahan (bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang, bagian selaput ketuban hilang/robek, perdarahan pasca persalinan, uterus berkontraksi).
 - d. Atonia uteri (uterus lembek tidak berkontraksi dalam waktu 5 detik setelah masasege uterus, perdarahan pasca persalinan).
 - e. Robekan vagina, perineum atau serviks (perdarahan pasca persalinan. Plasenta lengkap, uterus berkontraksi).
 - f. Syok (nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit,tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
 - g. Dehidrasi (meningkatnya nadi lebih dari 100x/menit, temperature tubuh diatas 38° C, urine pekat, produksi urine sedikit 30ml/jam).
 - h. Infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperature suhu $> 38^{\circ}$ C, kedinginan, ciaran 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 Persalinan Lama

Menurut (Prawihardjo, 2016), Persalinan lama (distosia) merupakan sebagai persalinan yang abnormal atau sulit. Penyebab dari persalinan lama dibagi dalam 3 golongan, antara lain :

1. Kelainan His

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

2. Kelainan janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin

3. Kelainan jalan lahir

Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

Sebelum membicarakan kelainan his, ada baiknya diperhatikan kontraksi uterus pada persalinan biasa, secara singkat dapat dikemukakan bahwa his yang normal mulai dari sudut fundus uteri yang kemudian menjalar merata simetris ke seluruh korpus uteri dengan adanya dominasi kekuatan pada fundus uteri di mana lapisan otot uterus paling dominan, kemudian mengadakan relaksasi secara merata dan menyeluruh, hingga tekanan dalam ruang amnion balik ke asalnya ± 10 mmHg.

Menurut (Prawihardjo, 2016), kelainan pada persalinan lama, sebagai berikut :

1. Fase laten memanjang

Friedman dan sachtleben mendefinisikan fase laten berkepanjangan apabila lama fase ini lebih dari 20 jam pada nulipara dan 14 jam pada multipara. Kedua patokan ini adalah persentil ke- 95. Dalam laporan sebelumnya, Friedman menyajikan data mengenai durasi fase laten pada nulipara. Durasi rata-ratanya adalah 8,6 jam dan rentangnya dari 1 sampai 44 jam. Dengan demikian, lama fase laten sebesar 20 jam pada ibu nulipara dan 14 jam pada multipara mencerminkan nilai maksimum secara statistik.

2. Fase aktif memanjang

Kemajuan persalinan pada ibu nulipara memiliki makna khusus karena kurva-kurva memperhatikan perubahan cepat dalam kecuraman pembukaan serviks antara 3-4 cm. Dalam hal ini, fase "aktif" persalinan, dari segi kecepatan pembukaan serviks tertinggi, secara konsistensi berawal saat serviks mengalami pembukaan 3 sampai 4 cm. Kemiripan yang agak luar biasa ini digunakan untuk menentukan fase aktif dan memberi petunjuk bagi penatalaksanaan. Dengan demikian, pembukaan serviks 3-4 cm atau lebih, disertai adanya kontraksi uterus, dapat secara menyakinkan digunakan sebagai batas awal persalinan aktif. Demikian pula, kurva-kurva ini memungkinkan para dokter mengajukan

pertanyaan, karena awal persalinan dapat secara awal menyakinkan didiagnosa secara pasti, berapa lama fase aktif harus berlangsung.

3. Kala Dua Memanjang

Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Median durasinya adalah 50 menit untuk nulipara dan 20 menit untuk multipara, tetapi angka ini juga sangat bervariasi. Pada ibu dengan paritas tinggi yang vagina dan perineumnya sudah melebar, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya, pada seorang ibu dengan panggul sempit atau janin besar, atau dengan kelainan gaya ekspulsif akibat anestesia regional atau sedasi yang berat, maka kala dua sangat memanjang. Kilpatrick dan laros melaporkan bahwa rata-rata persalinan kala II, sebelum pengeluaran janin tahap panggul atau penurunan janin pada persalinan umumnya berlangsung setelah pembukaan lengkap. Selain itu, kala II melibatkan banyak gerakan pokok yang penting agar janin dapat melewati jalan lahir. Selama ini terdapat aturan-aturan yang membatasi durasi kala II. Kala II persalinan pada nulipara dibatasi 2 jam dan diperpanjang sampai 3 jam apabila digunakan analgesia regional. Untuk multipara satu jam adalah batasnya, diperpanjang menjadi 2 jam pada penggunaan analgesia regional. Persalinan lama dapat menimbulkan konsekuensi serius bagi salah satu atau keduanya sekaligus.

Menurut (Prawihardjo, 2016), Dampak persalinan lama pada ibu-janin sebagai berikut:

1. Infeksi intrapartum

Infeksi adalah bahaya yang serius yang mengancam ibu dan janinnya pada partus lama, terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri di dalam cairan amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis ibu dan janin. Pneumonia pada janin, akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi, adalah konsekuensi yang serius lainnya. Pemeriksaan servikal dengan jari tangan akan memasukkan bakteri vagina ke dalam uterus. Pemeriksaan ini harus dibatasi selama persalinan, terutama apabila dicurigai terjadinya persalinan lama.

2. Ruptura Uteri

Penipisan abnormal segmen bawah uterus menimbulkan bahaya serius selama partus lama, terutama pada ibu dengan paritas tinggi dan pada mereka dengan riwayat seksio sesarea. Apabila disproporsi antara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cakap (engagad) dan tidak terjadi penurunan, segmen bawah uterus menjadi sangat teregang kemudian dapat menyebabkan ruptura. Pada kasus ini, mungkin terbentuk cincin retraksi patologis yang dapat diraba sebagai sebuah krista transversal atau oblik yang berjalan melintang diuterus antara simfisis dan umbilikus. Apabila dijumpai keadaan ini, diindikasikan persalinan perabdominam segera.

3. Cincin Retraksi Patologis

Walaupun sangat jarang, dapat timbul konstiksi atau cincin lokal uterus pada persalinan yang berkepanjangan. Tipe yang paling sering adalah cincin retraksi patologis Bandl, yaitu pembentukan cincin retraksi normal yang berlebihan. Cincin ini sering timbul akibat persalinan yang terhambat, disertai peregangan dan penipisan berlebihan segmen bawah uterus. Pada situasi semacam ini cincin dapat terlihat jelas sebagai suatu indentasi abdomen dan menandakan ancaman akan rupturnya segmen bawah uterus. Konstriksi uterus lokal jarang dijumpai saat ini karena terhambatnya persalinan secara sebagai konstiksi jam pasir uterus setelah lahirnya kembar pertama. Pada keadaan ini, konstiksi tersebut kadang-kadang dapat dilemaskan dengan anestesi umum yang sesuai dan janin dilahirkan secara normal, tetapi kadang-kadang seksio sesarea yang dilakukan dengan segera menghasilkan prognosis yang lebih baik bagi kembar kedua.

4. Pembentukan Fistula

Apabila bagian terbawah janin menekan kuat ke pintu atas panggul, tetapi tidak maju untuk jangka waktu yang cukup lama, bagian jalan lahir yang terletak di antaranya dan dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan. Karena gangguan sirkulasi, dapat terjadi nekrosis yang akan jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dengan muncul fistula vesikovaginal, vesikoservikal, atau rektrovaginal. Umumnya nekrosis akibat penekanan ini pada persalinan kala dua yang berkepanjangan. Dahulu, saat tindakan operasi ditunda selama mungkin, penyulit ini sering dijumpai, tetapi saat ini jarang terjadi kecuali di negara-negara yang belum berkembang.

5. Cedera otot-otot Dasar panggul

Bahwa cedera otot-otot dasar panggul atau persarafan atau fasia penghubungnya merupakan konsekuensi yang tidak terelakkan pada persalinan pervaginam, terutama apabila persalinannya sulit. Saat kelahiran bayi, dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan ke bawah akibat upaya mengejan ibu. Gaya-gaya ini meregangkan dan melebarkan dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomik otot, saraf, dan jaringan ikat. Terdapat semakin besar kekhawatiran bahwa efek-efek pada otot dasar panggul selama melahirkan ini akan menyebabkan inkontinensia urin dan alvi serta prolaps organ panggul.

Menurut (Prawihardjo, 2016), Partus lama itu sendiri dapat merugikan. Apabila panggul sempit dan juga terjadi ketuban pecah lama serta infeksi intrauterus, risiko janin dan ibu akan muncul. Infeksi intrapartum bukan saja merupakan penyulit yang serius pada ibu, tetapi juga merupakan penyebab penting kematian janin dan neonatus. Hal ini disebabkan bakteri di dalam cairan amnion menembus selaput amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion, sehingga terjadi bakterimia pada ibu dan janin. Pneumonia janin, akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi, adalah konsekuensi serius lainnya.

Menurut (Prawihardjo, 2016), Ada beberapa efek partus lama pada janin, sebagai berikut:

1. Kaput suksedaneum

Apabila panggul sempit, sewaktu persalinan sering terjadi kaput suksedaneum yang besar di bagian terbawah kepala janin. Kaput ini dapat berukuran cukup besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius. Kaput dapat hampir mencapai dasar panggul sementara kepala sendiri belum cukup.

2. Molase kepala janin

Akibat tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura-sutura besar, suatu proses yang disebut molase. Biasanya batas median tulang parietal yang berkontak dengan promontorium bertumpang tindih dengan tulang di sebelahnya; hal yang lama terjadi pada tulang-tulang frontal. Namun, tulang oksipital terdorong ke bawah tulang parietal.

2.3.11 Malpresentasi

Menurut (Prawihardjo, 2016), malpresentasi adalah bagian terendah janin yang berada di segmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Malposisi adalah penunjuk (presenting part) tidak berada di anterior. Apabila janin dalam keadaan malpresentasi atau malposisi, maka dapat terjadi persalinan yang lama atau bahkan macet.

Menurut (Prawihardjo, 2016), macam-macam malpresentasi adalah :

1. Presentasi Dahi

Presentasi dahi terjadi manakala kepala janin dalam sikap ekstensi sedang. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba daerah sinsiput yang berada di antara ubun-ubun besar dan pangkal hidung. Bila menetap, janin dengan presentasi ini tidak dapat dilahirkan oleh karena besarnya diameter oksipitomental yang harus melalui panggul. Janin dengan ukuran kecil dan punggungnya berada di posterior atau ukuran panggul yang sedemikian luas mungkin masih dapat dilahirkan pervaginam.

Diagnosis presentasi dahi dapat ditegakkan apabila pada pemeriksaan vaginal dapat diraba pangkal hidung, tepi atas orbita, sutura frontalis, dan ubun-ubun besar, tetapi tidak dapat mereba dagu atau mulut janin. Pada umumnya presentasi dahi bersifat sementara untuk kemudian dapat berubah menjadi presentasi belakang kepala, presentasi muka atau tetap presentasi dahi. Oleh karena itu, apabila tidak ada gawat janin, menunggu kemajuan persalinan dapat dilakukan. Apabila presentasi dahi yang menetap dibiarkan berlanjut, maka akan terjadi molase yang hebat sehingga diameter oksipitomental akan berkurang dan terbentuk caput succedaneum di daerah dahi. Persalinan dapat berlangsung hanya bila molase tersebut membuat kepala bisa masuk panggul.

2. Presentasi Muka

Presentasi muka terjadi apabila sikap janin ekstensi maksimal sehingga oksiput mendekat ke arah punggung janin dan dagu menjadi bagian presentasinya. Faktor predisposisi yang meningkatkan kejadian presentasi dahi adalah malformasi janin (0,9%), berat badan lahir < 1.500 g (0,71%), polihidramnion (0,18%), dan multipara (0,16%).

Diagnosis presentasi muka ditegakkan apabila pada pemeriksaan vaginal dapat diraba mulut, hidung, tepi orbita dan dagu. Penunjuk presentasi muka adalah dagu. Pada palpasi abdomen kadang-kadang dapat diraba tonjolan kepala janin di dekat punggung janin. Pada waktu persalinan, seringkali muka menjadi edema, sehingga diagnosis dapat keliru sebagai presentasi bokong. Pada keadaan tersebut perabaan pada mulut mirip dengan perabaan anus.

Mekanisme persalinan presentasi muka serupa dengan persalinan belakang kepala. Secara berurutan akan terjadi proses kepala mengalami penurunan (descent), rotasi internal, fleksi, ekstensi, dan rotasi eksternal. Sebelum masuk panggul biasanya kepala janin belum dalam sikap ekstensi maksimal, sehingga masih presentasi dahi. Ketika terjadi perubahan menjadi presentasi muka. Ketika masuk pintu atas panggul dagu dalam posisi transversal atau oblik.

3. Presentasi Majemuk

Presentasi majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan tangan. Presentasi majemuk juga dapat terjadi manakala bokong memasuki panggul bersamaan dengan tangan. Dalam pengertian presentasi majemuk tidak termasuk presentasi bokong-kaki, presentasi bahu, atau prolaps tali pusat. Apabila bagian terendah janin tidak menutupi dengan sempurna pintu atas panggul, maka presentasi majemuk dapat terjadi.

Kemungkinan adanya presentasi majemuk dapat dipikirkan apabila terjadi kelambatan kemajuan persalinan pada persalinan fase aktif, bagian terendah janin (kepala atau bokong) tidak dapat masuk panggul terutama setelah terjadi pecah ketuban. Diagnosa presentasi majemuk dibuat melalui periksa dalam vagina. Apabila pada presentasi kepala teraba juga tangan atau kaki atau apabila pada presentasi bokong teraba juga tangan atau lengan, maka diagnosis presentasi majemuk dapat ditegakkan. Kesulitan menegakkan diagnosis tersebut oleh karena sering kali terjadi koreksi spontan terutama pada derajat ringan prolaps ekstremitas.

Kelahiran spontan pada persalinan dengan presentasi majemuk hanya dapat terjadi apabila janinnya sangat kecil (sedemikian sehingga panggul dapat dilalui bagian terendah janin bersamaan dengan ekstremitas yang menyertainya), atau apabila janin mati yang sudah mengalami masertasi. Mekanisme persalinan dapat terjadi sebagaimana mekanisme persalinan presentasi kepala atau presentasi bokong apabila terjadi reposisi baik secara maupun melalui upaya.

4. Presentasi bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong kaki, atau kombinasi keduanya. Presentasi bokong dapat diketahui pemeriksaan palpasi abdomen. Manuver Leopold perlu dilakukan pada setiap kunjungan perawatan antenatal bila umur kehamilannya ≥ 34 minggu. Untuk memastikan apabila masih terdapat keraguan pada pemeriksaan ultrasonografi, keberhasilan untuk menemukan adanya presentasi bokong pada masa kehamilan sangat penting oleh karena adanya prosedur versi luar yang direkomendasikan guna menurunkan insidensi persalinan dengan presentasi selain kepala dan persalinan bedah sesar.

Kepala adalah bagian janin yang terbesar dan kurang elastis. Pada presentasi kepala apabila dapat dilahirkan, maka bagian janin lainnya relatif mudah dilahirkan. Tidak demikian halnya pada presentasi bokong. Hal inilah yang menjadikan persalinan vagina pada presentasi bokong lebih berisiko. Pemahaman tentang mekanisme persalinannya akan membantu dalam memberikan upaya pertolongan persalinan yang berhasil.

Bokong akan memasuki panggul dengan diameter bitrokanter dalam posisi oblik. Pinggul janin bagian depan (anterior) mengalami penurunan lebih cepat dibanding pinggul belakangnya (posterior). Dengan demikian, pinggul depan akan mencapai pintu tengah panggul terlebih dahulu. Kombinasi antara tahanan dinding panggul dan kekuatan yang mendorong ke bawah (kaudal) akan menghasilkan putaran paksi dalam yang membawa sakrum ke arah transversal, sehingga posisi diameter bitrokanter di pintu bawah panggul menjadi anteroposterior.

Penurunan bokong berlangsung terus setelah terjadinya putaran paksi dalam, perineum akan meregang, vulva membuka, dan pinggul depan akan lahir terlebih dahulu. Pada saat itu, tubuh janin mengalami putaran paksi dalam dan penurunan, sehingga mendorong pinggul bawah menekan perineum. Dengan demikian, lahirlah bokong dengan posisi diameter bitrokanter anteroposterior, diikuti putaran paksi luar. Putaran paksi luar akan membuat posisi diameter bitrokanter dari anteroposterior menjadi transversal. Kelahiran bagian tubuh lain akan terjadi kemudian baik secara spontan maupun dengan bantuan.

2.3.12 Standar Asuhan Persalinan

Menurut Budi, et al (2017), terdapat empat standar dalam pertolongan persalinan antara lain :

1. Asuhan persalinan kala I

Selama melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik secara seksama, hal ini merupakan bagian dari asuhan sayang ibu yang baik dan aman selama persalinan. Bidan menilai dengan benar bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung. Bidan juga melakukan pertolongan persalinan dan kelahiran dengan sikap sopan dan memperhatikan tradisi setempat.

Bidan memberikan dukungan kepada ibu, mendengarkan keluhan ibu dan memfasilitasi kebutuhan nutrisi serta eliminasi ibu. Asuhan sayang ibu yang diberikan berupa pendampingan persalinan, memberikan dukungan emosional, dan pencegahan infeksi.

Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu, dan ajari ibu teknik bernapas. Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi, serta sarankan ibu berkemih sesering mungkin. Memasuki fase aktif bidan dapat memantau kemajuan persalinan dengan lembar partograf. Hal-hal yang perlu dipantau adalah kesejahteraan janin yang meliputi DJJ, air ketuban dan penyusupan (molase) tulang kepala janin. Kemajuan persalinan yang meliputi pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, dan kontraksi uterus. Kesejahteraan ibu yang meliputi nadi, tekanan darah, suhu dan volume urin.

2. Asuhan persalinan kala II

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan cara yang sopan, dan penghargaan terhadap klien serta memerhatikan tradisi setempat. Bidan memeriksa tanda dan gejala kala II. Selama persalinan kala II, bidan melakukan pertolongan selalu menghargai ibu dan menjaga privasi ibu. Bidan memastikan kelengkapan peralatan, bahan, air DTT, air klorin, dan obat-obatan esensial. Menggunakan alat perlindungan diri (APD) yang lengkap. Bidan memastikan keadaan janin baik. Minta bantuan pada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan cara meneran. Membimbing meneran dengan memperhatikan keadaan ibu dan janin. Melakukan persiapan pertolongan kelahiran janin saat kepala janin tampak vulva dengan diameter 5-6 cm. Asuhan sayang bayi dilakukan dengan mengupayakan kelancaran lahirnya kepala dan mencegah robekan perineum. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat pada leher janin. Menunggu kepala selesai melakukan putaran paksi luar. Menolong melahirkan bahu janin. Menolong kelahiran dada dan seluruh tubuh bayi. Meletakkan bayi diatas perut ibu. Mengeringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks dan mengganti kain basah dengan kain kering.

3. Asuhan persalinan kala III

Bidan memeriksa perut ibu untuk memastikan tidak ada janin kedua. Pada kala III diperlukan manajemen aktif kala (MAK) III untuk membantu menghindari terjadinya perdarahan saat persalinan. Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 IU secara *intramuscular* di sepertiga paha atas atas bagian distal lateral. Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir potong dan ikat tali pusat. Bidan memfasilitasi inisiasi menyusui dini (IMD). Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta serta selaput ketuban secara lengkap. Melakukan rangsangan (masase) dan memastikan bahwa uterus berkontraksi baik.

4. Asuhan persalinan kala IV

Bidan melakukan pemeriksaan palpasi pada perut ibu untuk memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. Evaluasi tinggi fundus uteri. Periksa kemungkinan adanya robekan di jalan lahir. Bidan melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, keadaan kandung kemih, pemantauan kontraksi, pemantauan kontraksi, pencegahan perdarahan pervaginam setiap 15 menit pada satu jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit pada jam kedua pascasalin. Memeriksa suhu ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascasalin. Bidan melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dengan baik. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan dalam catatan perkembangan dan partograf.

2.3.13 Pelayanan Persalinan Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes, 2020), pelayanan persalinan di era adaptasi kebiasaan baru sebagai berikut :

1. Pelayanan persalinan
 - a. Semua persalinan dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - b. Pemilihan tempat pertolongan persalinan ditentukan berdasarkan:
 - 1) Kondisi ibu yang ditetapkan pada saat skrining risiko persalinan.
 - 2) Kondisi ibu saat inpartu.
 - 3) Status ibu dikaitkan dengan COVID-19.
 - a) Persalinan di RS Rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status: suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 (penanganan tim multidisiplin).
 - b) Persalinan di RS non rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status: suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19, jika terjadi kondisi RS rujukan COVID-19 penuh atau terjadi kondisi emergensi. Persalinan dilakukan dengan APD yang sesuai.
 - c) Persalinan di FKTP untuk ibu dengan status kontak erat (skrining awal: anamnesis, pemeriksaan darah normal (NLR < 5,8 dan limfosit normal), rapid test non reaktif). Persalinan di FKTP menggunakan APD yang sesuai dan dapat menggunakan *delivery chamber* (penggunaan *delivery chamber* belum terbukti dapat mencegah transmisi COVID-19).
 - d) Pasien dengan kondisi inpartu atau emergensi harus diterima di semua Fasilitas harus diterima di semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan walaupun belum diketahui status COVID-19. Kecuali bila ada kondisi yang mengharuskan dilakukan rujukan karena komplikasi obstetrik.
 - c. Rujukan terencana untuk :
 - 1) Ibu yang memiliki risiko pada persalinan dan
 - 2) Ibu hamil dengan status Suspek dan Terkonfirmasi COVID-19
- c. Ibu hamil melakukan isolasi mandiri minimal 14 hari sebelum taksiran persalinan atau sebelum tanda persalinan.

- d. 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 likal dapat melakukan skrining lebih awal.
 - e. Pada zona hijau (tidak terdampak/tidak ada kasus), skrining COVID-19 pada ibu hamil jika ibu memiliki kontak erat atau gejala.
 - f. 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 di FKTP dapat menggunakan *delivery chamber* tanpa melonggarkan pemakaian APD (penggunaan *delivery chamber* belum terbukti dapat mencegah transmisi COVID-19).
 - g. 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.
 - h. Hasil skrining COVID-19 dicatat/dilampirkan di buku KIA dan komunikasikan ke Fasilitas pelayanan kesehatan tempat rencana persalinan.
 - i. Pelayanan KB pasca persalinan tetap dilakukan sesuai prosedur, diutamakan menggunakan Metode kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)
2. Pelayanan persalinan di Rumah Sakit
- a. Pemilihan metode persalinan juga harus mempertimbangkan ketersediaan sumber daya, fasilitas di rumah sakit, tata ruang perawatan rumah sakit, ketersediaan APD, kemampuan laksana, sumber daya manusia, dan risiko paparan terhadap tenaga medis dan pasien lain.
 - b. Indikasi induksi persalinan atau SC sesuai indikasi obstetrik, indikasi medis, atau indikasi kondisi ibu atau janin.
 - c. Ibu dengan COVID-19 yang dirawat di ruang isolasi di ruang bersalin, dilakukan penanganan tim multidisiplin yang terkait meliputi dokter paru/penyakit dalam, dokter kebidanan dan kandungan, anestesi, bidan dokter spesialis anak dan perawat perinatologi.
 - d. Upaya harus dilakukan untuk meminimalkan jumlah anggota staf yang memasuki ruangan dan unit, harus ada kebijakan lokal yang menetapkan personil yang ikut dalam perawatan. Hanya satu orang (pasangan/anggota keluarga) yang dapat menemani pasien. Orang yang menemani harus diinformasikan mengenai risiko penularan dan mereka harus memakai APD yang sesuai saat menemani pasien.
 - e. Pengamatan dan penilaian ibu harus dilanjutkan sesuai praktik standar, dengan penambahan pemeriksaan saturasi oksigen yang bertujuan untuk menjaga saturasi oksigen > 94%, titrasi terapi oksigen sesuai kondisi.

- f. Menimbang kejadian penurunan kondisi janin pada beberapa laporan kasus di Cina, apabila sarana memungkinkan dilakukan pemantauan janin secara kontinyu selama persalinan.
- g. Bila ada indikasi operasi terencana pada ibu hamil dengan suspek atau terkonfirmasi COVID-19, dilakukan evaluasi urgency-nya. Dan apabila memungkinkan ditunda untuk mengurangi risiko penularan sampai infeksi terkonfirmasi atau keadaan akut sudah teratasi. Apabila operasi tidak dapat ditunda maka operasi dilakukan sesuai prosedur standar dengan pencegahan infeksi sesuai standar APD.
- h. Persiapan operasi terencana dilakukan sesuai standar.
- i. Seksio sesarea dapat dilaksanakan di dalam ruangan bertekanan negatif atau dapat melakukan modifikasi kamar bedah menjadi bertekanan negatif (seperti mematikan AC atau modifikasi lainnya yang memungkinkan)
- j. Apabila ibu dalam persalinan terjadi perburukan gejala, dipertimbangkan keadaan secara individual untuk melanjutkan observasi persalinan atau dilakukan seksio sesaria darurat jika hal ini akan memperbaiki usaha resusitasi ibu.
- k. Ruangan operasi kebidanan :
 - 1) Operasi elektif pada pasien COVID-19 harus dijadwalkan terakhir.
 - 2) Pasca operasi, ruang operasi harus dilakukan pembersihan penuh sesuai standar.
 - 3) Jumlah petugas di kamar operasi seminimal mungkin dan menggunakan Alat perlindungan Diri sesuai standar.
- l. Antibiotik intrapartum harus diberikan sesuai protokol.
- m. Plasenta harus ditangani sesuai praktik normal. Jika diperlukan histologi, jaringan harus diserahkan ke laboratorium, dan laboratorium harus diberitahu bahwa sampel berasal dari pasien suspek atau terkonfirmasi COVID-19.
- n. Berikan anestesi epidural atau spinal sesuai indikasi dan menghindari anestesi umum kecuali benar-benar diperlukan.
- o. Dokter spesialis anak dan tim harus diinformasikan terlebih dahulu tentang rencana pertolongan persalinan ibu dengan COVID-19, agar dapat melakukan persiapan protokol penanganan bayi baru lahir dari ibu tersebut.

2.4. Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

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

Menurut WHO (2010) dalam buku panduan pelayanan pasca persalinan, nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau

masa puerperium mulai setelah partus selesai dan berakhir setelah 6 minggu atau 42 hari (Kemenkes, 2019).

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

2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

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

1. Uterus

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

2. Bekas Implantasi

Plasenta bed mengecil sebab kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Setelah 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 apabila 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 (crueta) 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 pasca persalinan.
- c. Lokhia serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- d. Lokhia alba cairan putih, setelah 2 minggu.
- e. Lokhia purulenta Terjadi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f. Lokioistasis lokhia tidak lancar keluarnya.

6. Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya yang 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 berangsur-angsur menjadi cuit dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi disebabkan ligamentum rotundum menjadi kendur.

2.4.3 Perubahan psikologi

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 kebutuhannya terpenuhi oleh orang lain.
- d. Ibu akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkan
- e. Menunjukkan kebahagiaan 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 menanggihkan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya
- h. Nutrisi tambahan mungkin diperlukan karena selera makan ibu biasanya meningkat.
- i. Selera makan yang buruk merupakan tanda bahwa proses pemulihan tidak berjalan normal.

2. Fase Taking Hold

- a. Periode antara ketergantungan dan ketidak tergantungan, atau fase dependen-independen.
- b. Periode yang berlangsung 2-4 hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatian pada kemampuannya menjadi orangtua yang berhasil dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap bayinya.
 - 1) Fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya).
 - 2) Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya
 - 3) Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga pada dirinya.
 - 4) Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya.
 - 5) Ibu berusaha untuk terampil dalam perawatan bayi baru lahir (misalnya memeluk, menyusul, memandikan dan mengganti popok).
- c. Ibu memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih kekuatan dan daya tahan.

- d. Ibu mungkin peka terhadap perasaan-perasaan tidak mampu dan mungkin cenderung memahami saran-saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup.
 - e. Bidan seharusnya memperhatikan hal ini sewaktu memberikan instruksi dan dukungan emosi.
3. Fase Letting Go.
- a. Periode saling ketergantungan atau fase independen.
 - b. Periode ini umumnya terjadi setelah ibu baru kembali ke rumah, dimana ibu melibatkan waktu reorganisasi keluarga.
 - c. Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir.
 - d. Ibu mengenal bahwa bayi terpisah dari dirinya.
 - e. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi.
 - f. Ibu harus beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan khususnya interaksi social.
 - g. Depresi postpartum umumnya terjadi selama periode ini.

2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu nifas

Menurut (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 mineral 3 liter/hari, mengkonsumsi suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU.

2. Mobilisasi

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

3. Eliminasi

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

4. Kebersihan diri

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

5. Istirahat

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

6. Seksual

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

2.4.5 Tanda bahaya Nifas

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

1. Perdarahan pascapersalinan

Perdarahan pasca persalinan 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 (sistolik <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.

Penyebab perdarahan belum diketahui dengan pasti tetapi faktor yang memungkinkan terjadinya perdarahan post partum (Kemenkes, RI, 2018), yaitu sebagai berikut:

- a. Terjadi 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 overdistensu (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 kariamnionitis).
 - 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 kenaikan suhu sampai 38° C 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 hygiene yang kurang 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
 - 1) Bayi disusui terlebih dahulu pada puting yang tidak lecet
 - 2) jangan menggunakan bahan-bahan seperti sabun atau alkohol pada puting
 - 3) sehabis menyusui tidak perlu dibersihkan cukup dianginkan
 - 4) Menyusui dilakukan lebih sering 8-12 kali dalam 24 jam
- b. Payudara bengkak
 Cara mengatasi:
 - 1) ASI dikeluarkan dengan menyusukannya, meskipun sedikit sakit, sebelum disusukan payudara dimasase
 - 2) Kompres dengan air dingin agar kekejangan pembuluh vena berkurang dan mengurangi rasa sakit.
 - 3) Menyusui pada payudara yang tegang penuh tersebut dilakukan lebih lama dan lebih sering.
4. Puting susu datar dan tertanam
 Cara mengatasinya puting susu ditarik tarik sampai menonjol, kalau perlu dengan bantuan pompa susu.
5. Eklampsia dan pre eklampsia
 Eklampsia merupakan keadaan serangan kejang tiba-tiba pada wanita hamil, bersalin atau nifas yang telah menunjukkan gejala pre eklampsia sebelumnya.
 Diagnosis:
 - a. Preeklampsia berat
 - 1) Tekanan darah $>160/110$ mmHg pada usia kehamilan >20 minggu
 - 2) Hasil tes celup urine menunjukkan proteinuria $\geq 2+$ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 5 g/24 jam
 - 3) Adanya gejala lain yang menyertai seperti : trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemolisis mikroangiopati, peningkatan SGOT/SGPT. Nyeri abdomen kuadran kanan atas, sakit kepala, skotomata penglihatan, pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, edema paru, dan oliguria (<500 ml/24 jam)

b. Eklampsia

- 1) Kejang umum atau koma
- 2) Ada tanda dan gejala preeklampsia
- 3) Tidak ada kemungkinan penyebab lain (mis. Epilepsi, perdarahan subarakhoid, dan meningitis)

6. Nyeri perineum

Setiap ibu yang telah menjalani proses persalinan dengan mendapatkan luka perineum akan merasakan nyeri, sehingga menyebabkan banyak masalah diantaranya subinvolusi uterus, pengeluaran lochea yang tidak lancar 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 secara farmakologi yaitu dengan memberikan analgesik oral (parasetamol 500 mg tiap 4 jam atau jika perlu), sedangkan penanganan secara non farmakologi anatara lain :

- a. Menganjurkan untuk mandi dengan air es. Sensasi dingin menyebabkan terjadi pelepasan endofrin sehingga terjadi penurunan rasa nyeri.
- b. *Cold therapy* dengan menggunakan es melalui kompres dingin atau pijat es.

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 setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

- b. Standar 15 : pelayanan bagi Ibu dan Bayi pada masa Nifas

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

2. Kebijakan pelayanan

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

Tabel 2. 9 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

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

Sumber : ((Kemenkes, 2020)

2.4.7 Pelayanan Masa Nifas di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes, 2020), pelayanan Masa Nifas di Era Adaptasi Kebiasaan Baru sebagai berikut :

1. Pelayanan Pasca Salin

- a. Pelayanan Pasca Salin (ibu nifas dan bayi baru lahir) dalam kondisi normal tidak terpapar COVID-19 : kunjungan minimal dilakukan minimal 4 kali.

Tabel 2. 10 Pelayanan Pasca Salin Berdasarkan Zona

Jenis pelayanan	Zona Hijau (Tidak Terdampak/ Tidak Ada Kasus)	Zona kuning (Risiko Rendah), Orange (Risiko Sedang), Merah (Risiko Tinggi)
Kunjungan 1 : 6 jam-2 hari setelah persalinan	Kunjungan nifas 1 bersamaan dengan kunjungan neonatal 1 dilakukan di Fasilitas pelayanan Kesehatan.	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : 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. Apabila tenaga kesehatan diperlukan, dapat dilakukan kunjungan menerapkan protokol ke Fasyankes dengan kesehatan, baik tenaga didahului janji kesehatan maupun ibu dan keluarga.
Kunjungan 2 : 3-7 hari setelah persalinan	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : 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. Apabila tenaga kesehatan diperlukan, dapat dilakukan kunjungan menerapkan protokol ke Fasyankes dengan kesehatan, baik tenaga didahului janji kesehatan maupun ibu dan keluarga.	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : 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. Apabila tenaga kesehatan diperlukan, dapat dilakukan kunjungan menerapkan protokol ke Fasyankes dengan kesehatan, baik tenaga didahului janji kesehatan maupun ibu dan keluarga.
Kunjungan 3 : 8-28 hari setelah persalinan	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : 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. Apabila tenaga kesehatan diperlukan, dapat dilakukan kunjungan menerapkan protokol ke Fasyankes dengan kesehatan, baik tenaga didahului janji kesehatan maupun ibu dan keluarga.	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : 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. Apabila tenaga kesehatan diperlukan, dapat dilakukan kunjungan menerapkan protokol ke Fasyankes dengan kesehatan, baik tenaga didahului janji kesehatan maupun ibu dan keluarga.
Kunjungan 4 : 29-42 hari setelah persalinan	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : 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. Apabila tenaga kesehatan diperlukan, dapat dilakukan kunjungan menerapkan protokol ke Fasyankes dengan kesehatan, baik tenaga didahului janji kesehatan maupun ibu dan keluarga.	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : 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. Apabila tenaga kesehatan diperlukan, dapat dilakukan kunjungan menerapkan protokol ke Fasyankes dengan kesehatan, baik tenaga didahului janji kesehatan maupun ibu dan keluarga.

Sumber: (Kemenkes,2020)

- c. Ibu nifas dengan status suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 setelah pulang ke rumah melakukan isolasi mandiri selama 14 hari. Kunjungan nifas dilakukan setelah isolasi mandiri selesai.
- d. Ibu nifas dan keluarga diminta mempelajari dan menerapkan buku KIA dalam perawatan nifas dan bayi baru lahir di kehidupan sehari-hari, termasuk mengenali **tanda bahaya** pada masa nifas dan bayinya ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- e. KIE yang disampaikan kepada ibu nifas pada kunjungan pasca slain (kesehatan ibu nifas):
 - 1) Higiene sanitasi diri dan organ genitalia.
 - 2) Kebutuhan gizi ibu nifas.
 - 3) Perawatan payudara dan cara menyusui.

- 4) Istirahat, mengelola rasa cemas dan meningkatkan peran keluarga dalam pemantauan kesehatan ibu dan bayinya.

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 (Sofian, 2013), Klasifikasi klinik nilai APGAR adalah:

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

Tabel 2. 11 APGAR SCORE

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

Sumber : (Sofian, 2014)

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

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

Bayi seringkali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah bayi lahir. Bising usus menunjukkan sytem pencernaan mampu berfungsi. Namun, keberadaan feses saja tidak mengindikasikan bahwa anus paten.

2. Periode tidur yang tidak berespon

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

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 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 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 ons per pemberian makan selama hari pertama kehidupan.

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

2.5.4 Kebutuhan Dasar BBL

Menurut Budi, et al (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 asuahn 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 sentralisasi. 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

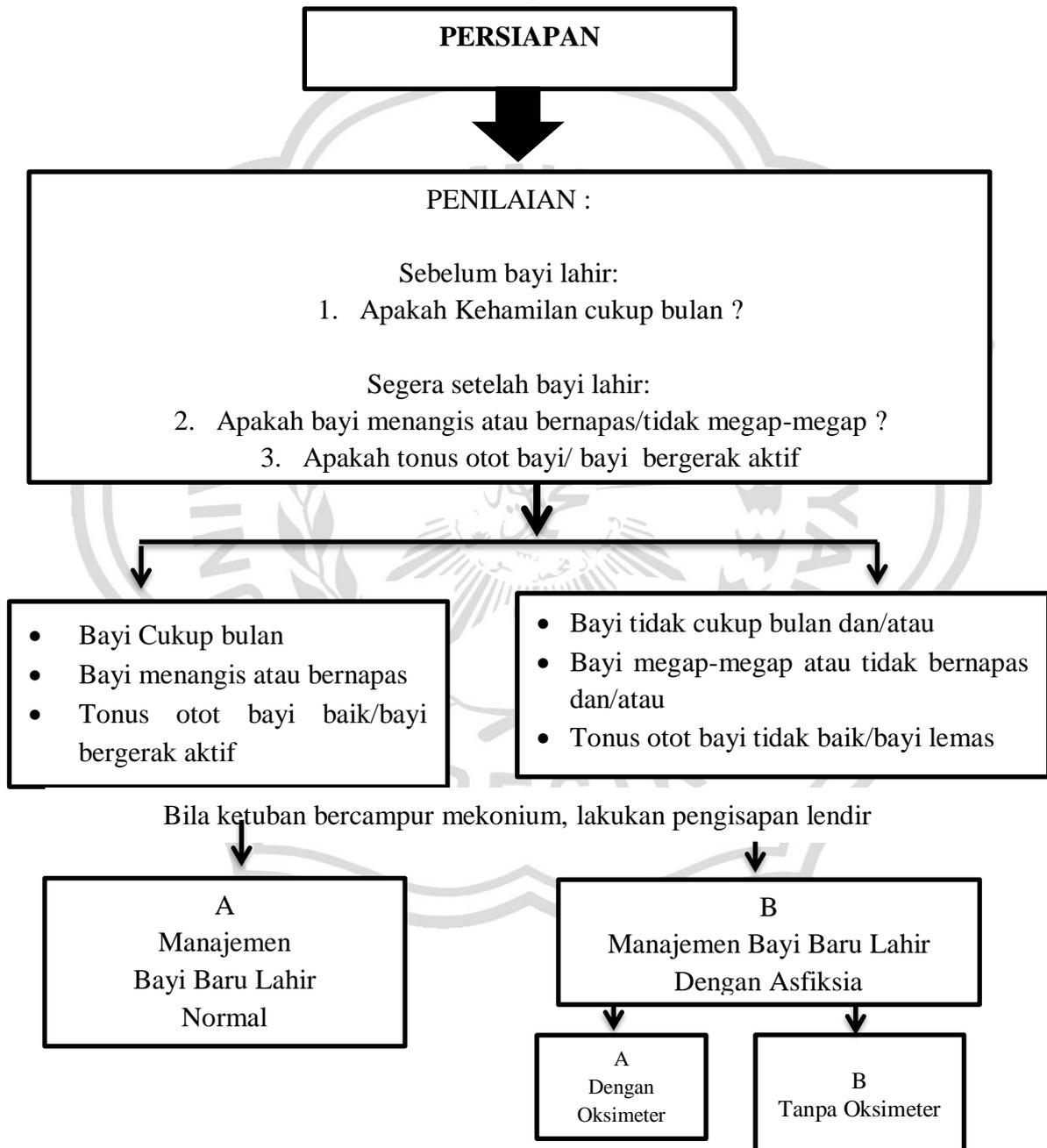
Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat misalnya meja, dipan atau lantai beralas tikar. Sebaiknya dekat pemancar panas dan terjaga dari tiupan angin.

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.

- Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
- Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?

Jika bayi tidak bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah makan segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir



Gambar 2.9 Manajemen Bayi Baru Lahir

Sumber : Budi,2017

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

4. Merawat tali pusat

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 efektif. 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

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

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 BBI

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

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

2.5.6 Standar Asuhan BBL

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

Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

a. Tujuan

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

b. Pernyataan standar

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

2. Kebijakan pelayanan

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

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

- 1) Pencegahan Infeksi (PI).
- 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi.
- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat.
- 4) Insiasi 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 K 1 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 wilayah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara tepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu, membersihkan jalan nafas, hangat, kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.

e. Pemotongan dan perawatan tali pusat.

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.

f. Waktu pemeriksaan bayi baru lahir.

Bayi baru lahir sebelum usia 6 jam, usia 6-48 jam, usia 3-7 hari, minggu ke 2 pasca lahir.

g. Pemeriksaan fisik

h. 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.

- i. 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 menyusui dengan baik atau tidak.
 - 5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
 - 6) Dokumentasikan.
- j. Minggu pertama setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusui dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasi jadwal kunjungan neonatal.
- k. Minggu kedua setelah bayi lahir.
 - 1) Timbangan berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusui dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan.
- l. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya
 - 1) Amatilah bahwa urine dan feses normal.
 - 2) Periksa alat kelamin dengan kebersihannya.
 - 3) Periksa tali pusat.
 - 4) Periksa tanda vital bayi.
 - 5) Periksa kemungkinan infeksi mata.
 - 6) Tata laksana kunjungan rumah bayi baru lahir oleh bidan diantaranya yaitu
 - 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 Masa BBL di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes, 2020), Pelayanan Masa BBL di Era Adaptasi Kebiasaan Baru sebagai berikut :

1. Pelayanan Bayi Baru Lahir Secara Umum

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*).

Penanganan bayi baru lahir ditentukan oleh status kasus ibunya bila dari hasil skrining menunjukkan ibu termasuk COVID-19. Maka persalinan dan penanganan terhadap bayi baru lahir dilakukan di Rumah Sakit.

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, Insiasi Menyusu Dini (IMD), injeksi vitamin K1, pemberian salep/tes mata antibiotik, dan imunisasi Hepatitis B.

2. Pelayanan Bayi Baru Lahir di Rumah Sakit

Komunikasi, informasi, dan edukasi semua prosedur pelayanan pada bayi baru lahir sudah diberikan saat sebelum dilakukan tindakan terminasi kehamilan, atau saat bayi baru lahir masuk ruang rawat Rumah Sakit, yang dikuatkan dengan Informed consent. Pelayanan bayi baru lahir yang dilakukan adalah :

- a. Bayi yang lahir dari ibu suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 termasuk dalam kriteria suspek, sehingga penentuan status terinfeksi virus SAR-CoV-2 dan kondisi bayi baru lahir harus segera dilakukan.
 - 1) Pembuktian virus SARS-CoV-2 dengan swab nasofaring/orofaring segera dilakukan idealnya dua kali dengan interval waktu minimal 24 jam.
 - 2) Hasil satu kali positif menunjukkan bahwa bayi baru lahir terinfeksi virus SAR-CoV-2.
- b. Prosedur klinis pada Bayi Baru Lahir dari Ibu dengan Status Suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 dianggap sebagai bayi COVID-19 sampai hasil pemeriksaan RT-PCR negatif. Tindakan yang dilakukan pada bayi baru lahir tersebut disesuaikan dengan periode *Continuity of care* pada neonatus.
 - 1) Bayi baru lahir dari ibu suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 dianggap sebagai bayi COVID-19 sampai hasil pemeriksaan RT-PCR negatif. Tindakan yang dilakukan pada bayi baru lahir tersebut disesuaikan dengan periode *Continuity of care* pada neonatus.
 - 2) Tindakan resusitasi, stabilisasi dan transportasi (*aerosol generated*).
 - a) Tindakan dilakukan pada 30 detik pasca persalinan apabila pada evaluasi bayi terdiagnosa tidak bugar (tidak bernapas dan tidak bergerak).
 - b) Isolasi dan APD sesuai prosedur pencegahan penularan udara (*aerosol generated*).
 - 3) Prosedur klinis pada bayi lahir tanpa gejala :
 - a) Periode 30 detik-90 menit pasca lahir pada bayi baru lahir tanpa gejala:
 - (1) Penundaan penjepitan tali pusat (*Delayed Cord Clamping*) tidak dilakukan, sebagai upaya pencegahan penularan baik secara droplet

maupun aerosol (udara) serta untuk mempercepat pemisahan ibu dan bayi baru lahir ke ruang/area khusus untuk prosedur stabilitasi selanjutnya.

- (2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD), Tenaga kesehatan harus melakukan konseling terlebih dahulu mengenai bahaya dan risiko penularan COVID-19 dari ibu ke bayi, manfaat IMD, serta manfaat menyusui (dilakukan pada saat antenatal atau menjelang persalinan).
 - (3) IMD dilakukan atas keputusan bersama orang tua.
 - (4) IMD dapat dilakukan apabila status ibu adalah kontak erat/suspek, dan dapat dipertimbangkan pada ibu dengan status probable/konfirmasi tanpa gejala/gejala ringan dan klinis ibu maupun bayi baru lahir dinyatakan stabil.
 - (5) Apabila pilihan tetap melakukan inisiasi menyusui dini, wajib dituliskan dalam informed consent, dan tenaga kesehatan wajib memfasilitasi dengan prosedur semaksimal mungkin untuk mencegah terjadinya penularan droplet.
 - (6) Ibu harus melakukan protokol/prosedur untuk pencegahan penularan COVID-19 dengan menggunakan masker bedah, mencuci tangan, dan membersihkan payudara.
- b) Periode 90 menit-6 jam pasca lahir (golden minutes-hours / periode transisi intra ke ekstra uteri) :
- (1) Dilakukan pemeriksaan swab nasofaring/orofaring untuk pembuktian virus SARS-Cov-2.
 - (2) Perawatan neonatal esensial :
 - (a) Pemeriksaan fisik
 - (b) Identifikasi tanda bahaya
 - (c) Antropometri
 - (d) Injeksi Vitamin K1
 - (e) Pemberian salep / tetes mata antibiotik
 - (f) Imunisasi Hepatitis B0
 - c) Bayi baru lahir dapat segera dimandikan setelah keadaan stabil, tidak menunggu setelah 24 jam.
 - d) Apabila bayi berhasil beradaptasi pada kehidupan ekstra uteri, neonatus dinyatakan sehat dan dapat dilakukan rawat gabung. Prosedur rawat gabung akan dijelaskan pada bagian rawat gabung.

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 uteri ke kehidupan ekstra uterin) dan toleransi bagi bayi baru lahir untuk dapat hidup dengan baik (Saifuddin, 2014).

Fisiologis neonatus merupakan ilmu yang mempelajari fungsi dan proses vital neonatus. Neonatus adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Selain itu, neonatus adalah individu yang sedang bertumbuh (Saifuddin, 2014).

5.6.2 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 bonding*) 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 (*Entrainment*)

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

3. Kebutuhan Asuh pada Neonatus

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

- a. Air susu ibu (ASI) merupakan makanan terbaik untuk bayi sebagai anugrah Tuhan yang Maha Esa.
- 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, faktor pertumbuhan, hormon, enzim dan kekebalan. Semua zat ini terdapat secara proporsional 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 resisten. Imunisasi berarti pemberian kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh kekebalan tubuh manusia terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi berarti pemberian kekebalan tubuh manusia terhadap penyakit tertentu. Proses imunisasi ialah memasukkan vaksin atau serum ke dalam tubuh manusia, melalui oral atau suntikan.

5.6.3 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 ≤ 30 x/menit dan ≥ 60 x/menit.
5. Suhu tubuh $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ dan $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$.
6. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.
7. Merintih.
8. Nanah banyak di mata.
9. Pusat kemerahan meluas ke dinding perut.
10. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
11. Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat.
12. Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI.
13. BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram.
14. Kelainan kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

5.6.4 Standar Asuhan Neonatus

Menurut (Depkes RI, 2012), standar pelayanan minimal untuk bayi baru lahir adalah Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir.

1. Tujuan Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemia dan infeksi.
2. Pernyataan Standar Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah dan menangani hipotermia.

5.6.5 Pelayanan Neonatus di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Kemenkes, 2020), pelayanan Neonatus di Era Adaptasi Kebiasaan Baru sebagai berikut :

1. Periode 6-48 jam pasca lahir (*golden days*) di rumah sakit atau Kunjungan Neonatal 1:
 - a. Dapat dilakukan rawat gabung dengan prosedur rawat gabung dilaksanakan berdasarkan tingkat keparahan gejala ibu penderita COVID-19 (suspek, probable, atau terkonfirmasi) serta kapasitas ruang rawat gabung isolasi COVID-19 dan non-COVID-19 di Rs.
 - b. Neonatus tanpa gejala yang lahir dari ibu suspek, probabale, atau tanpa gejala atau gejala ringan, dapat rawat gabung dan menyusu langsung dengan mematuhi droplet, di ruang rawat gabung isolasi khusus COVID-19.
 - c. Perawatan yang diberikan saat rawat gabung adalah :
 - 1) Pemberian ASI
 - 2) Observasi fungsi defekasi, diuresis, hiperbilirubinemia, dan timbulnya tanda bahaya kegawat saluran cerna, (perdarahan, sumbatan usus atas dan tengah), infeksi, dan kejang.
 - 3) Pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan skrining hipotiroid kongenital sesuai pedoman SHK.
 - 4) Prosedur pemulangan bayi
2. Periode 3-7 pasca lahir (*golden days*) atau Kunjungan Neonatal 2

Bayi baru lahir yang sudah dipulangkan dari rumah sakit, pemantauan tetap dilakukan oleh rumah sakit melalui media komunikasi, dan berkoordinasi dengan puskesmas wilayahnya untuk ikut melakukan pemantauan
3. Perode 8-28 hari pasca lahir (*golden weeks*) atau Kunjungan Neonatal 3

Bayi baru lahir yang sudah dipulangkan dari rumah sakit, pemantauan tetap dilakukan oleh rumah sakit melalui media komunikasi, dan berkoordinasi dengan puskesmas wilayahnya untuk ikut melakukan pemantauan.

5.7 Konsep Keluarga Berencana (KB)

2.7.1 Pengertian KB

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

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual. Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan diberikan untuk menjarangkan jarak kehamilan berikutnya setidaknya dalam 2 tahunan jika seorang wanita masih merencanakan memiliki anak. Jenis kontrasepsi yang digunakan sama seperti prioritas pemilihan 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 menurut (Affandi, 2015), antara lain :

1. Kontrasepsi hormonal, terdiri dari :
 - 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 sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.
 - 4) Indikasi
 - a) Usia reproduktif.
 - b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak.
 - c) Gemuk atau kurus.
 - d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
 - e) Setelah melahirkan dan menyusui.
 - f) Pasca keguguran.
 - g) Anemia karena haid berlebihan, siklus haid tidak teratur.
 - h) Riwayat kehamilan ektopik kelainan payudara jinak, diabetes tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, saraf dan penyakit *tuberculosis* (TB).
 - i) Penyakit tyroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumoe ovarium jinak.

5) Kontraindikasi

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

6) kelebihan

- a) Memiliki efektifitas yang tinggi.
- b) Risiko 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 risiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkatkan. Dan tidak mencegah IMS.

8) Waktu mulai menggunakan kontrasepsi

- a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil.
- b) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.

- c) Setelah melahirkan atau pasca keguguran.
 - 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 penghilatan kabur atau tidak dapat melihat.
 - e) Sakit tungkai bawah yang hebat (betis atau paha).
- b. Suntikan kombinasi
- 1) Pengertian
Merupakan kontrasepsi suntik yang mengandung hormon sintesis progesteron dan estrogen.
 - 2) Jenis
 - a) 25 mg Depo Medroksi progesteron Asetatan 5 mg Estrodio sipionat, Diberikan secara IM 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 implantansi, menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menghambat transportasi gamet oleh tuba/mengganggu motilitas tuba.
 - 4) Indikasi
 - a) Usia reproduksi.
 - b) Telah memiliki anak/belum.
 - c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas 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 skait kepala atau migrain dan keganasan pada payudara.
- 6) Kelebihan
- a) Risiko terhadap kesehatan kecil.
 - b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
 - c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam.
 - d) Jangka panjang.
 - e) Efek samping sangat kecil.
 - f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 7) Kerugian
- a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari.
 - b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
 - c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
 - d) Efektifitasnya bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi atau obat tuberculosi.
 - 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 metode kontrasepsi yang 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 di siklus haid hari ke 1 dan 7.

- f) Bila pasca persalianan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi.
 - g) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberi.
 - h) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam 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 non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakina ibu tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid.
- 9) Tanda bahaya dan komplikasi
- a) Pertambahan berat badan yang menyolok.
 - b) Sakit kepala yang hebat.
 - c) perdarahan per-vaginam yang banyak
 - d) Depresi.
- c. Suntikan progestin
- 1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi dengan jalan penyuntikan sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormon progesteron wanita usia subur. Suntikan progestin seperti depo-provera dan noris-terat mengandung hormon progestin saja. Suntikan ini baik 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 Intra Muskuler.
 - b) Depo Nonstterat Enontat (Depo Nonsterat) yang mengandung 200 mg 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 tranportasi 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 efektifitas tinggi.
 - e) Setelah melahirkan dan menyusui.
 - f) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubekmi serta sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
 - g) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
 - h) Menggunakan obat untuk epilepsi atau obat tuberculosis.
 - i) Tidak dapat mengandung kontrasepsi yang mengandung estrogen 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 endometrium dan kehamilan ektopik dan menurunkan kejadian penyakit rasang panggul.
 - j) Menurunkan Krisis anemia bulan sabit.
- 7) Keterbatasan
- a) Sering ditemukan gangguan haid.
 - b) Klien sangat bergantung pada tempat saran pelayanan kesehatan.
 - c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
 - d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
 - e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
 - f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian suntikan
 - g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan 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, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.
- 8) Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin.
- a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil.
 - b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
 - c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tersebut tidak hamil.
 - d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan jenis 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 non hormonal 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.
 - h) Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.
 - i) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur.
- 9) Tanda bahaya dan komplikasi.
- a) Pertambahan berat badan yang menyolok
 - b) Sakit kepala yang hebat
 - c) Perdarahan per-vaginam yang banyak
 - d) Depresi
 - e) Poliuri
- d. Pil progestin (Minipil)
- 1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi peroral, di konsumsi sebagai usaha pencegahan kehamilan mengandung hormone progesteron.
 - 2) Jenis
 - a) Kemasan dengan pil isi 35 pil : 300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretindron.
 - b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 mg desogestrel.
 - 3) Cara kerja

Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih

sulit, mengentalkan lendir serviks, sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba transportasi sperma terganggu.

4) Indikasi

- a) usia reproduktif.
- b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
- c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
- d) Pasca persalinan dan tidak menyusui atau pasca keguguran.
- e) Perokok segala usia.
- f) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama < 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- g) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak masalah menggunakan estrogen.

5) Kontraindikasi

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

6) Kelebihan

- a) Sangat efektif bila digunakan secara teratur.
- b) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- c) Kesuburan cepat kembali.
- d) Nyaman dan mudah digunakan.
- e) sedikit efek samping.
- f) Dapat dientikan setiap saat.
- g) Tidak mengganggu estrogen.

7) Keterbatasan

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

8) Waktu menggunakan kontrasepsi

- a) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid.

- b) Dapat digunakan setiap saat, asal tidak digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil.
 - c) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat.
 - d) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan, dan klien telah menjadi mendapat haid minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
 - e) 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.
 - f) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran.
 - g) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain.
 - h) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.
- e. Kontrasepsi implan
- 1) Pengertian

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 – 5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The population council*, yaitu suatu organisasi yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.
 - 2) 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 silatik 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.

 - a) Jadelle (Norplant II)

Masa kerja Norplant adalah 5 tahunan tetapi studi komparasi dengan implant-2 ternyata 5- *year pregnancy rates* dan efek samping dari kedua kontrasepsi subdermal ini adalah sama. *Population council* baru ini menyatakan bahwa jadelle direkomendasikan untuk penggunaan 5 tahun dan Norplant untuk 7 tahun. Kumulasi 0,8 – 1,0 dan Norplant sebesar 0,2 per tahun.
 - b) Implanon

Implanon (Organon, Oss, Netherland) adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3- ketodesogestrel),

merupakan metabolit desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progestational yang lebih tinggi dari levonorgestrel. Kapsul polimer (*ethylene vinyl acetate*) mempunyai tingkat pelepasan 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.

c) 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 hormon subdermal. Penelitian saat ini mengarah penggunaan kapsul 40 mm dengan dosis normal atau 30 mm dengan dosis yang lebih tinggi agar dapat bekerja aktif untuk jangka waktu 2 tahun. Kapsul tunggal 30 mm sedang diteliti di 3 senter tetapi dengan waktu yang sama, Nestorone kapsul tunggal 30 mm telah diregistrasi di Brazil dengan EL-Cometrine tetapi digunakan untuk pengobatan endometriosis dengan waktu kerja 6 bulan.

3) Cara kerja

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

4) Indikasi

- a) Usia reproduksi.
- b) Telah memiliki anak atau belum.
- c) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi.
- e) Pascapersalinan dan tidak menyusui atau pasca keguguran.
- f) Tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak sterilisasi.
- g) Riwayat kehamilan ektopik.
- h) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, dan anemia bulan sabit.

- i) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.
 - j) Sering lupa menggunakan pil.
- 5) Kontraindikasi
- a) Hamil atau diduga hamil.
 - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - c) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
 - d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
 - e) Miom uterus dan kanker payudara.
 - f) Gangguan toleransi glukosa.
- 6) Kelebihan
- a) Daya guna tinggi.
 - b) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun).
 - c) pengembangan tingkat kesuburan yang cepat.
 - d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
 - e) Bebas dari pengaruh estrogen.
 - f) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
 - g) Tidak mengganggu ASI.
 - h) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan.
 - i) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- 7) Keterbatasan
- Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan, bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea.
- 8) Waktu mulai menggunakan implan
- a) Setiap saat selama siklus haid ke 2 sampai hari ke-7.
 - b) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
 - c) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakinkan tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau digunakan metode kontrasepsi untuk 7 hari saja.
 - d) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersia dapat dilakukan setiap saat.
 - e) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersia dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lai untuk 7 hari saja.
 - f) Bila klien menggunakan kontrasepsi hirmoinal dan ingin menggantinya dengan implant, insersia dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakinkan klien tersebut tidak hamil.
 - g) Pasca keguguran implant dapat segera di insersikan.

- h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implant, insersia implant dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tidak hamil.
 - i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implant dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut.
 - j) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implant, implant dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. AKDR segera dicabut.
- 9) Tanda bahaya dan komplikasi
- a) Amenorhea/ tidak haid.
 - b) Perdarahan bercak ringan atau spotting.
 - c) Ekspulsi (lepasnya batang implant dari tempat pemasangan).
 - d) Infeksi pada daerah pemasangan.
 - e) Perubahan berat badan.
- f. Metode kontrasepsi dengan Alat kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dengan progestin
- 1) Pengertian
Jenis AKDR yang mengandung hormon steroid adalah prigestase yang mengandung progesteron dari mirena yang mengandung levonogestrel
 - 2) Cara kerja
 - a) Endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi.
 - b) Mencegah terjadinya pembuahan dengan mengeblok bersatunya ovum dengan sperma.
 - 3) Efektivitas
Sangat efektif, yaitu 0,5 – 1 kehamilan per 1000 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan
 - 4) Keuntungan kontrasepsi
 - a) Efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tahun)
 - b) Tidak mengganggu hubungan suami istri
 - c) Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat.
 - d) Efek sampingnya sangat kecil
 - e) Memiliki efek sistemik yang sangat kecil
 - 5) Keuntungan non-kontrasepsi
 - a. Mengurangi nyeri haid
 - b. Dapat diberikan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen, untuk pencegahan hiperplasia endometrium
 - c. Mengurangi jumlah darah haid
 - d. Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi
 - 6) Keterbatasan

- a) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyingkapan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR
 - b) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR
 - c) Klien tidak menghentikan sendiri setiap, sehingga sangat tergantung pada tenaga
- 7) Indikasi
- a) Usia reproduksi
 - b) Telah memiliki anak mampu belum
 - c) Menginginkan kontrasepsi yang efektif jangka panjang untuk mencegah kehamilan
 - d) Sedang menyusui dan ingin memakai kontrasepsi
- 8) Kontraindikasi
- a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - c) Menderita penyakit radang panggul atau pascakeguguran septik
 - d) Kelainan kongenital rahim.
- 9) Waktu AKDR dengan progestin dipasang
- a) Setiap waktu selama siklus haid, jika ibu tersebut dapat dipastikan tidak hamil
 - b) Sesudah melahirkan, dalam waktu 48 jam pertama pascapersalinan, 6-8 minggu
 - c) Segera sesudah induksi haid, pascakeguguran spontan, atau keguguran buatan, dengan syarat tidak terdapat bukti-bukti adanya infeksi
2. Menurut Anggraini et al, (2021), Kontrasepsi non-hormonal, terdiri dari :
- a. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)
- 1) Pengertian
- Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi jika :
- a) Menyusui secara penuh full breast feeding lebih efektif bila pemberian > 8x sehari.
 - b) Belum haid.
 - c) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.
- 2) Cara kerja MAL:
- Penundaan/penekanan ovulasi
- 3) Kelebihan kontrasepsi :
- a) Efektivitas tinggi (kebersihan 98% pada 6 bulan persalinan).
 - b) Segera efektifitas.
 - c) Tidak mengganggu senggama.
 - d) Tidak ada efek samping secara sistemik.
 - e) Tidak perlu pengawasan medis.
 - f) Tanpa biaya.

- 4) Keuntungan
 - a) Untuk bayi
 - (1) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan anti bodi perlindungan lewat ASI).
 - (2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
 - b) Untuk ibu
 - (1) Mengurangi perdarahan pasca persalinan.
 - (2) Mengurangi risiko anemia.
 - (3) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.
- 5) Yang tidak boleh menggunakan MAL
 - a) Sudah mendapatkan haid setelah bersalin.
 - b) tidak menyusui secara eksklusif.
 - c) bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
 - d) bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam.
- b. Sanggama terputus
 - 1) Pengertian

Sanggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.
 - 2) Cara kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.
 - 3) Keuntungan krontrasepsi
 - a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
 - b) Tidak mengganggu produksi ASI
 - c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
 - d) Tidak ada efek samping
 - 4) Keuntungan non-kontrasepsi
 - a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
 - b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.
 - 5) Keterbatasan
 - a) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus setiap melaksanakannya
 - b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
Memutus kenikmatan dalam hubungan seksual
 - 6) Indikasi
 - c) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana

- d) Pasangan yang taat beragama atau mempunyaia alasanb filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain
 - e) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
 - f) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung
- 7) Kontra Indikasi
- a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
 - b) Suami yang sulit melakukan sanggama terputus
 - c) Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis

c. Kondom

1) Pengertian

Kondom merupakan selubung/ sarung karet sebagai salah satu metode kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan dan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersenggama. Penggunaan kondom perlu memperhatikan cara menggunakan kondom yang benar perlu memperhatikan cara menggunakan kondom yang benar dan tepat.

2) Cara kerja

- a) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

3) Keuntungan

- a) Efektif mencegah kehamilan bila digunakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Tidak mengganggu kesehatan klien
- d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- e) Murah dan dapat dibeli secara umum
- f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
- g) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda

4) Keuntungan Non kontrasepsi

- a) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- b) Mencegah penularan IMS, HIV
- c) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
- d) Mencegah ejakulasi dini
- e) Saling berinteraksi sesama pasangan
- f) Mencegah imuno infertilitas

- 5) Keterbatasan
 - a) Efektivitas tidak terlalu tinggi
 - b) Cara penggunaan sangat memengaruhi keberhasilan kontrasepsi
 - c) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
 - d) Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
 - e) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
 - f) Malu membeli kondom di tempat umum
 - g) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal indah
- 6) Efek Samping

Tidak ada
- d. Alat Kontrasepsi Dalam rahim (AKDR)
 - 1) Pengertian

Alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.
 - 2) Cara kerja

Mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sehingga tidak mampu untuk fertilisasi.
 - 3) Waktu pemasangan AKDR
 - a) Pascaplasenta
 - (1) Dipasang dalam 10 menit setelah plasenta lahir (pada persalinan normal)
 - (2) Pada persalinan caesar, dipasang pada waktu operasi caesar
 - b) Pasca persalinan
 - (1) Dipasang antara 10 menit – 48 jam pasca persalinan
 - (2) Dipasang anatara 4 minggu – 6 minggu (42 hari) setelah melahirkan (perpanjang interval pasca persalinan)
 - 4) Keuntungan
 - a) Efektivitas tinggi, 99,2 – 99,4 % (0,6 – 08) kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama)
 - b) Dapat efektif segera setelah pemasangan
 - c) Metode jangka panjang
 - d) Sangat efektif karena tidakperlu lagi mengingat-ingat
 - e) Tidak memengaruhi hubungan seksual
 - f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
 - g) Tidak ada efek samping hormonal
 - h) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
 - 5) Keterbatasan
 - a) Tidak mencegah infeksi menular seksual

- b) Tidak baik digunakan pada perenpuan dengan IMS atau perempuan yang sering ganti pasangan
- c) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
- 6) Efek samping
 - a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
 - b) Haid lebih lama dan banyak
 - c) Perdarahan antar menstruasi
 - d) Saat haid lebih sakit
- d) Menurut (Affandi,2015), kontrasepsi mantap terdiri dari :
 1. Tubekmi
 - a. Pengertian
Tubekmi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi.
 - b. Jenis
 - a) Minilaparotomi
 - b) Laparoskopi
 - c. Indikasi
 - a) Usia >26 tahun.
 - b) Paritas > 2.
 - c) Takin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
 - d) Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius.
 - e) Pascapersalinan.
 - f) Pascakeeguguran.
 - g) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini
 - d. Kontra indikasi
 - a) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai).
 - b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
 - c) Infeski sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
 - d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
 - e) Kurang pasti mengenai keinginanya untuk fertilitas di masa depan.
 - f) Belum memberikan persetujuan tertulis.
 - e. Mekanisme kerja
Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
 - f. Keuntungan kontrasepsi
 - a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
 - b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding).
 - c) Tidak bergantung pada faktor senggama

- d) Baik lagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius.
- e) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal.
- f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
- g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).
- g. Keuntungan non-kontrasepsi
 - Berkurangnya risiko kanker ovarium.
- h. Keterbatasan
 - a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.
 - b) Klien dapat menyesal di kemudian hari.
 - c) Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)
 - d) Rasa sakit/ketidaknyaman dalam jangka pendek setelah tindakan.
 - e) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

2. Vasektomi

- a. Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi.
- b. Indikasi

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas di mana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga
- c. Keuntungan non- kontrasepsi vasektomi
 - a) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang.
 - b) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi
- d. Efek samping

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka. Karena area pembedahan termasuk superfisial, jarang sekali menimbulkan risiko merugikan pada klien. Walaupun jarang sekali, dapat terjadi nyeri skrotal dan testikular berkepanjangan (bulanan atau tahunan). Komplikasi segera dapat berupa hematoma intraskrotal dan infeksi. Teknik vasektomi tanpa pisau (VTP) sangat mengurangi kejadian infeksi pascabedah.
- e. Efektivitas vasektomi
 - a) Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
 - b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisis sperma) masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada pertama penggunaan.

- c) Selama 3 tahun penggunaan , terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.
- f. Keterbatasan Vasektomi
 - a) Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
 - b) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari.
 - c) Ada nyeri/rasa tak nyaman pascabedah.
 - d) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS).

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. 12 Daftar Penapisan Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi,pil progestin,suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah haid pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarahan.perdarahan bercak Antara haid setelah sanggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah ada 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 penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 102 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah sanggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital		

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

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

U :Uraikan pada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin. Bantu klien pada kontrasepsi yang paling diinginkan, 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 :Jelaskan secara lengkap bagaimana cara menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih kontrasepsi pilihannya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.

U :Perlunya dilakukan kunjungan **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).

2. Informed choice menurut Affandi (2015):

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

- b. Memberdayakan para klien untuk melakukan informed choice adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
- c. Bagi calon peserta KB 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. 13 Efek Samping Dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi Efektif

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

Sumber : (Affandi, 2015)

2. Suntikan progestin

Tabel 2. 14 Penanganan efek samping suntikan progestin yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Amenore (tidak terjadi perdarahan/spotting).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasehati untuk kembali ke klinik. 2) Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyutikan. 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,

Efek samping	Penanganan
Perdarahan/perdarahan bercak (spotting).	<p>rujuk ke klinik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka dapat disarankan 2 pilihan pengobatan. 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 mg etinilestradiol), ibuprofen (sampai 80 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. 2) Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. 3) Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi 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/menurunkan berat badan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg 2) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, 3) Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan kontrasepsi lain.

Sumber : (Affandi, 2015)

b. 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.

c. AKDR dengan Progestin

Tabel 2. 15 Penanganan efek samping AKDR progestin yang sering ditemukan

Efek samping	Penanganan
Amenore	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pastikan hamil atau tidak 2) Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup kionseling saja. Slah satu efek samping menggunakan AKDR yang me ngandung 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) Nasiharkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya. Jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko yang akan dialaminya.
Kram	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.
Perdarahan yang tidak teratur dan banyak	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sering ditemukan terutama pada 3-6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14-21 hari.
Benang hilang	<ol style="list-style-type: none"> 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien. 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 dan klien tidak hamil. Maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/ USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. <p>Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak</p>

Efek samping	Penanganan
Cairan vagina/dugaan penyakit radang panggul	kelihatan, lihat penanganan “amonore”. 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamida, 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 memilih metode kontrasepsi lain.

Sumber : (Affandi, 2015)

2.7.6 Pelayanan KB di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Menurut (Ikatan Bidan Indonesia, 2020), pelayanan KB saat pandemi COVID-19 sebagai berikut :

1. Pada saat pelayanan bidan/dokter memakai APD dan masker
2. Pelayanan MOW, MOP agar dapat ditunda sementara dapat menggunakan metode kontrasepsi yang lain)
3. Saat pelayanan menerapkan physical distancing termasuk menyerahkan pil atau kondom kepada pasien
4. Pasien harus menggunakan masker pasien membuat perjanjian sebelum mendatangi tempat praktek bidan atau dokter
5. Jika melakukan tindakan penyutikan KB, sebaiknya pasien tengkurap dan menghadap arah berlawanan dari posisi dokter/bidan.

Menurut (Ikatan Bidan Indonesia, 2020), Pelayanan KBPP Masa pandemi COVID-19 sebagai berikut :

1. Syarat Tenaga Medis/Kesehatan
 - a. Memakai masker, sarung tangan, cuci tangan air mengalir, pakaian lengkap pelindung di ruang bersalin/VK dari physical Distancing.
2. Syarat Klien
 - a. Memakai masker dan memperlihatkan posisi wajah tidak saling berhadapan saat pemasangan.
3. Alokasi KBPP pandemi
 - a. MOP
 - b. IUD
 - c. Implant
 - d. Suntikan
 - e. Pil kontrasepsi
 - f. Kondom
4. Dengan memperhatikan cara pemasangan
 - a. MOP dan IUD diruang VK/ruang bersalin dengan memperhatikan syarat-syarat prototap COVID-19.

- b. Implant posisi kepala klien kesamping berlawanan dengan tenaga medis/kesehatan tetap melakukan syarat-syarat COVID-19.
 - c. Suntikan dilakukan, muka klien dan tenaga kesehatan berlawanan lanjut lakukan sesuai dengan syarat-syarat COVID-19.
5. Ada beberapa hal yang harus di perhatikan selasai melakukan pemasangan pemasangan
- a. Segera lakukan cuci tangan di air mengalir setelah melakukan tindakan pemasangan alokan KBPP.
 - b. Cegah kehamilan yang tidak diinginkan.
 - c. Atur jarak kehamilan.
 - d. Perencanaan keluarga.

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 : Tindak
- Tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan diagnosa, rencana dan perkembangan keadaan klien.
- Definisi operasional :
- a. Ada format tindakan kebidanan dan evaluasi.
 - b. Tindakan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan rencana dan juga perkembangan klien.
 - c. Tindakan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan prosedur tetap dan wewenang bidan atau hasil kolaborasi.
 - d. Tindakan kebidanan dilaksanakan dengan menerapkan etika dan kode etik kebidanan.
 - e. Seluruh tindakan kebidanan dicatat pada format yang telah tersedia.
6. Standar VI : Partisipasi Klien Klien dan keluarga dilibatkan dalam rangka peningkatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan.
- Definisi operasional :
- a. Klien atau keluarga mendapatkan informasi tentang :
 - 1) Status kesehatan saat ini.
 - 2) Rencana tindakan yang akan dilaksanakan.
 - 3) Peranan klien atau keluarga dalam tindakan kebidanan.
 - 4) Peranan petugas kesehatan dalam tindakan kebidanan.
 - 5) Sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan.
 - b. Klien dan keluarga dilibatkan dalam menentukan pilihan untuk mengambil keputusan dalam asuhan.
 - c. Pasien dan keluarga diberdayakan dalam terlaksananya rencana asuhan klien.
7. Standar VII : Pengawasan Monitor/pengawasan klien dilaksanakan secara terus-menerus dengan tujuan untuk mengetahui perkembangan klien.
- Definisi operasional :
- a. Adanya format pengawasan klien.
 - b. Pengawasan dilaksanakan secara terus-menerus dan sistematis untuk mengetahui perkembangan klien.
 - c. Pengawasan yang dilaksanakan di catat dan dievaluasi.
8. Standar VIII : Evaluasi Evaluasi asuhan kebidanan dilaksanakan terus-menerus sesuai dengan tindakan kebidanan dan rencana yang telah dirumuskan.

Definisi operasional :

- a. Evaluasi dilaksanakan pada tiap tahapan pelaksanaan asuhan sesuai standar.
 - b. Hasil evaluasi dicatat pada format yang telah disediakan.
9. Standar IX : Dokumentasi Asuhan kebidanan di dokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan. Definisi operasional :
- a. Dokumentasi dilaksanakan pada setiap tahapan asuhan kebidanan.
 - b. Dokumentasi dilaksakana secara sistematis, tepat, dan jelas.
 - c. Dokumentasi merupakan bukti legal dari pelaksanaan asuhan kebidanan.

2.8.2 Standart Kompetensi

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

1. Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dalam ilmuilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etika yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir, dan keluarganya.
2. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya, dan memberikan pelayanan yang menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan untuk menjadi orang tua.
3. Bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan, dan rujukan.
4. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap budaya setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawat daruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir.
5. Bidan dapat memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi serta tanggap terhadap budaya setempat.
6. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi baru lahir (BBL) sehat sampai usia 1 bulan.
7. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat.
8. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga dan kelompok.
9. Bidan mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ ibu dengan gangguan sistem reproduksi.