BAB 2 BAB I TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Midwifery continuity of care (Asuhan Kebidanan Berkesinambungan)

2.1 2.1.1 Pengertian

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

2.2 2.1.2 Dimensi

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

2.3 2.1.3 Tujuan

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

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

2.4 2.1.4 Tujuan

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

2.5 2.1.5 Dampak Tidak Dilakukan Asuhan Berkesinambungan

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

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.6 2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2014)

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

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

2.7 2.2.2 Pertumbuhan Fetus Dalam Kandungan

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

1. Perkembangan Konseptus

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

2. Embrio dan Janin

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

dilah *fertilisasi ovum* oleh *sperma*. Namun, konseptus tersebut mungkin sempurna, mungkin tidak sempurna.

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

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

BAB II Tabel 2.1 Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi	Organ
6 minggu	pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih tergenggam dan jantung telah terbnetuk penuh.
7 Minggu	Mata nampak pada muka, pembentukan alis dan lidah
8 Minggu	Mirip dengan manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna, sirkulasi lelalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbnetuk.
	X //
Usia Gestasi	Organ
9 Minggu	kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin; kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu
13 – 16 Minggu	janin berkurang 15 cm, merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin trasparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu meghisap 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 di sebut penularan trimester ke-3 dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh,
	mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada
	priode ini sangat sulit bila lahir.
29 – 32 Minggu	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup
	(50-70%). Tulang telah terbnetuk sempurna,
	gerakan napas telah regular, suhu reltif 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 di sebut aterem,
	dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air
	ketuban mulai berkurang tetapi masih dalam batas
1/5	normal.

Sumber: Prawirohardjo, 2016.

2.1 2.2.3 Tanda-tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan maka dapat ditetapkan dengan melakukan penelitian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil sehingga bidan dapat mendiagnosa kehamilan. Menurut Astuti (2017), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Tanda tidak pasti (Presumtif)

a. Amenorrhea

Biasanya, seorang wanita akan mengalami menstruasi setiap bulan. Hari datangnya menstruasi bergantung pada siklus atau kebiasaan wanita itu sendiri baik di awal, tengah maupun di akhir bulan. Tidak menstruasi dapat menandakan kehamilan, tetapi dapat juga merupakan tanda gangguan atau penyakit fisik yang berat, syok, kelelahan akibat perjalanan, pasca-operasi, bahkan gelisah pun dapat menyebabkan menstruasi terlambat.

b. Mengidam

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

c. Pingsan

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

d. Perdarahan sedikit

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

e. Suhu tubuh naik

Metabolisme (pembakaran kalori) di dalam tubuh wanita hamil menjadi lebih cepat. Hal tersebut dilakukan untuk memenuhi zat gizi bagi ibu dan janin. Oleh sebab itu, suhu tubuh akan meningkat 2-3°c dari biasanya sehingga ibu merasa sedikit demam.

f. Penciuman lebih sensitif

Peningkatan hormon esterogen yang drastis juga menyebabkan terjadi pelebaran pembuluh darah, termasuk yang ada di daerah hidung dan sekitarnya sehingga kerja saraf penciuman menjadi lebih sensitif. Kemampuan untuk mencium bau-bau menjadi lebih tajam, misalnya kopi, bumbu, aroma masakan, parfum dan asap rokok.

g. Mual dan muntah

Mual dan muntah pada ibu hamil disebabkan oleh pengaruh peningkatan hormon progesteron dan hormon human chorionic gonadotropin (hCG) yang terjadi selama kehamilan. Hormon ini menyebabkan kerja lambung dan usus menjadi lambat sehingga makanan yang ada di lambung pun lambat dicerna. Selain itu, hormon ini juga menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga ibu menjadi mual. Asam lambung akan meningkat di malam hari ketika lambung kosong sehingga di pagi hari timbul rasa mual, bahkan sampai muntah.

Pada awal kehamilan, biasanya ibu mengalami penurunan nafsu makan. Namun, hal ini akan menghilang seiring berkurangnya rasa mual dan muntah.

h. Lelah

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

i. Payudara membesar

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

j. Sering berkemih

Pada awal kehamilan, ibu akan sering berkemih. Hal ini disebabkan oleh penenbalan rahim yang terisi janin dan terus membesar. Rahim tersebut berada di bawah kandung kemih sehingga menekan kandung kemih dan menimbulkan rangsangan untuk berkemih lebih awal, tanpa menunggu kandung kemih penuh seperti biasanya. Produksi urine juga bertambah karena adanya peningkatan sirkulasi darah cairan di dalam tubuh ibu.

k. Sembelit

Ibu hamil biasanya akan timbu sembelit (susah buang air besar) yang terjadi 2-3 hari sekali. Hal ini disebabkan oleh hormon steroid yang meningkat sehingga menyebabkan peristaltik atau kerja usus menjadi lambat. Kotoran menjadi lambat dikeluarkan, sedangkan cairan yang tersisa terus diserap. Akibatnya, kotoran menjadi keras dan sulit dikeluarkan. Selain itu, penekanan rahim terhadap usus besar juga menyebabkan kerja usus halus dan usus besar menjadi lambat.

1. Pigmentasi kulit

Warna kulit di wajah, payudara (bagian *areola*), perut, paha dan ketiak biasanya bertambah gelap. Muncul bercak kehitaman atau kecokelatan yang disebut hiperpigmentasi. Hal ini merupakan pengaruh hormon dalam kehamilan.

m. Epulsi

Gusi dan mukosa (selaput lendir) menjadi mudah berdarah akibat pembuluh darah yang melebar selama kehamilan.

n. Varises

Pelebaran pembuluh darah vena sering terjadi pada wanita hamil, tetapi biasanya pada triwulan akhir kehamilan.

2. Tanda Mungkin Hamil

a. Perut membesar

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

b. Uterus membesar

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

c. Tanda hegar

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

d. Tanda chadwick

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

e. Tanda piscacek

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

f. Braxton-hicks

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

g. Teraba ballotement

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

3. Tanda pasti hamil

Ada beberapa tanda yang memastikan adanya kehamilan, meliputi:

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

2.2 2.2.4 Perubahan Fisik Ibu Hamil

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

1. Perubahan pada System Reproduksi

a. Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan: 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc, berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 pekan).

Bentuk dan konsistensi uterus pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim sperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan. Rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Pada minggu pertama, *isthmus* rahim mengadakan *hipertrofi* dan bertambah panjang sehingga jika di raba terasa lebih lunak disebut *Tanda Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. Posisi rahim dalam kehamilan:

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

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

c. Indung Telur (ovarium)

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

d. Vagina dan Vulva

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

e. Dinding Perut (Abdominal Wall)

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

2. Perubahan Pada Organ Dan System Lainnya

a. Sistem Sirkulasi Darah

- 1) Volume Darah, volume darah total dan volume darah plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, di ikuti pertambahan curah jantung (*cardiac output*), yang meningkat sebanyak ± 30%. Akibat *hemodilusi* yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan *Dekompensasi Cordis*.
- 2) Jantung, pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Elektrokardiogram kadang kala memperlihatkan deviasi aksis ke kiri.
- 3) Nadi dan Tekanan Darah,tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstreimitas atas dan bawah, cenderung naik, nilai rata-rata 84 per menit.
- 4) Protein Darah, jumlah protein (*albumin*) dan *gamaglobulin* menurun dala triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan.
- b. Sistem Pernapasan

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

c. Saluran Pencernaan (Traktus Digestivus)

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motolitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah *Emesis Gravidarum* sering terjadi pada pagi hari *Morning Sickness*

d. Tulang dan Gigi

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

e. Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigentasi, yaitu pada:

1) Muka : Disebut masker kehamilan *Cloasma Gravidarum*

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

3) Perut : *Linea nigra striae*,

4) Vulva

f. Kelenjar Endokrin

1) Kelenjar Tiroid : Dapat membesar sedikit

2) Kelenjar Hipofisis : Dapat membesar terutama lobus anterior.

3) Kelenjar Adrenal : Tidak begitu terpengaruh

g. Metabolisme

Umumnya, kehamilan mempunyai efek 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.Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
- 2) Hidrat arang: seoarangwanita hamil sering merasa haus, nafsu makan kuat, sering kencing, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang meningkatkan kita pada diabetes militus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa seperti somatomamotropin, plasma insulin, dan hormon-hormon 17 ketosteroid untuk rekomendasi, harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil GTT oral dan GTT intervena.
- 3) Metabolisme lemak juga terjadi kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomatropin memepunayi peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainya terdapat di badan, perut, paha, dan lengan.
- 4) Metabolisme mineral
 - a) Kalsium : Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
 - b) Fosfor : Dibutuhkan rata-rata 2 gram per hari.
 - c) Zat besi : Dibutuhkan tambahan zat besi kurang lebih 800 mg atau 30-50 mg per hari.
 - d) Air : Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
- 5) Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5 sampai 16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil (preeklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:
 - a) Janin, uri, air ketuban, uterus
 - b) Payudara, kenaikan voluma darah, lemak, protein, dan retensi air.
- 6) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang. Khusunya kehamilan lima bulan keatas. Namun bila dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan kalori tambahan.

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

h. Payudara *Mammae*

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

2.3 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 yaitu menerima kenyataan bahwa dirinya sedang hamil. Tingkat penerimaan dari ibu hamil akan tercermin dalam respon emosionalnya dan kesiapan atau penyambutan kehamilannya. Berbagai respon emosional pada trimester 1 yang dapat muncul berupa perasaan ambivalen, kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Pada trimester 1 ini, akan muncul sejumlah ketidaknyamanan, misalnya mual, kelelahan, perubahan nafsu makan, emosional, dan cepat marah.

Kemungkinan hal ini, mencerminkan konflik atau depresi yang dialami selain pengingat akan kehamilanya. 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, rasa keinginan seksual ibu akan menurun, jika ibu merasa mual, letih, depresi, nyeri payudara, khawatir dan cemas.

2. Perubahan pada Trimester 2

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

3. Perubahan pada Trimester 3

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

Pada trimester ketiga ini, libido cenderung menurun kembali yang disebabkan munculnya kembali ketidaknyamanan fisiologis, serta bentuk

dan ukuran tubuh yang semakin membesar. Menjelang akhir terimester 3, umumnya ibu hamil tidak sabar untuk menjalani persalinan dengan perasaan yang bercampur antara sukacita dan rasa takut.

2.4 2.2.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

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

1. Nutrisi yang adekuat

a. Kalori

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

b. Protein

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

c. Kalsium

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

d. Zat besi

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

e. Asam Folat

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

BAB III Tabel 2.2 Kebutuhan Makanan Sehari-hari untuk Ibu Hamil

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

Sumber: Marmi (2014)

2. Perawatan payudara

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

3. Perawatan gigi

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

4. Kebersihan tubuh dan pakaian

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

5. Olahraga

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

6. Istirahat

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

7. Aktivitas

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

2.1 2.2.7 Keluhan Ringan Dan Penanganan Dalam Kehamilan

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

1. Mual

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

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

Saran kepada wanita harus terdiri atas:

- a. Makan sesuatu sebelum bangun tidur
- b. Sediakan selalu makanan ringan di tempat tidur

- c. Bangun dari tempat tidur secara perlahan
- d. Makan dan minum sedikit tapi sering pada siang hari
- e. Beristirahat dipertengahan siang hari
- f. Makan biscuit tanpa rasa, sepotong kecil buah, roti panggang kering atau yoghurt.
- g. Hindari alkohol, kafein dan makanan pedas atau berlemak
- h. Jahe dalam bentuk teh atau tablet untuk mengurangi mual
- Makan sedikit tapi sering sebelum tidur malam.
 Seorang dokter harus di konsultasikan jika:
- a. Wanita muntah > dari 4x sehari
- b. Saran diatas tidak bermanfaat
- c. Wanita mengalami penurunan berat badan
- d. Wanita tidak mempertahankan konsumsi cairan
- e. Kemungkinan perlu di resepkan antiemetic
- f. Wanita mengalami dehidrasi. Masuk ke RS di anjurkan untuk pemberian makan melalui intravena, koreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan rehidrasi.

2. Konstipasi

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

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

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

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

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

3. Indigesti dan nyeri ulu hati

Selama kehamilan, 30-50% wanita mengalami indigesti atau nyeri ulu hati. Ketidaknyamanan disebabkan oleh refluks asam dari lambung melalui sfingter esophagus akibat efek relaksasi progesterone. Pada kehamilan

lanjut, uterus yang membesar menngeser lambung, meningkatkan tekanan intragastrik, yang membuat refluks asam lebih cenderung terjadi saat ibu berbaring datar.

Saran mencakup:

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

4. Varises vena dan hemoroid

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

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

Tanda gejala:

- a. Tungkai terasa nyeri dan berat
- b. Sensasi seperti tertusuk di tungkai dan vulva
- c. Permukaan vena mengalami dilatasi di vulva atau tungkai
- d. Vulva dapat membengkak dan terasa sangat nyeri
- e. Ketidaknyamanan dan rasa gatal di sekitar anus Saran:
- a. Hindari konstipasi dan mengejan di toilet
- b. Hindari berdiri untuk periode waktu yang lama
- c. Hindari pakaian yang ketat
- d. Jangan duduk dengan menyilangkan kaki
- e. Lakukan olahraga ringan, seperti jalan untuk membantu sirkulasi Gunakan kompres es di daerah vulva untuk mengurangi pembengkakan
- f. Krim hemoroid dengan merk tertentu dapat di gunakan secara aman dalam kehamilan
- g. Suplemen zat besi dapat menyebabkan konstipasi pada beberapa wanita

5. Nyeri Punggung

Sampai dengan 90% wanita dapat mengalami nyeri punggung selama kehamilan sehingga menempatkan nyeri punggung sebagai gangguan minor

- yang paling sering terjadi pada kehamilan. Obesitas, riwayat masalah punggung, dan paritas yang lebih besar meningkatkan kecenderungan terjadi nyeri punggung.
- a. Selama kehamilan, ligament menjadi lebih lunak dalam pengaruh relaksin dan meregang untuk mempersiapkan tubuh untuk persalinan.
- b. Hal tersebut terutama di fokuskan pada sendi panggul dan ligament yang menjadi lebih fleksibel untuk mengakomodasi bayi saat pelahiran
- c. Efek dapat menempatkan ketegangan pada sendi panggul dan punggung bawah, yang dapat menyebabkan nyeri punggung.
- d. Saat bayi tumbuh, lengkung di spina lumbalis dapat meningkat karena abdomen di dorong ke depan dan ini juga dapat menyebabkan nyeri punggung.

Saran berikut dapat diberikan kepada wanita untuk meredakan nyeri punggung:

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

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

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

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

2.2 2.2.8 Tanda Bahaya Kehamilan

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

1. Perdarahan Vagina

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

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

2. Pre-Eklamsia

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

- a. Hiperrefleksia.
- b. Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang kunang.

- d. Nyeri epigastrik.
- e. Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
- f. Tekanan darah sistolik 20 30 mmHg dan diastolik 10 20 mmHg di atas normal.
- g. Proteinuria (di atas positif 3)
- h. Edema menyeluruh.
- 3. Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

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

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

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

- a. Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- b. Disuria.
- c. Menggigil atau demam.
- d. Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- e. Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.
- 2.3 2.2.9 Standart Pelayanan Kehamilan (14T)

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

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

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

2. Ukur Tekanan Darah (T2).

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

3. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3).

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT)

dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

BAB IV Tabel 2. 1 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

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

Sumber: DepKes RI, 2010

- 4. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
- 5. Pemberian Imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) (T5)

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

BAB V Tabel 2. 2 Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenal pertama	1 5- 11
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun atau seumur hidup

Sumber: Saifuddin, 2014

6. Pemeriksaan Hb (T6).

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

7. Pemeriksaan VDRL (Veneral Disease Research Lab.)

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

8. Pemeriksaan Protein urine (T8)

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

9. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)

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

10. Perawatan Payudara (T10)

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

11. Senam Hamil (T11)

12. Pemberian Obat Malaria (T12)

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

- 13. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)
 - Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia.
- 14. Temu wicara / Konseling (T14)
 - **2.1** 2.2.10 P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

Sejak tahun 2007, pemerintah mengadakan P4K dengan stiker sebagai upaya penurunan AKI dan AKB. Kegiatan ini difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peran aktif, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk merencanakan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir. (Astuti, 2017)

Tujuan P4K adalah meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman, serta persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga ibu dapat melahirkan bayi yang sehat. (Astuti, 2017)

Menurut Kemenkes (2013) Persiapan persalinan termasuk :

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



Sumber: Kemenkes RI, dalam buku KIA, 2015

2.2 2.2.11 ANC Terpadu

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

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

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

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

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

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

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

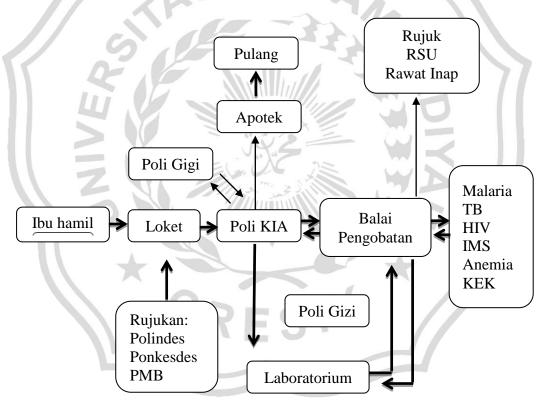
Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan

melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan. (Data Kemenkes, 2014)

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

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

- 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



BAB VI Gambar 2.2 Alur Pelayanan Antenatal Terpadu di Puskesmas BAB VII Sumber : Kemenkes RI, 2016.

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

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



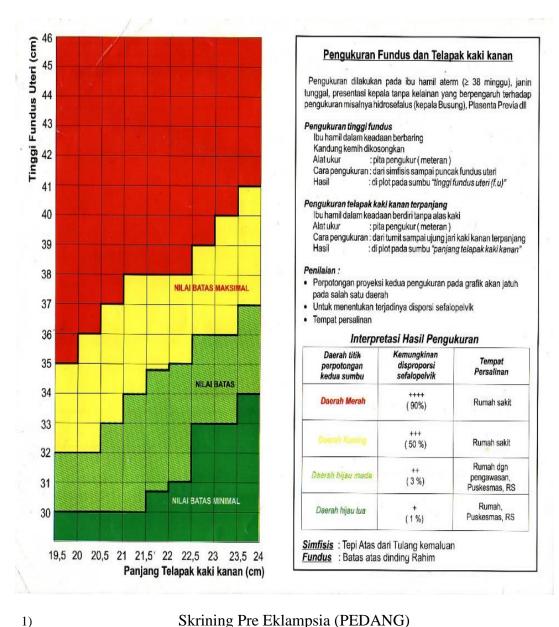
Hami	ke	Haid Te	erakhir tg	Li	KES Umur Ibu Perkiraa	l:	1	h.		bl	KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJAT PERENCANAAN PERSALINAN AMA Tempat Perawatan Kehamilan 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah B		
Pendi	dika	n : Ibu			Suami		******				4 Puskesmas 5, Rumah Sakit 6, Praktek Dokter		
Peker	jaan	:lbu			Suami								
1	11							IV	A STATE OF	Persalinan : Melahirkan tanggal : / /			
KEL.	NO	-	Ma	isalah / F	aktor Risiko		SKOR	Tribu			1246	RUJUKAN DARI : 1. Sendiri RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Dukun 2. Puskesma	
		Skor Awa	Ibu Han	nil		2					3. Bidan 3. Rumah Sal 4. Puskesmas		
-	1	Terlalu mu	ida, ham	il ≤ 16 th		4							
	2	a. Terialu	lambat h	amil I, kawin	≥ 4th	4					RUJUKAN:		
		b. Terlalu	tua, ham	il 1≥35 th		4					Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTit)		
	3	Terlalu ce	pat hamil	lagi (< 2 th)		4					rojonali balali kalili (nom) o, rojonali lellamost (rim)		
	4	Terlalu lar	na hamil	lagi (≥ 10 th		4					Gawat Obstetrik : Gawat Darurat Obstetrik :		
	5	Terlalu ba	nyak ana	k, 4 / lebih		4		18			Kel. Faktor Risiko I & II • Kel. Faktor Risiko III		
	6	Terlalu tua	a, umur≥	35 tahun		4					1. Perdarahan antepartum		
	7	Terlalu pe	ndek ≤ 1-	45 Cm		4					2. Eklampsia		
	8	Pemah ga	agal keha	milan	1000	4					Komplikasi Obstetrik Rerdarahan postpartum		
	9	Pernah m	elahirkan	dengan:							5. 4. Uri Tertinggal		
		a. Tarikan	tang / va	skum		4	B				6 5. Persalinan Lama		
		b. Uri diro				4					7 6. Panas Tinggi		
		c. Diberi i	nfus/Tran	nsfusi	and the same of	4		and the same					
	10	Pemah O	perasi Se	sar	1	8					TEMPAT: PENOLONG: MACAM PERSALINAN		
11	11	Penyakit p	oada ibu i	hamil:							1. Rumah ibu 1. Dukun 1. Normal		
		a. Kurang		b. Malaria		4					2. Rumah bidan 2. Bidan 2. Tindakan pervaginam 3. Polindes 3. Dokter 3. Operasi Sesar		
		c. TBC Pa	aru	d. Payah ja	ntung	4					4. Puskesmas 4 Lain-2		
		e. Kencing	Manis (Diabetes)		4					5. Rumah Sakit		
		f. Penyak	it Menula	ar Seksual		4					6. Perjalanan		
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi				4					PASCA PERSALINAN :		
	13	Hamil ken	_			4	Н		Н		IBU: TEMPAT KEMATIAN IE		
	14	Hamil ken	nbar air (Hydramnion		4					1. Hidup 1. Rumah ibu		
	15	Bayi mati	-			4					Mati, dengan penyebab : 2. Rumah bidan a. Perdarahan b. Preekampsia Eklampsia 3. Polindes		
		Kehamilar	-			4					c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 4. Puskesmas		
	17	Letak Sun	gsang	200		8					BAYI: 5. Rumah Sakit		
	18	Letak Lint	ang	1000		8					Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan		
III	19	Pendarah	an dalam	kehamilan	ni	8					2. Lahir hidup: Apgar Skor ;		
	20	Preeklam		t / Kejang-2		8					Lahir mati, penyebab Mati kemudian, umur hr, penyebab		
			JUMLA	H SKOR							5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada		
DENV	111111	HAN VEHA	MII A NID	ERSALINAN	MAMA	DILL	IIVA	TE	DENO	ANA			
LIII	-		micamir	The Control of the Co	-	STATE OF THE PARTY	-	21/2/		AIIA	1. Sehat 2. Sakit 3, Mati, periyebab		
JML.	KEL	EHAMILAN PERA		120000000	SALINA PENO	UEN	-	JUKA			Pemberian ASI: 1. Ya 2. Tidak		
SKOR			RUJUKAN	TEMPAT	LONG	RD	-	RDR	_	TW			
2	KRE	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	BUMAH POUNDES	BIDAN						Keluarga Berencana : 1. Ya, / Sterilisasi		
		BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		1		-		2. Belum Tahu		
6-10	KRI	DOKTER	PKM	PKM/RS	DOKTER		1						
> 12	KRS	TOOKTER	RUMAH	RUMAH	DOKTER					1	Kategori Keluarga Miskin: 1. Ya 2. Tidak		

BAB VIII Gambar 2.3 Kartu Skor Poedji Rochjati BAB IX Sumber: Poedji Rochjati, dalam buku KIA, 2015

1). Pengukuran Fundus dan Telapak Kaki Kanan

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

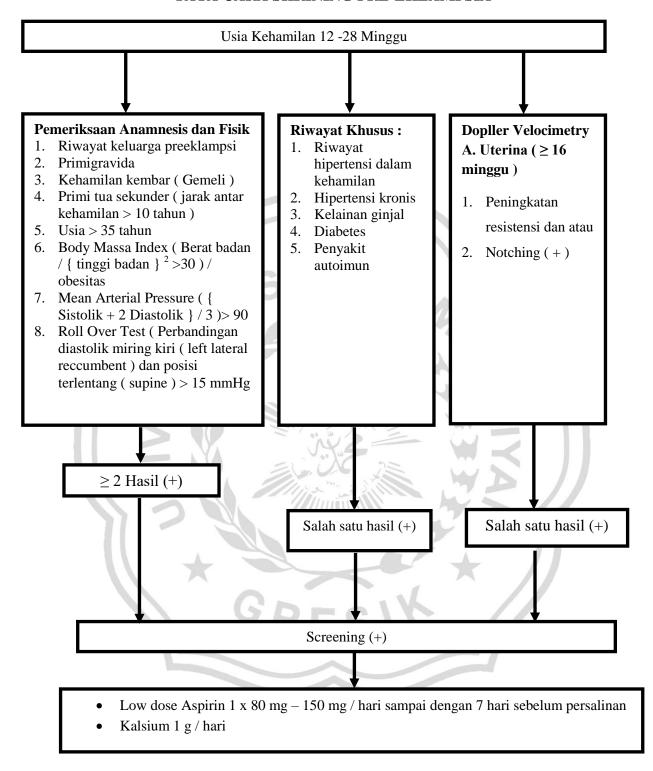
Pengukuran dengan teori Soedarto ini di lakukan untuk mendeteksi adanya cephalo pelvic disproportion.



Skrining Pre Eklampsia (PEDANG)

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

TATA CARA SKRINING PRE-EKLAMPSIA



SKRINING RESIKO ANTEPARTUM INTRAPARTUM TERJADINYA PERDARAHAN PASCA PERSALINAN

Faktor Resiko Antenatal		Resiko Perdarahan		Faktor Resiko	Resiko Perdarahan
		Postpartum		Intrapartum	Postpartum
1	Usia ≥ 35 th	1,5 x (Pervaginam)	1.	Induksi Persalinan	1,5 x
		1,9 x (SC)			
2	BMI ≥30	1,5 x	2	Partus Lama	
3	Grademulti	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	1,3 x
				Analgesia	
7	Myoma	1,9 x (Pervaginam)	4	Vakum/Forcep	1,66 x
		3, 6 x (SC)			
8	APB	12,6 x	5	Episiotomi	2,18 x
9	R/ HPP	2,2x	6	Laserasi	1,7 x
	// ^			Parineum	
10	R/SC	3,1 x	7	Korioamnitis	1,3 x (Pervaginam)
				15/7	2,69x (SC)
11	Preeklamsia	5x	8	Anastesi	2,9 x
	111			General	
12	Plasenta	3,3 x	1	40	
	Akreta				



BAB XII Gambar 2.5 Skringng Pre Eklamsia

BAB XIII Sumber: PENAKIB, dalam Kesga Dinkes Jatim 2016.

BAB XIV

2.2.12 Pelayanan Kehamilan di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

1. Pelayanan Antenatal di FKTP

a. Pelaksanaan Program Berdasarkan Zona Wilayah

BAB XV Tabel 2. 3 Program Pelayanan Bagi Ibu Hamil

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

Sumber: Kemenkes RI, 2020

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

- *Test.* Pemeriksaan skrining faktor risiko kehamilan dilakukan di RS Rujukan.
- b) Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan skrining oleh Dokter di FKTP.
- 2) ANC ke-2 di Trimester 1, ANC ke-3 di Trimester 2, ANC ke-4 di Trimester 3, dan ANC ke-6 di Trimester 3 :
 - Dilakukan tindak lanjut sesuai hasil skrining. Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19.
 - 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.

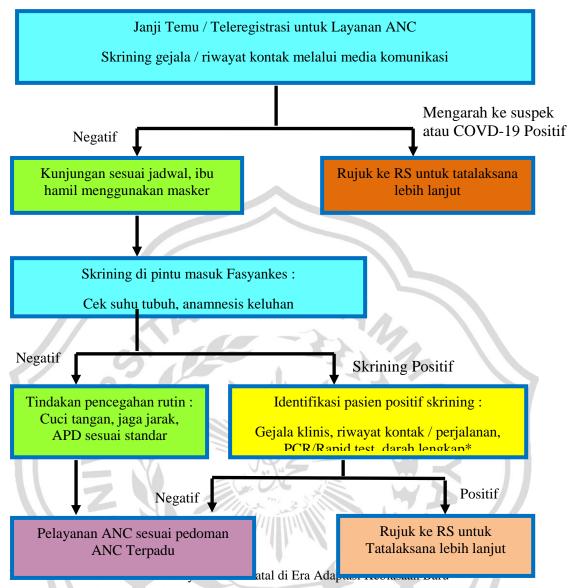
Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid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

- c. Rujukan terencana diperuntukkan bagi:
 - Ibu dengan faktor risiko persalinan.
 Ibu dirujuk ke RS untuk tatalaksana risiko atau komplikasi persalinan.
 Skrining faktor risiko persalinan dilakukan di RS Rujukan.
 - 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.
- d. Janji temu/teleregistrasi adalah pendaftaran ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan pemeriksaan antenatal, nifas, dan kunjungan bayi baru lahir melalui media komunikasi (telepon/SMS/WA) atau secara daring. Saat melakukan janji temu/teleregistrasi, petugas harus menanyakan tanda, gejala, dan faktor risiko COVID-19 serta menekankan pemakaian masker bagi pasien saat datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

- e. 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 di FKTP, maka dilakukan rujukan sesuai dengan hasil skrining untuk dilakukan tatalaksana secara komprehensif (kemungkinan juga dibutuhkan penanganan spesialistik selain oleh Dokter Sp.OG).
 - f. Pada ibu hamil dengan kontak erat, suspek, *probable*, atau terkonfirmasi COVID-19, pemeriksaan USG ditunda sampai ada rekomendasi dari episode isolasinya berakhir. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus risiko tinggi.
- g. 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.
- h. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi ibu hamil dengan status suspek, *probable*, atau terkonfirmasi positif COVID-19 dilakukan dengan pertimbangan dokter yang merawat.
- i. Pada ibu hamil suspek, *probable*, dan terkonfirmasi COVID-19, saat pelayanan antenatal mulai diberikan KIE mengenai pilihan IMD, rawat gabung, dan menyusui agar pada saat persalinan sudah memiliki pemahaman dan keputusan untuk perawatan bayinya.
- j. Konseling perjalanan untuk ibu hamil. Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan ke luar negeri atau ke daerah dengan transmisi lokal/ zona merah (risiko tinggi) dengan mengikuti anjuran perjalanan (*travel advisory*) yang dikeluarkan pemerintah. Dokter harus menanyakan riwayat perjalanan terutama dalam 14 hari terakhir dari daerah dengan penyebaran COVID-19 yang luas





BAB XVII Sumber: Kemenkes RI, 2020 Keterangan Gambar 2.6:

- 1) Pemeriksaan darah lengkap* : curiga COVID-19 apabila terdapat limfopenia dan Neutrofil Limfosit Ratio (NRL) >5,8.
- 2) Gold standard diagnosis COVID-19 adalah swab nasofaring dan orofaring. Apabila tidak dapat dilakukan swab di FKTP, bisa diganti dengan metode skrining lain, yaitu gejala klinis, riwayat kontak/perjalanan, rapid test, dan darah lengkap.
- 1. Pelayanan Antenatal di RS
 - a. Penapisan terhadap setiap ibu hamil berbasis MEOWS (*Modified Early Obstetric Warning Score*) yang dapat dilihat pada **Tabel 5.3** (*halaman 48*).

b. 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 (berdasarkan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi COVID-19). 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 di mana fasilitas isolasi khusus tersedia. Diperlukan koordinasi lintas sektor dan Pemerintah Daerah untuk menangani ibu hamil yang diduga/diketahui COVID-19 ditempat isolasi khusus di Kab/Kotanya.

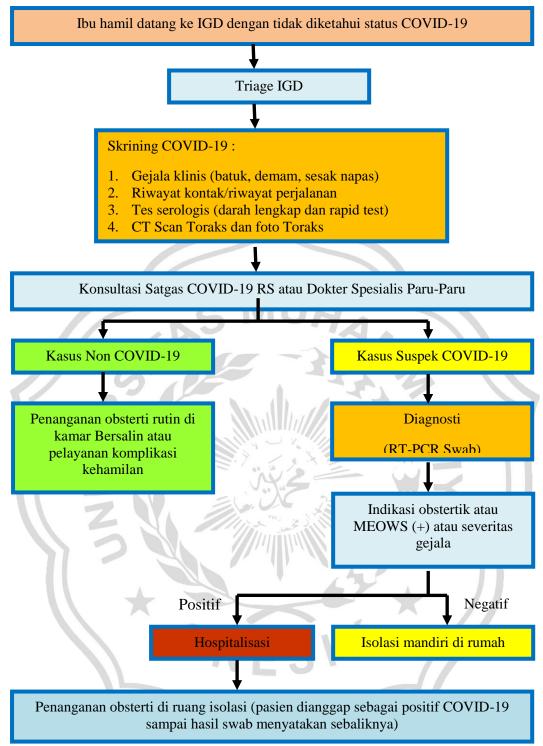
BAB XVIII Tabel 2. 4 COVID-19 MEOWS

BABAVIII Tabel 2. 4 COVID 17 INLOWS											
MEOWS Score	3	2	1	0	1	2	3				
Saturasi O2 (%)	≤ 85	86-89	90-95	≥96							
Laju Napas (x/menit)	~	< 10		10-14	15-20	21-29	≥ 30				
Nadi (x/menit)		< 40	41-45	51-100	101-110	110-129	≥ 130				
Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-139	140-149	150-159	≥ 160				
Tekanan Darah Diastolik (mmHg)			≤49	50-89	90-99	100-109	≥ 110				
Diuresis (ml/jam)	0	≤ 20	≤ 35	35-200	≥ 200						
Suhu (°C)	3	≤ 35	35-36	36-37,4	37,5- 38,4	≥ 38,5					
Sistem saraf pusat	70'		Agitasi	Sadar	Respon hanya terhadap stimulus verbal	Respon hanya terhadap stimulus nyeri	Tidak ada respon				
MEOWS 0-1	Normal Normal dan stabil, laporan kondisi pasien bisa dalam 1 hari										
MEOWS 2-3											
MEOWS 4-5	A	Abnormal dan tidak stabil, harus dievaluasi dalam 30 menit									
$MEOWS \ge 6$	A	Abnormal dan tidak stabil, harus dievaluasi dalam 10 menit									

Sumber: Kemenkes RI, 2020

- a. 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.
- b. Alur pelayanan antenatal bagi ibu hamil di Rumah Sakit
- c. Alur pelayanan ibu hamil yang datang ke Rumah Sakit melalui IGD

Pemeriksaan umum untuk meminimalkan paparan pasien dengan tenaga kesehatan. Pertimbangkan kurangi jumlah kunjungan klinik antenatal pada kehamilan risiko rendah. Ibu/keluarga melakukan janji temu/teleregistrasi melalui media komunikasi. Tenaga kesehatan melakukan skrining gejala/riwayat paparan saat janji temu. Skrining positif / Negatif COVD-19 Positif Kunjungan sesuai jadwal Apakah ibu hamil/janin memiliki risiko/komplikasi Ya Tidak Ibu dan keluarga datang ke RS Tunda kunjungan setelah 14 hari, menggunakan masker medis dan konseling pasien untuk monitor cuci tangan. Informasikan tim gejala dan indikasi ke IGD untuk menggunakan APD yang sesuai Skrining di pintu masuk RS Skrining positif Negatif Tindakan pencegahan rutin: Identifikasi pasien positif skrining. menggunakan masker, cuci Minimalkan pasien menunggu di ruang tangan, jaga jarak 2 m tunggu, gunakan masker medis, cuci tangan, tim menggunakan APD Gejala Gejala sedang/berat/ ringan dengan faktor risiko Konseling pasien untuk monitor Rujuk ke triase untuk penilaian detail. gejala dan indikasi ke IGD Informasikan tim triase Ibu/keluarga melakukan janji temu/teleregistrasi melalui media komunikasi. Tenaga kesehatan melakukan skrining gejala/riwayat paparan saat janji temu.



BAB XXII Sumber: Kemenkes RI, 2020

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.1 2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit.

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikatakan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks (Affandi, 2017).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Saifuddin, 2014).

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

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

2.2 2.3.2 Bentuk Persalinan

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

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

2.3 2.3.3 Tanda Gejala Persalinan

Menurut Mochtar (2015), tanda dan gejala persalinan antara lain :

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

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

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

2.4 2.3.4 Deteksi Dini Masa Persalinan

1. Penapisan

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

BAB XXIII Tabel 2.5 Indikasi untuk Tindakan dan Rujukan pada Kala I

BAB XXIII Tabel 2.5 Indikasi untuk	Tindakan dan Rujukan pada Kala I
Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Riwayat Bedah sesar	 Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar Dampingi Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan Semangat
Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show)	 Jangan lakukan periksa dalam Baringkan Ibu ke sisi kiri Pasang infus menggunakan jaum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat/garam fisiologis (NS). Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. Dampingi Ibu ke tempat rujukan.
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	 Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan neonatal. Dampingin Ibu ke tempat rujukan. Berikan dukngan dan semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	 Baringkan Ibu miring kiri Dengarkan Denyut jantung janin (DJJ) Segera rujuk Ibu ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar Dampingi Ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir Delee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untuk antisipasi jika ibu melahirkan diperjalanan
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.	1. Dengarkan DJJ, Jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai
Ketubah pecah (lebih dari 24 jam) atau Ketuban pecah pada kehamilan dengan usia gestasi < 37 minggu Tanda-tanda atau gejala infeksi: 1. Temperatur > 38 °C	 Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki penatalaksanaan gawat darurat obstetri Dampingi Ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat. Baringkan ibu miring kiri Pasang infus menggunakan jarum berdiameter

Temuan-temuan anamnesis dan Rencana untuk asuhan atau perawatan atau pemeriksaan 2. Menggigil besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 3. Nyeri Abdomen 4. Cairan Ketuban berbau 3. Segera rujuk ke RS rujukan 4. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat Tekanan 1. Baringkan ibu miring kiri darah lebih dari 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter 160/110, dan atau terdapat besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat protein dalam urin (pre eklamsia berat) atau garam fisiologis (NS). 3. Berikan dosis awal 4 gr MgS04 atau 40% IV (5-8 menit) 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat Tinggi fundus 40 cm atau lebih 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu (Makrosomnia, melakukan seksio sesaria polihidramniosisi, kehamilan 2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan ganda) serta semangat Alasan: polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemi, dan robekan jalan lahir. Djj kurang dari 100 atau lebih 1. Baringkan ibu miring kiri, beri oksigen, dan dari 180 kali per menit pada dua anjurkan untuk bernafas secara teratur. kali penilaian dengan jarak 5 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter menit (Gawat janin) 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. 1. Baringkan ibu miring kiri. Primipara dalam fase aktif kala persalinan 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu dengan penurunan kepala janin 5/5 melakukan seksio sesarea 3. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat. Presentasi bukan belakang 1. Baringkan ibu miring kiri. kepala (sungsang, letak lintang, 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan dll) 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat. 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.

Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin. Misalnya : lengan atau tangan,

- 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

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	dukungan dan semangat.
Tali pusat menumbung (Jika tali pusat masih berdenyut)	 Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi, masukkan jari telunjuk dan tengah ke vagina, dorong kepala menjauhi tali pusat yang menumbung atau ibu diposisiskan sujud/menungging dan dada menempel di kasur (minta keluarga membantu. Segera rujuk ibu ke RS rujukan Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan
T 1 1 1 1	dukungan serta semangat.
Tanda dan gejala syok : 1. Nadi cepat, lemah (> 100	 Baringkan ibu miring kiri. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala.
x/menit) 2. Tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg)	3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS) . infuskan 1 liter dalam waktu 15-20 menit : dilanjutkan dengan 2 liter
Pucat 3. Berkeringat atau kulit	dalam satu jam pertama, kemudian turunkan
3. Berkeringat atau kulit lembab, dingin	tetesan menjadi 125 ml/jam. 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan
 4. Nafas cepat (lebih dari 30 kali per menit) 5. Delirium atau tidak sadar 6. Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml per jam 	Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tanda dan gejala fase laten	 Segera rujuk ibu ke RS rujukan
berkepanjangan : 1. Dilatasi < 4 cm pada > 8 jam 2. Kontraksi > 2 dalam 10 menit	2. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat
Tanda dan gejala belum inpartu:	 Anjurkan ibu untuk minum dan makan
 Frekensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik Tidak ada perubahan pada 	2. Anjurkan ibu untuk begerak bebas3. Anjurkan ibu pulang jika kontraksi hilang dan dilatasi tidak ada kemajuan, ibu dan bayi (DJJ), beri nasehat agar:a. Cukup makan dan minum
serviks dalam waktu 1-2 jam	b. Kembali jika frekuensi dan lam kontraksi meningkat.
 Tanda dan gejala inpartu lama: Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf) Pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam. Frekuensi, kontraksi kurang 	 Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memilik penatalaksanaan gawat darurat obstetri. Dampingi ke tempat rujukan. Berikan dukungan serta semangat.
dari 2 kali dalam 10 menit. Dan lamanya kurang dari 40 detik.	
Sumber: Affandi, 2017	

Sumber: Affandi, 2017

BAB XXIV Tabel 2.6 Indikasi untuk Tinda	akan da	an Rujukan pada Kala II
Temuan dari penilaian dan pemeriksaan		Rencana asuhan atau perawatan
Tanda dan gejala syok:	a.	Baringkan miring kekiri
1. Nadi cepat, isi kurang	b.	Naikkan kedua kaki untuk meningkat
(100x/menit atau lebih)	٠.	aliran darah kejantung
2. Tekanan darah rendah (sistolik	c.	Pasang infus mengunakan jarum diameter
· ·	C.	besar (ukuran 16/18) dan berikan RL dan
<90 mmHg)		NS infuskan satu L dalam 15-20 menit:
3. Pucat pasi		jika mungkin infuskan 2 liter dalam satu
4. Berkeringat atau dingin, kulit		jam pertama, kemudian 125/jam
lembab	d.	Segera rujuk ke rumah sakit PONEK
5. Nafas cepat (>30x/menit)	e.	Dampingi ibu ketempat rujukan
6. Cemas, binggung atau tidak sadar	C.	Dampingi iou ketempat rujukan
7. Produksi urin sedikit (<30 cc/jam)		
Tanda atau gejala dehidrasi:	1.	Anjurkan untuk minum
1. Nadi cepat (100x/menit atau	2.	Nilai ulang setiap 30 menit (menurut
lebih)		pedoman di partograf). Jika kondisinya
2. Urin pekat		tidak membaik dalam waktu 1 jam, pasang
3. Produksi urin(>30cc/jam)		infus menggunakan jarum diameter besar
	N	(ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS
		125 cc/jam
	3.	Segera rujuk ke rumah sakit PONEK
	> 4.	1 5
Tanda atau gejala infeksi:	· Æ	
1. Nadi cepat (110x/menit atau	2.	Psang infus menggunakan diameter besar
lebih)	یں بو	(ukuran 16/18) dan berikan RL dan NS
2. Suhu lebih >38°C	111	125cc/jam
3. Menggigil	3.	Berikan ampisilin 2 gram atau amoksisilin
4. Air ketuban atau cairan vagina	/ '	2 gram/oral
yang berbau	4.	Segera rujuk ke rumah sakit PONEK
	5.	Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda atau gejala preeklamsi:	1.	Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit
1. Tekanan darah diastolic 90-110		(saat diantara kontraksi atau meneran).
mmHg	2.	Miring kekiri dan cukup istirahat.
2. Protein urinaria hingga 2+	3.	Bila gejala bertambah berat maka
		tatalaksana sebagai preeklamsi berat.
Tanda atau gejala	1.	Baringkan miring kekiri.
	2.	
Pre-eklamsi berat atau eklampsia:	2.	Pasang infus dengan menggunakan jarum
1. Tekanan darah diastolic 110		diameter besar (ukuran 16/18) dan berikan
mmHg atau lebih		RL atau NS 125 cc/jam.
2. Tekanan darah diastolic 90	3.	Berikan dosis awal 4 G MgSO4 40% IV
mmHg atau lebih dengan		dengan kecepatan 0,5-1 G/menit.
kejang	4.	
2 37 11 1		1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK

3. Nyeri kepala

4. Gangguan penglihatan 5. Kejang (eklampsia) Tanda-tanda inersia uteri:

1. Kurang dari 3 kontraksi dalam

1 G per jam segera rujuk ke RS PONEK.

1. Anjurkan untuk mengubah posisi dan

5. Dampingi ibu ketempat rujukan.

berjalan-jalan.

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
waktu 10 menit, lama kontraksi	2. Anjurkan untuk minum.
kurang dari 40 detik	3. Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan >6 cm lakukan amniotomi (gunakan setengah kocher DTT)
	4. Stimulasi putting susu.
	5. Kosongkan kandung kemihnya.
	6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida), segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan.
	7. Dampingi ibu ketempat rujukan.
Tanda gawat janin :	1. Baringkan miring kekiri, anjurkan ibu
1. DJJ kurang dari 120 atau lebih	untuk menarik nafas panjang perlahan-
dari 160 x/menit, mulai	lahan dan berhenti meneran
waspada	
Tanda awal gawat janin :	1. Nilai ulang DJJ setelah 5 menit:
DJJ kurang dari 100 atau lebih 180 x/menit	a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.
N A A	 b. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obtetri dan bayi baru lahir c. Dampingi ibu ketempat rujukan
2. Kepala bayi tidak turun	1. Minta ibu meneran jongkok/berdiri.
2. Repair bayi tidak turun	Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan
	kontraksi
Tanda-tanda distosia bahu :	Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung
1. Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar.	hasil tindakan yang dilakukan): 1. Prasat Mc Robert
2. Kepala bayi keluar kemudian	2. Prolong Mc Robert (menungging)
tertarik kembali kedalam	3. Anterior dysiempact
3. vagina (kepala'kura-kura')	4. Perasat Corkscrew dari Wood
4. Bahu bayi tidak dapat lahir	5. Perasat Schwartz-Dixon
T. Danu bayı muak dapat fallı	5. Totabat Softwartz DiAon

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan		Rencana asuhan atau perawatan
Tanda-tanda cairan ketuban bercampur meconium: 1. Cairan ketuban berwarna hijau (mengandung meconium)	1.	 Nilai DJJ: a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. b. Jika DJJ tidak normal, tangani sebagai
	2.	c. gawat janin (lihat diatas). Setelah bayi lahir, lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisab lender dimulut kemudian hidung bayi dengan penghisap lender DeLee DTT/steril) atau bola karet (penghisap (baru dan bersih).
	3.	Lakukan tindakan lanjutan sesuai dengan
5	VI	hasil penelitian.
Tanda-tanda tali pusat menumbung1. Tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam	1.	Nilai DJJ, jika ada: a. Segera rujuk kefasilitas kesehatan rujukan.
Saat periksa dalam	2.	b. Didampingi ibu ketempat rujukan. c. Posisikan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur/brancrat atau isi kandung kemih dengan larutan NS 0,9/air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan tinggikan bokong sambil ibu miring kekiri agar kepala bayi agar tidak menekan tali pusat dan tangan lain di abdomen untuk menahan bayi pada posisinya (keluarga dapat membantu melakukannya). Jika DJJ tidak ada: a. Beritahukan ibu dan keluarganya. b. Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman.
Tanda-tanda lilitan tali pusat :	1.	79 - 11 - 1217-1 - 121-1 - 1
1. Tali pusat melilit leher bayi	2.	lepaskan melewati kepala bayi. Jika tali pusat melilit erat dileher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem didua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.
Kehamilan tak terdeteksi:	1.	Nilai DJJ.
renamian ar ciucursi .	2.	Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi
	3.	pertama. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring kekiri.
	4.	Segera rujuk ibu ke RS PONEK.

Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
	5. Dampingi ibu ketempat rujukan.
Sumber :Affandi, 2017	
Tabel 2.7 Indikasi untuk Tindakan dan	Ü
Temuan dari Penilaian dan Pemeriksaan	Rencana Asuhan atau Perawatan
Tanda atau gejala retensio plasenta: 1. Plasenta tidak lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan	 Lakukan periksa dalam jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso kranial pada uterus. Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan RL atau NS a. Segera rujuk ke RS PONEK b. Dampingi ibu ke tempat rujukan
	4. 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

Tanda atau gejala avulsi (putus):

- 1. Talipusat putus
- 2. Plasenta tidak lahir

Nilai kontraksi melalui palpasi uterus

ditangani oleh RS rujukan

bantuan

walaupun

ibu

2. Minta ibu meneran jika ibu ada kontraksi

Lakukan plasenta manual dan asuhan

6. Bila syarat untuk plasenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK.7. Dampingi ibu ke tempat rujukan

3. Lahirkan plasenta dengan PTT dan

tekanan dorso kranial

lanjutan

Tawarkan

- 4. Lakukan masase setelah plasenta lahir
- Jika setelah 30 menit bayi lahir dan MAK III maka tangani sebagai retensio plasenta

Temuan dari Penilaian dan	
Pemeriksaan	

Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan :

- Tepi lateral plasenta tidak dapat diraba atau dikenali
- 2. Selaput ketuban tidak lengkap
- 3. Perdarahan pasca persalinan
- 4. Uterus berkontraksi

Tanda atau gejala atonia uteri:

- 1. Perdarahan pasca persalinan
- 2. Uterus lembek dan tidak
- 3. berkontraksi

Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau servik :

- 1. Perdarahan pasca persalinan
- 2. Plasenta lengkap
- 3. Uterus berkontraksi

Tanda atau gejala syok:

- 1. Nadi cepat, lemah (lebih dari 100x/menit
- 2. Sistolik kurang dari 90 mmHg
- 3. Pucat
- 4. Keringat dingin, kulit lembab
- 5. Nafas cepat lebih dari 30x/menit
- 6. Delirium atau tidak sadar
- 7. Produksi urine kurang dari 20 cc/jam

Tanda atau gejala dehidrasi:

- 1. Nadi lebih dari 100x/ menit
- 2. Temperatur lebih dari 38°C
- 3. Urine pekat
- 4. Produksi urine sedikit (20 cc/jam)

Rencana Asuhan atau Perawatan

- Lakukan periksa dalam, keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal
- 2. Lakukan masase uterus :
 Jika ada perdarahan hebat dan uterus
 berkontraksi baik, periksa danya separasi
 parsial atau robekan jalan lahir.
- Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri
- 1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir
- 2. Jika terjadi laserasi derajat 1 atau 2
- 3. lakukan penjahitan
- 4. Jika terjadi laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks :
 - a. Pasang infus dengan jarum 16 atau18 dan berikan RL atau NS.
 - b. Segera rujuk ibu ke RS PONEK
 - c. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- 1. Baringkan miring kiri
- 2. 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
- 4. Jika terperatur tubuh tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi
- 5. Segera rujuk ke RS PONEK
- 6. Dampingi ibu ketempat rujukan
- 1. Anjurkan ibu untuk minum
- Nilai kondisi setiap 15 menit (jam pertama) dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca persalinan
- Jika dalam jam pertama kondisi tidak membaik, pasang infus (jarum 16 atau 18) dan RL atau NS 500 cc/jam Jika temperatur ibu tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi
- 4. Segera rujuk ke RS PONEK
- 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

	dari Penilaian dan emeriksaan		Rencana Asuhan atau Perawatan
TD 1	1 : 61 :	6.	D : 1 1 1
Tanda atau geja 1. Nadi lebih	ala infeksi : dari 100x/menit		Baringkan miring ke kiri Pasang infus dengan jarum 16 atau 18,
	r tubuh lebih dari 38°C	۷.	berikan RL atau NS 500 cc/jam
 Keringat di 		3	Berikan ampisilin atau amoxcilin 2 G/
4. Lochea ber	•	٥.	oral
		4.	Segera rujuk ke RS PONEK
		5.	Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Tanda – gejala	preeklamsia ringan :	1.	Nilai TD setiap 15 menit (pada saat
 Tekanan da mmHg 	arah diastolik 90-110		beristirahat diantara kontraksi dan meneran).
2. Protenuria	_// =	2.	Jika diastolik > 110 mmHg, pasang infus,
	- 91	VI.	berikan RL/NS 100 cc/jam
	120	3.	Baringkan miring kekiri
	111	4.	MgSO4 4 G dilanjutkan 1 G per jam dan
	6		nefidipin 10 mg
		4.1	Rujuk ke RS PONEK
	la preeklamsia berat	11111	Baringkan miring kekiri
atau eklamsia:		b.	Pasang infus dan berikan RL/NS 100
1. Sistolik > 1		. 111	cc/jam
2. Diastolik 1	10 mmHG	C.	20 cc MgSO4 20 % IV 8-10 menit dan
3. Kejang		ال	lanjutkan dengan MgSO4 1 g/jam melalui infus
111 Z		e m	Segera rujuk ke RS PONEK
Tanda dan geja	la kandung kemih		Kosongkan kandung kemih
penuh:	ia kandung kemin	11.	Masagge uterus hingga berkontraksi
•	talan air supra		baik
shympisis	* .	2.	Jika tidak dapat berkemih, kateteresasi
(i) (i)	lus diatas pusat		dengan teknik aseptik
3. Uterus terd	orong kekanan		Kemudian dengan massage uterus
	1		hingga berkontraksi baik
		3.	Jika ibu mengalami perdarahan, periksa
			penyebabnya.
Sumber · Affand	i 2017	Sec.	

Sumber: Affandi, 2017

PENAPISAN IBU BERSALIN

DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

	Yo Tdk
1	Riwayat bedah sesar
2	Perdarahan pervaginam
3	Persalinan kurang bulan (< 37 mg)
4	Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
5	Ketuban pecah lama (lebih 24 jam)
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 27 mg)
8	Anemi berat
9	Tanda / gejala infeksi
10	Pre eklamsi / hypertensi dalam kehamilan
1,1	Tfu 40 cm atau lebih
12	Gawat janin
13	Premi para fase aktif dengan palpasi kepala janin
	masih 5/5
14	Presentasi bukan Belakang Kepala
15	Presentasi ganda
16	Kehamilan gemeli
17	Tali pusat menumbung
18	Syok.

BAB XXV Gambar 2.6 Lembar Penapisan BAB XXVI Sumber : Affandi, 2017

1. Partograf

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

a. Pencatatan Selama Fase Laten Kala Satu Persalinan

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

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

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

b. Pencatatan Selama Fase Aktif Kala Satu Persalinan

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

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

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

2) Kondisi Janin

a) DJJ

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

b) Warna dan adanya air ketuban

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

U: Selaput ketuban utuh (belum pecah)

- J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- M:Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium
- D: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- K:Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir
- c) Penyusupan (molase) kepala janin

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

- 0: Tulang tulang janin terpisah, sutura dengan mudah dipalpasi.
- 1 : Tulang-tulang kepala janin hanyasaling bersentuhan.
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3) Kemajuan persalinan

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

a) Pembukaan serviks

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

b) Penurunan bagian terbawah janin

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

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm danberakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju

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

4) Jam dan waktu

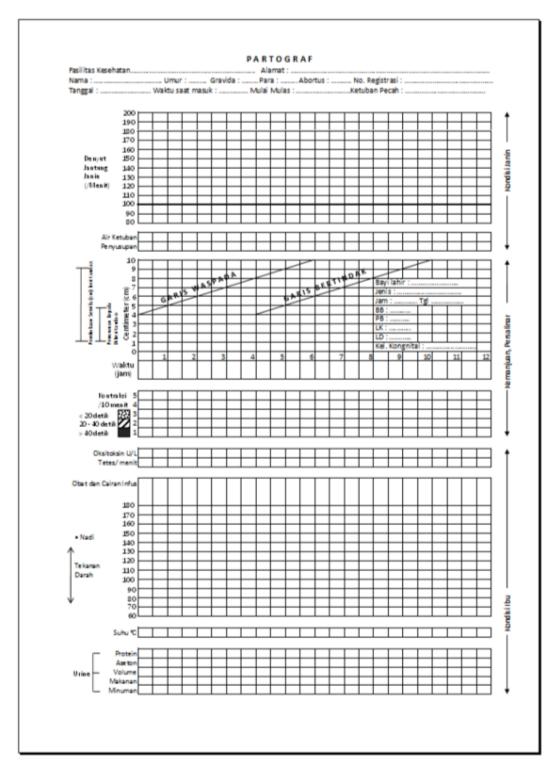
a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

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

b) Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian

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





Gambar 2.7 Partograf Halaman Depan

Sumber: Affandi, 2017

_	CATATAN	ERSALINAN		25 7		256		4.7
1.	Tanggal :			25. 1	⊢enegangan □Ya	tali pusar terkenda	li ?	
2.	Nama Bidan :				□ Tidak, al	asan :		
3.	Tempat Persalinan :			26. 1	Masase Fun			
20.	□ Rumah Ibu	☐ Puskesmas			ΠYa			
	□ Polindes _	☐ Klinik Swasta			□ Tidak, A	lasan :		
	□ Rumah Sakit	□ Lainnya :		27. F	Plasenta lahi	r lengkap (intact)	Ya/ Tidak	
4.	Alamat tempat persalinan :					gkap tindakan yang		
5.	Catatan , Rujuk, Kala : 1 /11/ III/ IV							
6.	Alasan Merujuk :			b				
7.	Tempat rujukan :			28. F	Plasenta tida	k lahir > 30 Menit :		
3.	Tanggal Rujukan :				□ Tidak			
	Pendamping saat merujuk :		***************************************			kan		*
	□ Bidan □ Teman □ Suami	Dukun Di Keluarga	m Tidak ada	29. L	aserasi			
0.	Masalah dalam kehamilan / persa	linan ini :	D Huak ada			na		
	□Gawat darurat □ Pendaraha				□ Tidak			
	a construct to rendarana	I D HOK D Infeksi	DPMTCT			parintum describe		
KΔ	-A1					perinium , derajat:	1/2/3/4	
					indakan :			
	Partograph melewati garis waspad					an, Dengan / Tanpa		
	Masalah lain, Sebutkan :				U Hdak diji	ahit, Alasan		
					toni Uteri :			
	Penatalaksanaan masalah tsb. :					akan		
	***************************************				□ Tidak			
١.	Hasilnya :					yang keluar / Pend		
KA	-A II	Committee of the Commit		33. M	lasalah dan	penatalaksanaan m	nasalah tersebut	1
	Episiotomi							
	□ Ya, Indikasi			Н	lasilnya :			
	□ Tidak			KALA	NV.			
	Pendamping pada saat Persal na	n:		34. K	ondisi ibu ; k	KU ;, TD;, mmH	g, Nadi :x/mn	t, Nafas x/mmH
	□ Teman □ Suami □ Dukun	□ Keluarga □ Tidak a				Penatalaksanaan N		
	Gawat Janin				ARU LAHIR			
	☐ Ya, Tindakan yang dilakukan :			36. B	erat Badan .		Gram	
	*			37. P	anjang Bada	ın	Cm	
	b			38. Je	enis Kelamin	: L/P		
	□ Tidak			39. P	enilaian bayi	i baru lahir : baik / A	da penvulit	
	□ Pemantauan DJJ setiap 5- 10	Menit selama KALATL H			ayi lahir :) == = ((*******************************		
3.	Distosia Bahu	ment detains roads it, it	0311		□ Normal.	Tindakan :		
	☐ Ya. Tindakan yang dilakukan : .				- Mer	ngeringkan		
	,					nghangatkan		
	□ Tidak		***************************************			ngsangan tektil		
	Masalah lain, Penatalaksanaan m	and the same				mastikan IMD atau	naturi manusay	
*						ringan / pucat / biru		
).	·····					ngeringkan		an: kan jalan nafas
	Hasilnya:A III					ngsang taktil		
								angatkan
	Inisiasi menyusu dini :					paskan jalan nafas.		
	- 14					kalan / selimut bayi		
	□ Tidak, Alasan :					awaan, sebutkan		
	Lama Kala III :		Menit		U Hipoterr	ni, Tindakan :		
	Pemberian Oksitosin 10 U IM ?	198			и. b.			
	☐ Ya , Waktu :				ь.			
	□ Tidak, alasan :			(1 0		SI setelah jam perta	me best tel	•
	Penjepit tali pusar		ah bayi lahir	-1. P				
	Pemberian Ulang Oksitosin (2X)					Waktu:		
	O Ya, alasan :			49		ak , Alasan		
	□ Tidak					Sebutkan :		
	PEMANTAUAN KALAIV				iasiiriya :	•		
L		an Darah Nadi	Subu	Tir	nggi Fundus	Kontraksi	Kandung	Darah yang kelua
		January 14401	Sunu	-	Utori	Uterus	Kemih	John yang kelua
	Totalia Totalia							
n k	70.00							
n k								1
EL n k								

Gambar 2.8 Partograf Halaman Belakang

Sumber: Affandi, 2017

2.1 2.3.5 Tahapan Persalinan

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

1. Kala I

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

Fase-fase dalam persalinan kala I:

a. Fase laten

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

2. Kala II

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

Tanda dan gejala kala II persalinan

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

3. Kala III

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

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

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

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Keuntungan — keuntungan manajemen aktif kala III yaitu persalinan kala III yang lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian reensio

plasenta. Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama yaitu pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri.

4. Kala IV

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

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

2.2 2.3.6 Mekanisme Persalinan

Hampir 96% janin berada dalam uterus dengan presentsi kepala dan pada presentasi kepala ini ditemukan \pm 58% ubun-ubun kecil terletak di kiri depan, \pm 23% di kanan depan, \pm 11% di kanan belakang dan \pm 8% di kiri bealakang. Keadaan ini mungkin di sebabkan terisinya ruangan di sebelah oleh kolon sigmoid dan rektum. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, keapala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. (Prawirohardjo, 2016)

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

Asinklitismus posterior menurut Litzman ialah apabila keadaan adalah sebaliknya dari asinklitismus anterior. (Prawirohardjo, 2016)

Keadaan asinklitimus anterior lebih menguntungkan dari mekanisme turunnya kepala dengan asinklitismus posterior karena ruangan pelvis di daerah posterior lebih luas jika di bandingkan ruangan pelvis di daerah anterior. Dengan fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil, yakni dengan diameter suboksipitobregmatikus (9,5 cm) dan dengan sirkumferensia suboksipitobregmatikus (32 cm) sampai di dasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal. (Prawirohardjo, (2016)

Akibat kombinasi elastisitas diagfragma pelvis dan tekanan intrauterin di sebabkan oleh his berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi, disebut pula putaran pakasi dalam. Di dalam hal mengadakan rotasi ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil di bawah simfisis, dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat di lahirkan. Pada tiap his vulva lebih membuka dan keapala janin makin tampak. Perinium menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatan mengejan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka, dan akhirnya dagu. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang di sebut putaran paksi luar. Putaran paksi luar ini ialah gerakan kembali ke posisi sebelum putaran paksi dalam terjadi untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak. (Prawirohardjo, 2016)

Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang di laluinya, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah di lahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang selanjutnya di lahirkan bahu depan terlebih dahulu, baru kemudian bahu belakang. Demikian pula di lahirkan trokanter depan terlebih dahulu, baru kemudian trokanter belakang. Kemudian, bayi lahir seluruhnya. (Prawirohardjo, 2016)

2.3 2.3.7 Perubahan Fisik dan Psikologi Persalinan

1. Perubahan Fisik

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

a. Uterus

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

Dengan palapsi abdomen kedua segmen dapat di bedakan ketika terjadi kontraksi, sekalipun selaput ketuban belum pecah. Segmen atas uterus

cukup kencang atau keras, sedangkan konsistensi segmen bawah uterus jauh kurang kencang. Segmen atas uterus merupakan bagian uterus yang berkontraksi secara aktif, segmen bawah adalah bagian yang di regangkan, normalnya jauh lebih pasif.

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

b. Serviks

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

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

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

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

Bila selaput ketuban sudah pecah, tekanan pada bagian terbawah janin terhadap serviks dan segmen bawah uterus juga sama efektifnya. Selaput

ketuban yang pecah dini tidak mengurangi dilatasi servik selama bagian terbawah janin berada pada posisi meneruskan tekanan terhadap serviks dan segmen bawah rahim.

c. Vagina dan dasar panggul

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

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

2. Perubahan psikologi ibu

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

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

2.3.8 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Menurut Affandi (2015), kebutuhan ibu pada masa persalinan adalah:

1. Mobilisasi

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

2. pemberian Cairan dan Nutrisi

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

3. personal Hygiene

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

WHO dan Asosiasi Rumah Sakit Internasional menganjurkan untuk tidak menyatuhkan ruang bersalin dengan kamr mandi atau toilet kerena tingginya frekuensi penggunaan, lalu lintas antar ruang, potensi cemara mikroorganisme, percikan air atau lantai yang basah akan meningkatkan resiko infeksi nosokomial terhadap ibu, bayi baru lahir dana penolong sendiri.

2.4 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 kegawatdaruratan akan meningkatkan resiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir.

- 1. Menurut Affandi (2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala I berikut ini :
 - a. Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah.
- b. Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan).
- c. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.
- d. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.
- e. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
- f. Infeksi (temperature > 38°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).
- 1. Presentasi ganda (majemuk).
- m. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
- n. Syok (nadi cepat lemah lebih dari 110x/menit, tekanan darah sistolik menurun, pucat, berkeringat dingin, napas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urin kurang dari 30 ml/jam).

- o. Fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit).
- p. Partus lama (pembukan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam, frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik).
- 2. Menurut Affandi (2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala II di bawah ini:
 - a. Syok (Nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat pasi, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
 - b. Dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam).
 - c. Infeksi (Nadi cepat 110x/menit atau lebih, temperatur suhu > 38° C, menggigil, cairan ketuban berbau).
 - d. Pre-eklampsia ringan (Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria hingga 2+).
 - e. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (Tekanan darah sistolic 110 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan kejang).
 - f. Inersia uteri (kontraksi kurang dari 3x dalam waktu 10 menit lamanya kurang dari 40 detik).
 - g. Gawat janin (djj kurang dari 120x/menit dan lebih dari 160x/menit).
- h. Distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putak paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina, bahu bayi tidak lahir).
- i. Cairan ketuban bercampur mekonium ditandai dengan warna ketuban hijau.
- j. Tali pusat menumbung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam).
- k. Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).
- 3. Menurut Affandi (2017), tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV berikut ini :
 - a. Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir).
 - b. Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir).
 - c. Bagian plasenta tertahan (bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang, bagian selaput ketuban hilang/robek, perdarahan pasca persalinan, uterus berkontraksi).
 - d. Atonia uteri (uterus lembek tidak berkontraksi dalam waktu 5 detik setelah massage uterus, perdarahan pasca persalinan).
 - e. Robekan vagina, perineum atau serviks (perdarahan pasca persalinan, plasenta lengkap, uterus berkontraksi).
 - f. Syok (nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).

- g. Dehidrasi (meningkatnya nadi lebih dari 100x/menit, temperature tubuh diatas 38°C, urine pekat, produksi urine sedikit 30ml/jam).
- h. Infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperatur suhu > 38°C, kedinginan, cairan vagina yang berbau busuk).
- i. Pre-eklampsia ringan (tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria).
- j. Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih, tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang).
- k. Kandung kemih penuh (bagian bawah uterus sulit di palpasi, TFU diatas pusat, uterus terdorong/condong kesatu sisi).

2.5 2.3.10 Standar Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan pada kala II, III, dan IV tergabung dalam 60 langkah APN (Nurjasmi E., dkk, 2016) :

Asuhan persalinan pada kala II

- 1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
- a. ibu mempunyai ingin meneran
- b. ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginannya.
- c. Perineum menonjol
- d. Vulva vagina dan spinter anal membuka
- 2. Memastikan perlengkapan, bahan, dana obat-obatan esensial siap digunakan mematahkan ampul oksitosi 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih
- 4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih
- 5. Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6. Menghisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di pertus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengotaminasi tabung suntik)
- 7. Memberihkan vulva dan perinum, menyekanya dengtan hati-hati dari depan ke belakang dnegan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi, jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkan dengan cara seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika bterkontaminasi(meletakkan kedua sarung tangang tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi)
- 8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan servik sudah lengkap. Bila selaput

- ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larurtan klorin 0,5% selama 10 menit mencuci kedua tangan
- 10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam bats normal (100-180x/menit)
- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
- b. Mendokumentasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasilhasil penilaian serta asuhan lainnya pada prtograf
- 11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin bayi, membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya
- a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran, melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan pendokumentasian temuantemuan
- b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana merekan dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman)
- 13. Melakukan pimpinan meneran saaat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
- a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
- b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
- c. Membantu ibu untuk mengambil posisi ayng nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
- d. Menganjurkan ibu beristirahat diantar kontraksi
- e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu
- f. Menganjurkan asupan peroral
- g. Menilai DJJ setiap 5 menit
- h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1jam) untuk ibu multipara, merujuk segera, jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
- i. Menganjukan ibu untuk brjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dam 60 menit, anjurkan ibu untuk memulai meneran pada puncak kontraksi-kontrasi tersebut dan beristirahat diantar kontraksi

- j. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuka ibu dnegan segera
- 14. Jika kepala bayi mambuka vulva dengan diameter 5-6cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
- 15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
- 16. Membuka pertus set
- 17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
- 18. Saat kepal bayi membuka vulva dengan diameter 5-6, lindungi perinueum dnegan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkna ibu meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
- 19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan lindungi hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih
- 20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal iti terjdi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
- a. Jika tali pusat melilit dileher janin dnegan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
- b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengeklem di dua tempat dan memotongnya
- 21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kesua tangan di masing-masing sisi muka bayi, menganjurkan ibu untuk mneran saat kontraksi berikutnya, denga lembut menarik ke arah bawah dan ke arah luar hingga anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
- 23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan pesterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gnakan lengan bagian bawah menyangga tubuh bayi saat dilahirkan menggunakan tangan anterio (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir
- 24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusuri tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir, memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki
- 25. Menilai bayi dnegan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebeih rendah dari

- tubuhnya (bila tali pusat pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkingkan). Bila bayi mengalami asfiksisa, lakukan resusutasi
- 26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu bayi. Lakukan penyuntikkan oksitosin/im
- 27. Menjepit tali pusat menggunkan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kea rah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)
- 28. Memegang tali pusat dengan datu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat antara dua klem tersebut.
- 29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutup bagian kepala bayi emmbiarkan tali pusat terbuka, jika bayimengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai
- 30. Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jik ibu menghendakinya

Asuahn Persalinan Pada Kala III

- 31. Meletakkan kain yang bersih dan kering, melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya byai kedua
- 32. Memberitahu kepada ibu bahwa bayi akan disuntik
- 33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntik oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebi dahulu
- 34. Memindahkan klem dari tali pusat
- 35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tetap diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilakan uterus, memegang tali pusat dan kem dengan tangan yang lain
- 36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penangana ke arah bahwa pada tali pusat dengan lembut. Alkukan tekanan yang berlawanan arah pada bagaian
- 37. Setelah palsenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawh dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus
- a. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hinga berjarak sekitar
 5-10 cm dari vulva
- b. Jika tali pusat tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
- 1. Mengulangi pemeberian oksitosin 10 unit IM
- 2. Menilai kandung kemih dan lakuakan katerisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
- 3. Meminta kelurga untuk menyiapkan rujukan
- 4. Mengulangi penegangan tali pusat selam 15 menit berikutnya

- 5. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi
- 38. Jika plasenta terlihat diintroiyus vagina, melanjutkan kelahiran palsenta dengan emnggunkan kedua tangan. Memengang plasenta dua tangan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dnegan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tnagn disinfeksi tingksat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunkan jarijari tangan atau klem forseps disinfeksi tingakt tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal
- 39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus meletakkan telapak tangan din fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)
- 40. Memeriksa kedua plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasneta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus, jiak uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai
- 41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perinem dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif

Asuhan Persalinan Kala IV

- 42. Menilai uang uterus dan memastikan berkontaksi dengan baik
- 43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering
- 44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi dngan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat
- 45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dnegan simpul mati yang pertama
- 46. Melepaskan klem bedah dan meletakkan ke dalam larutan klorin 0,5%
- 47. Menyelimuti kembali bayi atau menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering
- 48. Manganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI
- 49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan vagina
- a. 2-3 kali dalm 15 menit pertama pasca persalinan
- b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
- c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
- d. Jika uterus tidak berkontraksi dengn baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri

- e. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai
- 50. Menganjurkan pada ibu / keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
- 51. Mengevaluasi kehilangan darah
- 52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kansung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan
- a. Memeriksa tempratur suhu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan
- b. Melakukan tindakan yang sesuai dengan temuan yang tidak normal
- 53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas pakaian setelah dekontaminasi
- 54. Membuang bahan-bahan yang trkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai
- 55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disenfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memeberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
- 57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih
- 58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian ke dalam ke luar untuk merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
- 60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.6 2.4.1 Pengertian Masa Nifas

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

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

2.7 2.4.2 Perubahan Fisik Ibu Nifas

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

1. Uterus

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

2. Bekas Implantasi uri

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

3. Luka-luka

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

4. Rasa nyeri

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

5. Lokhia

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

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

6. Serviks

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

7. Ligamen-ligamen

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

2.8 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 kebutuhanya terpenuhi oleh orang lain.
- d. Ibu / klien akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkan
- e. Menunjukkan kebahagian yang sangat dan bercerita tentang pengalamanb melahirkan.
- f. Tidur yang tidak terganggu adalah penting jika ibu ingin menghindari efek gangguan kurang tidur, yang meliputi letih, iritabilitas dan gangguan dalam proses pemulihan yang normal.
- g. Beberapa hari setelah melahirkan akan menangguhkan keterlibatanya dalam tanggung jawabnya
- h. Nutrisi tambahan mungkin diperlukan karena sekera makan ibu biasanya meningkat.
- i. Selera makan yang buruk merupakan tanda bahwa proses pemulihan tidak berjalan normal.
- 2. Fase Taking Hold
 - a. Periode antara ketergantungan dan ketidaktergantungan, atau fase dependen
 independen.
 - b. Periode yang berlangsung 2 4 hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatian pada kemampuanya menjadi orangtua yang berhasil dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap bayinya.
 - 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 pengembaalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih kekuatan dan daya tahan.
- d. Ibu mungkin peka terhadap perasaan perasaan tidak mampu dan mungkin cenderung memahami saran saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup.
- e. Bidan seharusnya memperhatikan hal ini sewaktu memberikan instruksi dan dukungan emosi.
- 3. Fase Letting Go
 - a. Periode saling ketergantungan atau fase independen.
 - b. Periode ini umumnya terjadi setelah ibu baru kembali ke rumah, dimana ibu melibatkan waktu reorganisasi keluarga.
 - c. Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir.

- d. Ibu mengenal bahwa bayi terpisah dari dirinya.
- e. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi.
- f. Ibu harus beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan khususnya interaksi sosial
- g. Depresi postpartum umumnya terjadi selama periode ini.

2.9 2.4.4 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

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

1. Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas, ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan kalori sebesar 500 kal/hari, menu makanan gizi seimbang yaitu cukup protein, mineral dan vitamin. Ibu nifas dianjurkan untuk minum air minimal 3 liter/hari, mengkonsumsi suplemen zat besi minimal selama 3 bulan postpartum. Segera setelah melahirkan, ibu mengkonsumsi suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU.

Mobilisasi

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

3. Eliminasi

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

4. Kebersihan diri

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

5. Istirahat

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

6. Seksual

Hubungan seksual sebiknya dilakukan setelah masa nifas berakhir yaitu setelah 6 minggu postpartum. Mengingat bahwa pada masa 6 minggu

postpartum masih terjadi proses pemulihan pada organ reproduksi wanita khususnya pemulihan pada daerah serviks yang baru menutup sempurna pada 6 minggu postpartum.

2.10 2.4.5 Tanda bahaya Nifas

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

1. Perdarahan pascapersalinan

Perdarahan pasca persalinan komplikasi yang terjadi pada tenggang waktu diantar persalinan dan masa pascapersalinan. Faktor predisposisi antar lain adalah anemia, penyebab perdarahan paling serius adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi servik atau vagina, ruptur uteri dan inversio uteri.

Manajemen aktig kala III adalah upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan yang di diskusikan secara komprehensif oleh WHO. Bila placenta masih terdapat di dalam rahim atau keluar secara tidak lengkap pada jam pertama persalinan, harus dilakukan placenta manual untuk melahikan placenta.

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

2. Infeksi

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

3. Eklamsia (Kejang)

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

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

4. Definisis Vitamin dan Mineral

Definisi Vitamin dan Mineral adalah kelainan yang terjadi sebagai akibat kekurangan iodin, kekkurangan Vitamin A serta anemia definisi Fe. Definisi terjadi terutama di sebabkan intake yang kurang, gangguan penyerapan. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan makan makanan yang sesuai, penggunaan obat suplemen selama kehamilan, menyusui dan pada masa bayi serta anak-anak.

2.11 2.4.6 Standar Asuhan Masa Nifas

1. Standar pelayanan minimal

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

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

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

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

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

2. Kebijakan Pelayanan

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

BAB XXVII Tabel 2.8 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

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

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

Sumber: Saifuddin, 2014

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.1 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)

2.2 2.5.2 Tanda-Tanda BBL Normal

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

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

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

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

a. Nilai 7-10 : bayi normal

b. Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang

c. Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

BAB XXVIII Tabel 2.9 APGAR SCORE

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

Sumber: Mochtar (2015)

2.1 2.5.3 Masa Transisi BBL

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

1. Periode reaktifitas pertama

Periode reaktifitas pertama dimulai pada saat bayi lahir dan berlangsung selama 30 menit. Pada saat tersebut, jantung bayi baru lahir brdenyut cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir melihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Pernapasan cepat, berada di tepi teratas rentang normal, dan terdapat ralesserta ronki. Rales seharusnya hilang dalam 20 menit. Bayi mungkin memperlihatkan napas cuping hidung disertai napas mendengkur dan retraksi dinding dada. Adanya mukus biasanya akibat keluarnya cairan paru yang tertahan. Mukus ini encer, jerni, dan mungkin memiliki gelembung-gelembung kecil.

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

dengan ekstremitas atas fleksi dan ekstermitas bawah ekstensi posisi ini memungkinkan bayi untuk menyesuaikan tubuhnya dengan tubuh ibu ketika digendong.

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

2. Periode tidur yang tidak berespons

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

3. Periode reaktifitas kedua

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

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

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

2.2 2.5.4 Kebutuhan Dasar BBL

Menurut Affandi (2017), kebutuhan dasar BBLmeliputi 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 resiko infeksi maka sebelum menangani BBL pastikan penolong persalinan dan pemberian asuhan BBL telah melakukan upaya pencegahan infeksi.

a. Cuci Tangan

Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi,serta memakai sarung tangan bayi pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

b. Persiapan Alat

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

c. Persiapan Tempat

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

2. Penilaian awal BBL

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

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

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

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

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

5. Pemberian ASI

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

6. Pencegahan infeksi pada mata

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

7. Profilaksis perdarahan bayi baru lahir

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

8. Pemberian imunisasi Hepatitis B

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

2.3 2.5.5 Tanda Bahaya BBL

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

- 1. Tidak dapat menetek
- 2. Bayi bergerak hanya jika dirangsang
- 3. Kecepatan nafas > 60 kali/menit
- 4. Tarikan dinding dada bawah yang dalam
- 5. Merintih
- 6. Sianosis sentral
 - 2.4 2.5.6 Standar Asuhan BBL
- 1. Standar Pelayanan Minimal

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

- a. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir
 - 1) Tujuan

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

2) Pernyataan Standar

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

2. Kebijakan Pelayanan

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

- a. Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir dilaksanakan dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung. Asuhan bayi baru lahir meliputi:
- 1. pencegahan infeksi (PI)
- 2. penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi
- 3. pemotongan dan perawatan tali pusat
- 4. inisiasi menyusu dini (IMD)
- 5. pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam
- 6. kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi
- b. Pemberian ASI eksklusif, pemeriksaan bayi baru lahir, antibiotika dosis tunggal, pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata, pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan, pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri.
- c. Pencegahan infeksi, BBL sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya: Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan, pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT. Jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- d. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi. Periksa ulang pernafasan, bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa, sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu, membersihkan jalan nafas, hangat, kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.
- e. Pemotongan dan perawatan tali pusat. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.
- f. Waktu pemeriksaan bayi baru lahir: Bayi baru lahir sebelum usia 6 jam, usia 6-48 jam, usia 3-7 hari, minggu ke 2 pasca lahir.
- g. Pemeriksaan Fisik.
- h. Imunisasi mencegah penyakit TBC, Hepatitis, Polio, Difteri, Pertusis, Tetanus dan Campak. Bayi baru lahir dan neonatus harus diimunisasi lengkap sebelum berusia 1 tahun. Timbang BB bayi baru lahir dan neonatus sebulan sekali sejak usia 1 bulan sampai 5 tahun di posyandu. Cara menjaga kesehatan bayi yaitu amati pertumbuhan bayi baru lahir dan neonatus secara teratur.
- i. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu :

- 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari.
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 28 hari.
- j. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.
- k. Asuhan 6 48 jam setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
 - 5) Komunikasikan kepada orang tua bayi caranya merawat tali pusat.
 - 6) Dokumentasikan.
- 1. Minggu pertama setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan jadwal kunjungan neonatal.
- m. Minggu kedua setelah bayi lahir
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan intake dan output bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
 - 5) Dokumentasikan.
- n. Tanyakan pada ibu apakah terdapat penyulit pada bayinya
 - 1) Amatilah bahwa urine dan feses normal.
 - 2) Periksalah alat kelamin dengan kebersihannya.
 - 3) Periksa tali pusat.
 - 4) Periksa tanda vital bayi.
 - 5) Periksalah kemungkinan infeksi mata.
 - 6) Tatalaksana kunjungan rumah bayi baru lahir oleh bidan diantaranya :

- a) Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah sampai tali pusat lepas, bila mungkin selama satu minggu pertama sesudah bayi lahir.
- b) Kartu anak (buku KIA) harus diisi lengkap dan kelahiran bayi harus didaftar atau dibawa ke puskesmas.
- Bidan hendaknya meneliti apakah petugas yang melayani persalinan sudah memberikan perhatian terhadap semua hal pada tiap kunjungan rumah
- d) Form pencatatan (Buku KIA, Formulir BBL, Formulir register kohort bayi).

2.6 Konsep Dasar Neonatus

2.5 2.6.1 Pengertian Neonatus

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

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

2.6 2.6.2 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut Maryunani (2015), yaitu :

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

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

b. Rawat gabung

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

c. Kontak mata (Eye to Eye Contact)

Orang tua dan bayinya akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Kontak mata mempunyai efek yang sangat erat terhadap

perkembangan dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan manusia pada umumnya.

d. Suara (Voice)

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

e. Aroma/Odor (Bau Badan)

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

f. Gaya bahasa (Entraiment)

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

3. Kebutuhan Asuh pada Neonatus

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

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

2.7 2.6.3 Tanda Bahaya Neonatus

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

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

2.8 2.6.4 Standar Asuhan Neonatus

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

1. Tujuan

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

2. Pernyataan Standar

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

2.7 Konsep Keluarga Berencana (KB)

2.9 2.7.1 Pengertian KB

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

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai mahluk seksual. Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan diberikan untuk menjarangkan jarak kehamilan berikutnya setidaknya dalam 2 tahun jika seorang wanita masih merencanakan memiliki anak. Jenis kontrasepsi yang digunakan sama seperti prioritas pemilihan kontrasepsi pada masa interval. Prinsip utama penggunaan kontrasepsi pada wanita pascasalin adalah kontrasepsi yaitu tidak mengganggu proses laktasi. (Affandi, 2015)

2.10 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. Pil

a. Pil Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi oral yang mengandung hormone progesterone dan esterogen.

2) Jenis

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

3) Cara Kerja

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

4) Indikasi

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

5) Kontraindikasi

- a) Hamil atau dicurigai hamil
- b) Menyusui eksklusif
- c) Perdarahan pervaginam yang belum diktehui penyebabnya
- d) Penyakit hati akut (hepatitis)
- e) Perokok dengan usia > 35 tahun

- f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah > 180/110 mmHg, riwayat gangguan factor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun
- g) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
- h) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari
- i) Migraine dan gejala neurologic fokal (epilepsy/riwayat epilepsy).

6) Kelebihan

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

7) Keterbatasan

- a) Mahal dan membosankan Karena harus menggunakannya setiap hari
- b) Pusing, Mual, terutama pada 3 bulan pertama
- c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama pada 3 bulan pertama
- d) Nyeri payudara
- e) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif
- f) Berhenti haid, jarang pada pil kombinasi
- g) Tidak boleh diberikan pada perempuan yang menyusui
- h) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Dan Tidak mencegah IMS
- 8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi
 - a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil
 - b) Hari pertama samapai hari ke 7 siklus haid
 - c) Setelah melahirkan atau Pascakeguguran
 - d) Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau

- tidak melakukan hubungan seksual sampai ibu telah menghabiskan paket pil tersebut
- e) Setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui
- f) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid
- 9) Tanda Bahaya dan Efek Samping
 - a) Sakit perut yang hebat.
 - b) Sakit dada yang hebat atau "nafas pendek".
 - c) Sakit kepala yang hebat.
 - d) Keluhan mata seperti penglihatan kabur atau tidak dapat melihat.
 - e) Sakit tungkai bawah yang hebat (betis atau paha)

b. Pil Kombinasi (Minipil)

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi peroral, di konsumsi sebagai usaha pencegahan kehamilan mengandung hormone progesterone.

2) Jenis

- a) Kemasan dengan pil isi 35 pil : 300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretindron
- b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 mg desogestrel

3) Cara kerja

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

4) Indikasi

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

5) Kontraindikasi

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
- d) Menggunakan obat TBC atau obat untuk epilepsy

- e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- f) Sering lupa menggunakan pil
- g) Riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darahMiom uterus, progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus.

6) Kelebihan

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

7) Keterbatasan

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

8) Waktu Menggunakan Kontrasepsi

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

- pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain
- i) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormone), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.

2. Suntikan

a. Suntikan Kombinasi

1) Pengertian

Merupakan kontrasepsi suntik yang mengandung hormon sintetis progesteron dan estrogen.

2) Jenis

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

3) Cara kerja

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

4) Indikasi

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

5) Kontraindikasi

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

6) Kelebihan

a) Risiko terhadap kesehatan kecil

- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- d) Jangka panjang
- e) Efek samping sangat kecil
- f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

7) Kerugian

- a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahanbercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari.
- b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
- d) Efektivitasnya bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy atau obat tuberculosis.
- e) Penambahan berat badan.
- f) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B, atau infeksi virus HIV.
- g) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 8) Waktu Mulai Menggunakan Suntikan Kontrasepsi
 - a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.
 - b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari
 - c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
 - d) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan asalkan dapat dipastikan tidak hamil
 - e) Bila pasca persalinan > 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, maka suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari ke 1 dan 7.
 - f) Bila pasca persalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi
 - g) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberi.
 - h) Pascakeguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan ataudalam waktu 7 hari.

- i) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan hormonal kombinasi.
- j) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.
- k) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, makasuntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakini ibu tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid.

9) Tanda Bahaya dan Komplikasi

- a) Pertambahan berat badan yang menyolok.
- b) Sakit kepala yang hebat.
- c) P erdarahan per vaginam yang banyak.
- d) Depresi.
- e) Polyuri.

b. Suntikan Progestin

1) Pengertian

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

2). Jenis

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

2) Cara Kerja

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

3) Indikasi

- a) Usia reproduktif
- b) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- c) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- d) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
- e) Setelah melahirkan dan menyusui

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

4) 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

5) Kelebihan

- a) Sangat efektif
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami- istri
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- f) Sedikit efek samping
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- i) Membantu mencegah kanker endrometrium dan kehamilan ektopik dan Menurunkan kejadian penyakit radang panggul
- j) Menurunkan krisis anemia bulan sabit
- 6) Keterbatasan
- a) Sering ditemukan gangguan haid.
- b) Klien sangat bergantung pada tempat saran pelayanan kesehatan
- c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
- f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian suntikan
- g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genetalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)

- h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang
- j) Pada penggunaan jangka panjang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkun libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.
- 7) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin
- a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
- b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tersebut tidak hamil.
- d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan
- e) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya
- f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang
- g) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil
- h) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur
- 8) Tanda Bahaya dan Komplikasi
 - a) Pertambahan berat badan yang menyolok.
 - b) Sakit kepala yang hebat.
 - c) Perdarahan per vaginam yang banyak.
 - d) Depresi.
 - e) Poliuri.

3. Kontrasepsi Implan

a. Pengertian

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

b. Jenis

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

1) Jadelle (Norplant II)

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

2) Implanon

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

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

3) Implant lainnya

Nestorone adalah progestin kuat yang dapat menghambat ovulasi dan tidak terikat dengan seks hormone binding globulin (SHBG) serta tanpa efek estrogenic dan androgenic. Nestorone menjadi tidak aktif bila diberikan per oral karena segera di metabolisme dalam hati sehingga

aman bagi bayi yang mendapat ASI dari seorang ibu pengguna kontrasepsi hormone subdermal. Penelitian saat ini mengarah penggunaan kapsul 40mm dengan dosis normal atau 30mm dengan dosis yang lebih tinggi agar dapat bekerja aktif untuk jangka waktu 2 tahun. Kapsul tunggal 30mm sedang diteliti di 3 senter tetapi dengan waktu yang sama, Nestorone kapsul tunggal 30mm telah diregistrasi di Brazil dengan nama El- Cometrine tetapi digunakan untuk pengobatan endometriosis dengan waktu kerja aktif 6 bulan.

c. Cara Kerja

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

d. Indikasi

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

e. Kontraindikasi

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

f. Kelebihan

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

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

g. Keterbatasan

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

- h. Waktu Mulai Menggunakan Implan
 - 1) Setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7
 - 2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
 - 3) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metodekontrasepsilain untuk 7 hari saja
 - 4) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat
 - 5) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja
 - 6) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil.
 - 7) Pasca keguguran implant dapat segera diinsersikan
 - 8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implant, insersi implant dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tidak hamil.
 - 9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implant dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut.
 - 10) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dank lien ingin menggantinya dengan implant, implant dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. AKDR segera dicabut
- i. Tanda Bahaya dan Komplikasi
 - 1) Amenorhea / tidak haid.
 - 2) Perdarahan bercak ringan atau spotting.
 - 3) Ekspulsi (lepasnya batang implant dari tempat pemasangan).
 - 4) Infeksi pada daerah pemasangan.
 - 5) Perubahan berat badan.
- 4. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).
 - a. Pengertian

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

b. Jenis

1) AKDR CuT-380A

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

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

c. Cara Kerja

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

d. Indikasi

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

e. Kontraindikasi

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

f. Kelebihan

1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi

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

g. Keterbatasan

- 1) Efek samping yang umum terjadi:
 - a) Perubahan siklus haid
 - b) Haid lebih lama dan banyak
 - c) Perdarahan (spotting) antarmenstruasi
 - d) Saat haid lebih sakit
- 2) Komplikasi lain:
 - a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
 - b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
 - c) Preforasi dinding uterus
 - d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
 - e) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
 - f) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
 - g) Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan serta sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan AKDR

h. Waktu Penggunaan Kontrasepsi AKDR

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid
- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan atau setelah menderita abortus
- 4) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi
- i. Tanda Bahaya dan Komplikasi
 - 1) Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
 - 2) Terlambat haid / amenore.
 - 3) Sakit perut.
 - 4) Keputihan yang sangat banyak / sangat berbau.
 - 5) Spotting, perdarahan per vaginam, haid yang banyak, bekuan-bekuan

darah.

- 6) Perforasi dinding uterus (sangat jarang)
- 5. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)
 - a. Pengertian

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

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

Penundaan/penekanan ovulasi

- c. Kelebihan kontrasepsi:
 - 1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan persalinan)
 - 2) Segera efektivitas
 - 3) Tidak mengganggu senggama
 - 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
 - 5) Tidak perlu pengawasan medis
 - 6) Tidak perlu oabat atau alat
 - 7) Tanpa biaya
- d. Keuntungan
 - 1) Untuk bayi
 - a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
 - b) Sumberasupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
 - c) Terhindar dari keterpaparan terhadap terkontaminasi dari air, susu lain atau formula,atau alat minum yang dipakai.
 - 2) Untuk ibu
 - a) Menggurangi pendarahan pascapersalinan
 - b) Mengurangi resiko anemia
 - c) Meningkatkan hubungan spikologi ibu dan bayi.
- e. Yang tidak boleh menggunakan MAL
 - 1) Sudah mendapakan haid setelah bersalin
 - 2) tidak menyusui secara ekslusif
 - 3) bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
 - 4) bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam.

2.11 6.6.3 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.

BAB XXIX Tabel 2.10 Daftar Penapisan Metode Nonoperatif

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

Sumber: Affandi, 2015

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

2.1 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 (SATU TUJU)

- Sa: **SA**pa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
- T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien kita dapat membantunya.
- U : Uraikan pada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin. Bantu klien pada kontrasepsi yang paling dia inginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda
- TU: BanTUlah klien menentukan pilihannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginan dan mengajukan pertanyaan. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut. Yakinkan bahwa klien telah membuat keputusan yang tepat.
- Jelaskan secara lengkap bagaimana cara menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih kontrasepsi pilihannya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.
- U : Perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan juga buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah (Affandi,2015).

Informed choice menurut Affandi (2015):

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

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

2.2 2.7.5 Efek Samping Dan Penatalaksanaan Alat Kontrasepsi Efektif

Pil progestin (minipil)

BAB XXX Tabel 2.12 Penanganan efek samping pil progestin yang sering ditemukan

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

Suntikan progestin

AB XXXI I I I I	bel 2.13 Penan	iganan efek s	samping suntikan progestin yang sering ditemukan
E	fek samping		Penanganan
Amenore	(tidak	terjadi	1) Bila tidak hamil, pengobatan apapun
perdarahan/s	spotting).	//	tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid
			tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati
			untuk kembali ke klinik.
			2) Bila telah terjadi kehamilan, rujuk
			klien. Hentikan penyuntikan.
			3) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk
			klien segera.
			4) Jangan berikan terapi hormonal untuk
			menimbulkan perdarahan karena tidak
			akan berhasil. Tunggu 3 – 6 bulan
			kemudian, bila tidak terjadi perdarahan
			juga, rujuk ke klinik.

Efek samping			Penanganan
Perdarahan/perdarahan (spotting).	bercak	1)	Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka dapat disarankan 2 pilihan pengobatan. 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30 – 35 mg etinilestradiol), Ibuprofen (sampai 80 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat
		2)	sejenis lain.
		3)	Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan.
, D.	5	4)	Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi
		5)	kombinasi/hari selama 3 – 7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 mg etinoestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugai untuk 14 – 21 hari.
Meningkatnya/menurunnya badan	berat	1)	Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 -2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan kontrasepsi lain.
Meningkatnya/menurunnya badan	berat	2)	Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1 -2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan lebih, hentikan suntikan dan anjurkan
S. J. ASS. E. 2015			kg dapat saja terjadi. Bila berat badar

Sumber: Affandi, 2015

2. 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.

3. AKDR dengan Progestin

BAB XXXII Tabel 2.14 Penanganan efek samping AKDR progestin yang sering ditemukan

Etek samping/masalah

Hetk samping/masalah Amenore 1) Pastikan hamil atau tidak. 2) Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%). 3) Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. Kram 1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya, tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 4) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan perdarahan masih terjadi, dapat ditemukan dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak teratur dan banyak teratur dan banyak 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjit sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tidakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak vakin AKDR masih ditempat, tidak ada tidakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan pangonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai.	701		
2) Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%). 3) Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya; cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak teratur dan banyak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertarna. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak hamil an AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak nikenukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid.	Efek samping/masalah		Penanganan
cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%). 3) Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8 Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak teratur dan banyak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid.	Amenore	,	
menggunakan ÅKDR yang mengandung hormon adalah amenore (20 – 50%). 3 Jika kilen tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4 Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5 Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6 Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7 Jika klien hamil dan ingin meneruskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8 Prikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2 Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3 Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak teratur dan banyak 1 Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2 Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3 Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5 Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5 Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1 Periksa apakah klien hamil. 2 Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4 Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5 Jika ditemukan penanganan 'amenore'. 6 Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		2)	
adalah amenore (20 – 50%). 3) Jika klien tetap saja menaganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8) 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 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 untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equim konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equim konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.			
3) Jika klien tetap saja menganggap amenore yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. Kram 1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak vjakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.			
terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. 4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kohamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8			,
4) Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8 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 parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak parah dan tidak ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. 9 Perdarahan yang tidak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.		3)	
benang AKDR terlihat, cabut AKDR. 5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8 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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen cequin konjugasi selama 14 – 21 hari. 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 danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien.
5) Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8 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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak ditemukan penganan tontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan penganan kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila perpebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		4)	Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan
perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. 6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. Kram 1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak mamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			
6) Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 8 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. 9 Perdarahan yang tidak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		5)	
kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,	-		perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam.
kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. 7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			I I AVDD "I I (III
7) Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. I) 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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		6)	
kehamilannya tanpa mencabut AKDR-nya, jelaskan kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. I Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak 1 Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 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. Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien Periksa apakah klien hamil. Bila tidak hamil dan AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.		7)	
kepadanya tentang meningkatnya resiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. Kram 1) Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		,,	8
kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat. 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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.			
diawasi ketat. 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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.	// / D	60	
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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.			
pengobatan yang sesuai. 2) Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberi analgetik saja. 3) Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak teratur dan banyak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,	Kram	1)	
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 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,	11 9 11		
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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'.	1	2)	
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 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		-,	
menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,	111 7/	3)	
dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain. Perdarahan yang tidak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			
lain. Perdarahan yang tidak teratur dan banyak 1) Sering ditemukan terutama pada 3 – 6 bulan pertama. 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			
Perdarahan yang tidak teratur dan banyak 2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			
2) Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,	Perdarahan yang tidak	1)	
rujuk klien bila dianggap perlu. 3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,	teratur dan banyak		pertama.
3) Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		2)	Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik,
perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			rujuk klien bila dianggap perlu.
800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		3)	Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan
siklus saja. 4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien Benang hilang 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x
4) Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu
untuk 3 – 7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 5) Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			
estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari. 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 danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		4)	
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 danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			
Benang hilang 1) Periksa apakah klien hamil. 2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			estrogen equin konjugasi selama 14 – 21 hari.
2) Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		5)	Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien
ada tindakan yang perlu dilakukan. 3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,	Benang hilang	1)	Periksa apakah klien hamil.
3) Bila tidak yakin AKDR masih berada didalam rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		2)	Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak
rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			
untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. 4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		3)	•
4) Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			rahim danklien tidak hamil, maka klien dirujuk
sewaktu datang haid. 5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			
5) Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		4)	
kelihatan, lihat penanganan 'amenore'. Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,			•
Cairan vagina/dugaan 1) Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia,		5)	
penyakit radang panggul cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai.	e e	1)	
	penyakit radang panggul		cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai.

Efek samping/masalah		Penanganan
	2)	Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati
		dan AKDR tidak perlu dicabut.
	3)	Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak
		ingin memakai AKDR lagi, berikan antibiotika
		selama 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan
		dibantu klien untuk memiih metode kontrasepsi lain.

Sumber: Affandi, 2015

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.1 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.
 - 1. Keadaan kesehatan saat ini termasuk kesehatan reproduksi.
 - 2. Analisis data.

3. Standar III : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

Definisi operasional:

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

4. Standar IV : Rencana Asuhan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan dari diagnosa kebidanan.

Definisi operasional:

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

5. Standar V: Tindakan

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

Definisi operasional:

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

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

Definisi operasional:

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

2.2 2.82 Standart Kompetensi Bidan

Menurut Kemenkes (2007), 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 tehadap budaya setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir.

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

