

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan ialah bertemuanya sel telur dengan sel mani (sperma) yang terjadi di ampula tuba. Proses ini disebut pembuahan atau fertilisasi (Mandriwati, 2017).

Kehamilan ialah proses fisiologi bagi Wanita yang dimulai dengan proses fertilisasi kemudian janin berkembang di dalam uterus dan berakhir dengan kelahiran (Widitaningsing, 2017).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lainnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Rukiah, 2016).

b. Fisiologi Kehamilan

Perubahan adaptasi fisiologi pada ibu hamil trimester I, II, III (Andina, 2021)

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Pada Wanita tidak hamil, uterus normal memiliki berat sekitar 70 gram dan rongga berukuran 10 ml atau kurang. Selama kehamilan uterus berubah menjadi organ muscular dengan dinding relative tipis yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion. Volume total isi uterus pada kehamilan aterm adalah sekitar 5L meskipun dapat juga mencapai 20L atau lebih. Pada akhir kehamilan, uterus telah mencapai kapasitas 500 – 1000 kali lebih besar daripada keadaan tidak hamil.

b. Susunan Sel Otot

Otot – otot uterus selama kehamilan tersusun dalam tiga lapisan :

- 1) Suatu lapisan luar berbentuk tudung yang melengkung menutupi fundus dan meluas ke dalam berbagai ligamentum.
- 2) Lapisan tengah, yang terdiri dari anyaman padat serat otot yang ditembus di segala arah oleh pembuluh darah.
- 3) Lapisan dalam dengan serat – serat mirip *sfingter* mengelilingi *orifisium tuba uterin* dan *ostium internum servisis*.

c. Ukuran, Bentuk, dan Posisi Uterus

Selama beberapa minggu oertama, uterus mempertahankan bentuknya yang mirip dengan buah pir, tetapi sering dengan kemajuan kehamilan, korpus dan fundus mengambil bentuk lebih membulat.

d. Kontraktilitas

Sejak awal kehamilan, uterus sudah mengalami kontraksi ireguler yang secara normal tidak menyebabkan nyeri. Selama trisemester kedua, kontraksi dapat didetesksi dengan pemeriksaan bimanual. Karena fenomena ini pertama kali diungkapkan oleh J. Braxton Hick. Kontraksi ini muncul tanpa dapat diduga dan secara *sporadic* serta biasanya tidak berirama. Intesitasnya bervariasi antara 5 – 25 mmHg. Sampai beberapa minggu menjelang akhir kehamilan, kontraksi ini jarang terjadi, tetapi meningkat selama satu atau dua minggu terakhir kehamilan. Pada

saat ini, kontraksi dapat berlangsung setiap 10 – 20 menit. Pada akhir kehamilan, kontraksi – kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab tanda persalinan palsu (*false labor*)

e. Aliran Darah Uteroplasenta

Penyaluran Sebagian besar bahan yang esensial bagi pertumbuhan dan metabolisme janin dan plasenta serta pengeluaran sebagian besar bahan sisa metabolismis, bergantung pada perfusi yang memadai di ruang antar virus plasenta. Perfusi plasenta tergantung pada aliran darah uterus total, yang terutama berasak dari arteri uteri dan ovarium. Aliran darah uteroplasenta meningkat secara progresif selama kehamilan, dengan perkiraan berkisaran 450 – 650 Ml/mnt menjelang akhir.

f. Regulasi aliran darah uteroplasenta

Peningkatan progresif aliran darah ibu ke plasenta selama gestasi terutama disebabkan oleh vasodilatasi, sedangkan aliran darah janin ke plasenta meningkat akibat terus tumbuhnya pembuluh – pembuluh plasenta. Menurut Palmer, dkk (1992), diameter rata – rata arteri uterine bertambah dua kali lipat pada minggu ke – 20 dan velosimetri Doppler juga meningkat rata – rata delapan kali lipat. Pada tahap kehamilan ini, vasodilatasi diperkirakan disebabkan oleh stimulasi estrogen. Mediator lain, selain estradiol dan progesterone, memodifikasi resistensi pembuluh darah selama kehamilan.

g. Serviks

Pada suatu bulan setelah konsepsi, serviks sudah mulai menagalami pelunakan dan sianosis yang

signifikan. Perubahan – perubahan ini terjadi karena peningkatan vaskularitasi dan edema serviks keseluruhan, disertai oleh hipertrofi dan hyperplasia kelenjar serviks. Meskipun serviks mengandung sejumlah kecil otot polos, namun komponen utamanya adalah jaringan ikat. Penataan ulang jaringan ikat kaya kolagen ini diperlukan agar serviks mampu melaksanakan beragam tugas dari mempertahankan kehamilan hingga aterm, berdilatasi untuk mempermudah proses persalinan dan memperbaiki diri setelah persalinan, sehingga dapat terjadi kehamilan berikutnya.

h. Ovarium

Selama kehamilan ovulasi berhenti dan pematangan folikel – folikel baru ditunfa. Biasanya hanya satu korpus luteum yang ditemukan pada Wanita hamil. Struktur ini berfungsi maksimal selama 6 – 7 minggu pertama kehamilan, 4 – 5 minggu pascavolusi dan setelah itu tidak banyak berkontribusi dalam produksi progesteron.

i. Tuba Uterina

Otot – otot tuba uterine hanya sedikit mengalami hipertrofi selama kehamilan. Namun, epitel mukosa tuba menjadi agak mendatar. Di *stroma endosalping* mungkin terbentuk sel – sel desidua, tetapi tidak terbentuk membrane desidua yang kontinu. Meskipun sangat jarang, peningkatan ukuran uterus yang hamil, terutama jika terdapat kista paratuba atau ovarium, dapat menyebabkan risiko *tube uterine*.

j. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan, terjadi peningkatan vaskularitas dan hipermia di kulit dan otot perineum dan vulva, disertai pelunakan jaringan ikat dibawahnya. Meningkatnya vaskularitas sangat mempengaruhi vagina dan menyebabkan warna menjadi keunguan. Dinding vagina mengalami perubahan mecolok sebagai persiapan untuk meregang saat persalinan dan kelahiran. Perubahan – perubahan ini mencakup peningkatan bermakna ketebalan mukosa, menlonggarnya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Papilla epitel vagina mengalami hipertrofi, sehingga terbentuk gambaran berpaku – paku halus.

2. Payudara

Pada minggu – minggu awal kehamilan, wanita sering merasakan parastesia dan nyeri payudara. Setelah bulan kedua, payudara membesar, dan memperlihatkan vena – vena halus dibawah kulit. Puting menjadi jauh lebih besar, berwarna lebih gelap dan lebih tegak. Setelah beberapa bulan pertama, pemijatan lembut pada puting sering menyebabkan keluargnya cairan kental kekuning – kuningan. Selama bulan – bulan tersebut, areola menjadi lebih lebar dan lebih gelap, serta munculnya sejumlah tonjolan kecil kelenjar *Mongomery* yaitu kelenjar sebasea hipertrofik.

3. System Endokrin

a. Aliran Darah ke Kulit

Meningkatkan aliran darah ke kulit selama kehamilan berfungsi untuk mengeluarkan kelebihan panas yang terbentuk karena meningkatnya metabolisme.

b. Dinding Abdomen

Pada pertengahan kehamilan sering terbentuk alur – alur kemerahan yang sedikit cekung di kulit abdomen serta kadang di kulit payudara dan pada. Ini disebut *striae gravidarum* atau *stretch marks*. Pada wanita multipara, selain *striae* kemerahan akibat kehamilan yang sedang dikandung, sering tampak garis – garis putih keperakan berkilap yang mencerminkan *sikatriks* dari *striae* lama. Kadang otot dinding abdomen tidak dapat menahan tegangan yang mengenainya.

c. Hiperpigmentasi

Hiperpigmentasi terjadi pada hampir 90 persen wanita. Hiperpigmentasi biasanya lebih mencolok pada mereka yang berkulit gelap. Garis tengah kulit abdomen (*linea alba*) mengalami pigmentasi, sehingga warnanya berubah menjadi hitam kecoklatan ireguler dengan berbagai ukuran di wajah dan leher, menimbulkan *kloasma* atau *melasma gravidarum* -apa yang disebut sebagai topeng kehamilan (*mask of pregnancy*)-

d. Perubahan Vascular

Angioma yang disebut vascular spider terbentuk pada sekitar dua pertiga wanita kulit putih dan sekitar 10 persen wanita kulit hitam. Angioma ini bermanifestasi sebagai tonjolan – tonjolan kecil merah di kulit, terutama di wajah, leher, dada atas, dan lengan, disertai jari – jari menjulur ke luar dari bagian tengah lesi. Keadaan ini sering disebut sebagai nevus angioma atau telangiekstasia. Erima palmaris ditemukan selama kehamilan pada sekitar dua pertiga wanita kulit putih dan sepertiga wanita kulit hitam. Kedua keadaan ini tidak memiliki makna klinis dan hilang pada Sebagian besar wanita segera setelah persalinan. Perubahan

vascular ini kemungkinan besar merupakan konsekuensi *hipersetrogenemia*.

4. System Perkemihan

a. Ginjal

Pada system kemih ditemukan sejumlah perubahan nyata akibat kehamilan. Dengan menggunakan radiografi, Bailey dan Rolleston (1971) melaporkan bahwa ginjal 1,5 cm lebih Panjang pada awal masa nifas, dibandingkan dengan 6 bulan kemudian. Lalu filtrasi glomerulus (*LFG, Glemerular Filtration Rate*) dan aliran plasma ginjal meningkat pada awal kehamilan. LFG meningkat hingga 25 persen pada minggu kedua setelah konsepsi dan 50 persen pada awal trimester kedua. Aliran plasma ginjal bahkan meningkat lebih besar. Peningkatan filtrasi glomerulus menetap sampai aterm, meskipun aliran plasma ginjal berkurang selama kehamilan peningkatan berkemih selama kehamilan, terutama skibat meningkatnya LPG.

b. Ureter

Setelah keluar dari penggul, uterus bertumpu pada ureter, menggesernya ke lateral dan menekannya di tepi panggul. Hal ini menyebabkan tonus intraureter meningkat. Ureter dapat sangat melebar dan perbesaran ini lebih nyata di sisi kanan pada 86 persen wanita.

c. Kandung Kemih

Terjadi sedikit perubahan anatomis di kandung kemih sebelum 12 minggu. Namun sejak waktu ini dengan bertambahnya tekanan uterus, terjadi hipermia

yang megenai semua organ panggul, dan tumbuhnya hyperplasia otot dan jaringan ikat kandung kemih, maka trigonum vesika terangkat dan tepi posterior atau intraureternya menebal. Berlanjutnya proses ini hingga akhir kehamilan menyebabkan trigonum menjadi lebih dalam dan lebar. Tidak terjadi perubahan mukosa selain peningkatan ukuran dan liku – luku pembuluh darahnya.

5. System Pencernaan

Seiring dengan kemajuan masa kehamilan, lambung dan usu tergeser oleh uterus yang terus membesar. Karena itu, temuan – temuan fisik pada penyakit tertentu mengalami perubahan. Apendiks, misalnya, biasanya tergeser keatas dan agak lateral akibat uterus yang membesar. Kadang – kadang apendiks dapat mencapai pinggang kanan.

a. Hati

Ukuran hati manusia akan membesar selama kehamilan, hal ini tidak terjadi pada hewan. Namun aliran darah hati meningkat secara substansial, demikian juga diameter vena porta.

b. Kandung Empedu

Selama kehamilan normal, kontraktilitas kandung empedu berkurang, sehingga terjadi peningkatan volume residual. Hal ini diduga karena progesterone menghambat konsentrasi kandung empedu dengan menghambat konsentrasi kandung empedu. Gangguan pengosongan menyebabkan statis, yang berkaitan dengan peningkatan saturasi kolesterol empedu pada kehamilan, dan berperan meningkatkan pravalens batu empedu kolesterol pada wanita multipara.

6. System musculoskeletal

Lordosis progesif adalah gambaran khas kehamilan mormal. Lordosis sebagai kompensasi posisi anterior uterus yang membesar, menggeser pusat gravitasi Kembali ke ekstremitas bawah.

7. System Krdiovaskular

Selama kehamilan dan masa nifas, jantung dan sirkulasi mengalami adaptasi fisiologi yang besar. Perubahan pada fungsi jantung mulai tampak selama 8 minggu pertama kehamilan. Curah jantung meningkat bahkan sejak minggu kelima dan mencerminkan berkurangnya resistensi vaskular sistematik dan meningkatnya kecepatan jantung.

a. Jantung

Seiring dengan semakin terangkatnya diafragma, jantung juga tergeser ke kiri dan ke atas agak memutar mengeliling sumbu panjangnya. Akibatnya, *apeks* agak bergeser ke lateral dari posisi yang lazim, menyebabkan siluet jantung pada radiografi toraks membesar. Selain itu wanita hamil secara normal, sedikit banyak mengalami efusi perikardium yang mungkin memperbesar siluet jantung.

b. Curah Jantung

Selama kehamilan normal, tekanan arteri rerata dan resistensi vaskular menurun, sementara volume darah dan laju metabolik basal meningkat. Akibatnya, pada awal kehamilan curah jantung saat istirahat juga diukur dalam posisi berbaring lateral, meningkat secara bermakna. Curah terus meningkat dan tetap meninggi selama sisa kehamilan.

8. System Integument

Warna kulit biasanya sama dengan rasanya. Jika terjadi perubahan warna kulit, misalnya pucat hal itu menandakan anemis, jaundice menandakan gangguan pada hepar, lesi, hiperpigmentasi seperti *cloasma gravidarum* serta *linea nigra* berkaitan dengan kehamilan dan *srie*. Sementara itu, penampang kuku bewarna merah muda menandakan pengisian kapiler baik.

9. Perubahan Metabolik

Sebagai respons terhadap peningkatan kebutuhan janin dan plasenta yang tumbuh pesat, wanita hamil mengalami perubahan – perubahan metabolic yang besar dan intens. Pada trimester ke – 3, laju metabolik basal ibu meningkat 10 – 20 persen dibandingkan dengan keadaan tidak hamil. Hal ini meningkat lagi sebanyak 10 persen pada wanita dengan gestasi kembar. Dari sudut pandang lain, tambah kebutuhan total energi selama pandang lain, tambah kebutuhan total energi selama kehamilan mencapai 80.000 kkal atau sekitar 300 kkal/hari.

a. Penambahan Berat Badan

Tabel 2.1
Analisis Penambahan Berat Berdasarkan Proses
Fisiologis Selama Kehamilan (dalam satuan gram)

Peningkatan Berat Kumulatif				
Jaringan dan Cairan	10 Minggu	20 Minggu	30 Minggu	40 Minggu
Janin	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	430	650
Cairan amnion	30	350	750	800

Uterus	140	320	600	970
Payudara	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan ekstra Vaskuler	0	30	80	1480
Simpanan ibu (lemak)	310	2050	3480	3345
Total	650	4000	8500	12.500

Sumber : Andina, Yuni 2021. *Asuhan Pada Kehamilan*, Yogyakarta: Pustaka Baru Hal 83

Sebagian besar dari penambahan berat selama kehamilan disebabkan oleh uterus dan isinya, payudara, serta peningkatan volume darah serta cairan ekstrasel ekstravaskuler. Sebagian kecil dari peningkatan ini, dihasilkan oleh perubahan metabolic yang menyebabkan peningkatan air sel dan pengendapan lemak dan protein baru apa disebut sebagai cadangan ibu (*maternal reserves*). Penambahan berat selama kehamilan rata – rata 12,5 kg atau 27 lb.

b. Metabolisme Air

Meningkatkan retensi air adalah perubahan normal fisiologis pada kehamilan. Retensi ini diperantara, paling tidak Sebagian, oleh penurunan osmolalitas plasma 10 mOsm/kg yang dipicu oleh perubahan ambang osmotic untuk haus dan sekresi vasopressin. Fenomena ini berfungsi sejak awal kehamilan.

c. Metabolisme Protein

Produk – produk konsepsi, uterus, dan darah ibu relatif lebih kaya akan protein daripada lemak atau

karbohidrat. Pada kehamilan aterm, janin dan plasenta memiliki berat 4 kg dan mengandung sekitar 500 g sisanya ditambahkan ke uterus sebagai tambahan protein kontraktil, ke payudara terutama di kelenjarnya, dan ke dalam darah tubuh ibu sebagai hemoglobin dan protein plasma.

d. Metabolisme Karbohidrat

Kehamilan normal ditandai oleh hipoglikemia puasa, hiperglikemia pascamakan, dan hyperinsulinemia ringan. Peningkatan kadar basar insuli plasma pada kehamilan normal ini, berkaitan dengan beberapa respons khas terhadap ingesti glukosa.

e. Metabolisme Lemak

Selain kehamilan, konsentrasi lemak, lipoprotein, dan aliprotein dalam plasma meningkat pesat. Penyimpanan lemak terutama berlangsung pada pertengahan kehamilan. Lemak ini terutama diendapkan dibagian tengah dan bahkan perifer tubuh. Lemak ini mulai tersedia untuk disalurkan melalui plasenta selama trisemester terakhir Ketika laju pertumbuhan janin maksimal Bersama dengan kebutuhan asam lemak esensial.

f. Metabolisme Elektrolit dan Mineral

Selama kehamilan normal, terjadi retensi natrium hampir sebesar 1000 mEq. Meskipun filtrasi glomerulus terhadap natrium dan kalium meningkat, namun ekskresi elektrolit – elektrolit ini tidak berubah selama kehamilan akibat meningkatnya resorpsi tubulus. Meskipun terjadi peningkatan akumulasi total natrium dan kalium, konsentrasi keduanya dalam serum sedikit menurun, akibat bertambahnya volume plasma. Namun

keduanya tetap berada dalam kisaran normal untuk wanita tidak hamil.

10. Berat Badan dan Tinggi Tumbuh

Setiap wanita hamil mengalami penambahan berat badan yang berarti, janin, juga tumbuh dan berkembang. Secara umum kenaikan berat badan berkisaran 11 kg. lebih tepatnya, berikut ini perkiraan presentase penambahan berat badan ibu hamil.

Tabel 2.2

Prakiraan Presentase Penambahan Berat Badan

Kehamilan Bulan Ke -	Presentase Penambahan Berat Badan
0 – 3	10 %
3 – 5	25%
5 – 7	45%
7 – 9	20%

Sumber : Andina, Yuni 2021. *Asuhan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Hal 88

Tabel 2.3

Penambahan Berat Badan Menyebar Ke Bagian-Bagian Tubuh

Bagian Tubuh	Penambahan
Berat janin	2,5 – 3,5 kg
Plasenta	± 0,5 kg
Cairan ketuban	0,5 – 1 kg
Darah	± 2 kg
Rahim	0,5 – 1 kg
Payudara	± 0,5 kg
Cadangan lemak	± 3 – 5 kg

Sumber : Andina, Yuni 2021. *Asuhan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Hal 88

Untuk menghitung berapa berat badan yang tepat saat hamil, dapat dihitung berdasarkan kategori berat badan ibu sebelum hamil (*Indeks Massa Tubuh / IMT*) seperti berikut :

Cara Menghitung IMT (Indeks Massa Tubuh).

Berat Badan

(Tinggi Badan \times Tinggi Badan)

Tabel 2.4
Indeks Massa Tubuh (IMT)

Klasifikasi Berat Badan (BB)	IMT	Penambahan Berat Badan
Berat Badan Kurang	$\leq 18,50$	$\pm 12 - 15$ kg
Berat Badan Normal	$18,50 - 24,99$	$9 - 12$ kg
Berat Badan Lebih	$\geq 25,00$	$6 - 9$ kg
Preobes (sedikit gemu)	$25,00 - 29,99$	± 6 kg
Obesitas	$\geq 30,00$	± 6 kg

Sumber : Andina, Yuni 2021. *Asuhan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Hal 89

11. Limfa

Menjelang akhir kehamilan normal, daerah limfa membesar hingga 50 persen dibandingkan dengan selama trisemester pertama.

12. Darah dan Pembekuan Darah

a. Perubahan Hematologis

Setelah 32 – 42 minggu kehamilan, hiperlohemia yang telah lama diketahui besarnya rata – rata 40 – 45 persen di atas volume darah wanita yang tidak hamil. Pada masing – masing wajah, penambahan ini cukup bervariasi. Pada Sebagian hanya terjadi peningkatan ringan, sementara pada yang lain volume fibrinogen dan globulin plasma. Selain itu faktor komplemen C3 dan C4 juga meningkat secara bermakna selama trisemester kedua dan ketiga.

b. Koagulasi dan fibrinolysis

Tabel 2.5
Perubahan Pada Parameter Hemostasis Selama
Kehamilan Normal

Parameter	Tak Hamil	Hamil (35 – 40 minggu)
PTT aktif (dtk)	$31,6 \pm 4,9$	$31,9 \pm 2,9$
Waktu trombin (dtk)	$18,9 \pm 2,0$	$22,4 \pm 4,1^*$
Fibrinogen (mg/dL)	256 ± 58	$473 \pm 72^*$
Faktor VII (%)	$99,3 \pm 19,4$	$181,4 \pm 48,0^*$
Faktor X (%)	$97,7 \pm 15,4$	$144,5 \pm 20,1^*$

Plasminogen (%)	$105,5 \pm 14,1$	$136,2 \pm 19,5^*$
Tpa (ng/mL)	$5,7 \pm 3,6$	$5,0 \pm 1,5$
Antithrombin III (%)	$98,9 \pm 13,2$	$97,5 \pm 33,3$
Protein C (%)	$77,2 \pm 12,0$	$62,9 \pm 20,5^*$
Protein S total (%)	$75,6 \pm 14,0$	$49,9 \pm 10,2^*$

*Secara statistik berbeda makna
Data diperlihatkan sebagai rata – rata \pm simpang beku
PTT = waktu prothrombin, Tpa = activator
plasminogen tipe jaringan

Sumber : Andina, Yuni 2021. *Asuhan Pada Kehamilan*.

Yogyakarta: Pustaka Baru hal 92

1) Trombosit

Kehamilan normal juga menyebabkan perubahan pada trombosit. Dalam sebuah penelitian terhadap 7000 wanita dengan kehamilan aterm (boehlan, dkk 2000), mendapatkan bahwa jumlah trombosit rata – rata sedikit berkurang selama kehamilan menjadi $213.000/\mu\text{L}$ dibandingkan dengan $250.000/\mu\text{L}$ pada wanita tidak hamil. Penurunan konsentrasi trombosit Sebagian disebabkan oleh efek hemodilusi. Namun konsentrasi tersebut juga mungkin mencerminkan peningkatan konsumsi trombosit, yang menyebabkan meningkatnya proporsi trombosit muda yang lebih besar.

2) Protein regulatorik

Terdapat sejumlah inhibitor alami koagulasi, termasuk protein C, S, Z serta antithrombin. Defisiensi herediter atau didapat berbagai inhibitor dan protein regulatorik lainnya yang secara kelektif

disebut trombofilia, merupakan penyebab banyak serangan tromboembolus selama kehamilan.

c. Sirkulais dan Tekanan Darah

Perubahan pada postur mempengaruhi tekanan darah arteri. Tekanan arteri brakialis saat duduk lebih rendah daripada posisi berbaring lateral. Tekanan arteri biasanya menurun pada usia kehamilan 24 – 26 minggu dan kemudian meningkatnya kembali.

13. Sistem Pernapasan

a. Fungsi Paru

Kecepatan napas sebenarnya tidak berubah, tetapi volume tidal (tidal volume) dan *resting minute ventilation*, meningkat secara bermakna seiring dengan perkembangan kehamilan. Dalam sebuah penelitian terhadap 51 wanita hamil. Kolarzyk, dkk (2005) menemukan peningkatan signifikan volume tidak rata – rata 0,66 menjadi 0,8L/mnt dan *minute ventilation* 10,7 menjadi 14,1 L/mnt, dibandingkan wanita tidak hamil. Meningkatnya *minute ventilation* ini disebabkan oleh beberapa faktor termasuk meningkatnya dorongan respirasi terutama karena efek stimulatorik progesterone, volume cadangan ekspirasi yang terendah, dan alkalosis respiratorik terkompensasi.

b. Kesimbangan Asam Basa

Meningkatnya perasaan keinginan bernafas merupakan hal yang umum dijumpai, bahkan pada awal kehamilan. Hal ini dapat dianggap adanya dispnea yang seolah menunjukkan adanya kelainan paru atau jantung meskipun sebenarnya tidak. Dispnea fisiologis ini diperkirakan disebabkan oleh meningkatnya volume

tidal yang sedikit menurun Pco_2 darah, yang secara pradoks menyebabkan dispnea.

14. Sistem Persyarafan

Sepajang kehamilan banyak wanita sering mengeluhkan adanya masalah dengan pemasukan pemikiran, perhatian, dan daya ingat. Berdasarkan penelitian keenam, dkk (1998), mendapatkan adanya penurunan daya ingat yang terkait dengan kehamilan yang terbatas pada trisemester ketiga. Penurunan ini tidak berkait dengan depresi, rasa cemas, dan keadaan kurang tidur atau perubahan fisik lain yang berkaitan dengan kehamilan. Keadaan ini bersifat sebentara dan cepat pulih setelah kelahiran.

2.1.2 Asuhan Kebidanan dalam Kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunai kebutuhan/masalah dalam bidang Kesehatan ibu pada masa kehamilan (Mandriwati, 2017).

Kehamilan merupakan proses yang alamiah. Perubahan – perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologi bukan patologis. Oleh karenanya, asuhan yang diberikan pun adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari Tindakan – Tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya. (Walyani, 2019).

b. Tujuan Asuhan Kebidanan

Tujuan utama ANC adalah menurunkan/mencegah kesakitan dan kematian maternal dan perinatal. Adapun tujuan khususnya adalah :

1. Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan Kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal.
2. Deteksi dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan.
3. Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional dan logis dalam menghadapi persalinan serta kemungkinan adanya komplikasi.
4. Menyiapkan untuk menyusui, nifas dengan baik.
5. Menyiapkan ibu agar dapat membesarkan anaknya dengan baik secara fisik, psikis dan sosial (Widatiningsih, 2017).

c. Sasaran Pelayanan

WHO menyarankan kunjungan antenatal care minimal 4 kali selama kehamilan yang dilakukan pada waktu tertentu karena terbukti efektif.

Jika klien menghendaki kunjungan yang lebih sering maka dapat disarankan sekali sebulan hingga umur kehamilan 28 minggu; selanjutnya 1 minggu sekali hingga persalinan (Widitaningsing, 2017).

d. Standar Pelayanan Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Menurut Walyani (2017), frekuensi pelayanan antenatal care ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan 1 kali pada trimester pertama (K1), 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga (K4).

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tahun 2016, ada 10T Standar Pelayanan ANC yaitu :

- a. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan
 1. Pengukuran Tinggi Badan

Pengukuran tinggi badan cukup satu kali, bila tinggi badan <145 cm, maka faktor resiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan normal.

2. Penimbangan Berat Badan

Penimbangan berat badan setiap periksa, sejak bulan ke – 4 pertambahan BB paling sedikit 1kg/bulan

Tabel 2.6
Penambahan Berat Badan Total Ibu Selama
Kehamilan Sesuai Dengan IMT

IMT Sebelum Hamil	Anjuran Pertambahan Berat Badan (Kg)
Kurus ($<18,5$ kg/m ²)	12,5-18
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	11,5-16
Gemuk (25-29,9 kg/m ²)	7,0-11,5
Obesitas (≥ 30 kg/m ²)	5-9

Sumber : Walyani, 2017. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

b. Pengukuran Tekanan Darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, maka ada faktor resiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan.

c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila lingkar lengan ibu $<23,5$ maka menunjukkan ibu hamil menderita kurang energi kronis (ibu hamil KEK) dan berisiko melahirkan dengan Berat Lahir Rendah (BBLR).

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri beguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan. Dengan menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas simpisis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan)

- e. Penentuan Letak Janin (Presentasi Janin) dan Perhitungan DJJ

Apabila pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila Denyut Jantung menunjukkan ada tanda gawat janin, maka harus segera di rujuk.

- f. Penentuan Status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Suntikan tetanus toksoid sesuai anjuran petugas kesahatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi.

Tabel 2.7
Pemeriksaan Imunisasi Tetanus Toksoid

Antigen (Pemberian Imunisasi)	Interval (Selang Waktu Minimal)	Lama Perlindungan	Dosis
TT 1	-	-	0,5 cc
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	0,5 cc
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	0,5 cc
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	0,5 cc
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun / seumur hidup	0,5 cc

Sumber : Rukiah, dkk, 2017. Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan

g. Pemberian Tablet Tambah Darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum tablet tambah darah minimal 90 butir selama kehamilan pada malam hari untuk memenuhi zat besi ibu dan mencegah ibu mengalami anemia selama masa kehamilan.

h. Tes Laboratorium

1. Tes golongan darah, untuk mepersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.
2. Tes hemoglobin untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia.
3. Tes pemeriksaan urin (air kencing)

i. Konseling atau Penjelasan

Tenaga Kesehatan memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegah kelainan bawaan, persalinan, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), masa nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI Ekslusif, imunisasi pada bayi, dan keluarga berencana.

j. Tata Laksana atau Mendapatkan Pengobatan

Jika ibu mempunyai masalah Kesehatan pada saat ibu hamil.

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologi yang menginginkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan aterm, lahir

spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun janin. (Jannah, 2017).

b. Tahapan dalam Persalinan

Tahap dalam persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu (Yuni dkk, 2021) :

1. Kala I : Kala Pembukaan

Tahap ini dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi sebagai berikut :

a) Fase Laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

b) Fase Aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan serviks yang lebih cepat dimulai dari 4 cm samapai 10 cm berlangsung selama 6 jam dan terbagi menjadi 3 fase sebagai berikut:

- 1) Fase Akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- 2) Fase Dilatasi Maksimal, yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- 3) Fase Dekelarasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

2. Kala II : Kala Pengeluaran Janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan meneran/mendorong janin hingga keluar. Pada kala II, his terkoordinir kuat, cepat dan lebih lama kira – kira 2 – 3 menit sekali,kemudian kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran. Yang menyebabkan tekanan pada rectum ibu merasa ingin BAB dan anus pun membuka. Pada waktu his kepala janin mulai keliatan, vulva membuka dan perineum meregang dengan his dan meneran yang terpimpin kepala akan lahir diikuti sleuruh badan janin.

3. Kala III : Kala Pengeluaran Plasenta

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rehim berhenti sebentar, kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan urin dalam waktu 1 – 5 menit plasenta terlepas terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan. Biasanya berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira – kira 100 – 200 cc. (Walyani, 2019)

4. Kala IV : Tahap Pengawasan

Kala IV ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Dimulai dari lahir plasenta sampai dua jam pertama postpartum untuk mengamati keadaan ibu terutama jika terjadi perdarahan postpartum. Observasi yang dilakukan pada kala IV, yaitu : a) evaluasi uterus, b) pemeriksaan dan evaluasi serviks, vagina, dan perineum, c) pemeriksaan dan evaluasi plasenta, selaput, dan tali pusat, d) penjahitan Kembali episiotomi dan laserasi, jika ada, e) pemantauan dan evaluasi lanjut tanda

vital, kontraksi uterus, lokea, perdarahan, dan kandungan kemih. (Jannah dkk, 2017)

Tabel 2.8

Lama Persalinan

Lama Persalinan		
	Primigravida	Multigravida
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	$\frac{1}{2}$ jam
Kala III	$\frac{1}{2}$ jam	$\frac{1}{4}$ jam
	14 $\frac{1}{2}$ jam	7 $\frac{3}{4}$ jam

Sumber : Johariyah dkk, 2017. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir* CV Trans Info Media HAL 7

c. Fisiologi Persalinan

a) Perubahan Fisiologi pada Kala I

Menurut Rohani dkk (2016), perubahan kala I, yaitu :

1. Sistem Reproduksi

Perubahan terjadi pada Segmen Atas Rahim (SAR) yang berperan aktif karena berkontraksi yang akan menebal seiring majunya persalinan dan Segmen Bawah Rahim (SBR) memegang peranan pasif yang semakin menipis karena direngangkan, sehingga terjadi pembukaan serviks.

2. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah meningkat selama kontraksi dengan sistol meningkat 10 – 20 mmHg dan diastole 5 – 10 mmHg. HB meningkat 1,2mg/100ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama postpartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

3. Suhu Tubuh

Suhu tubuh akan meningkat karena peningkatan metabolisme, namun tidak boleh melebihi 0,5 – 1°C.

4. Sistem Pernafasan

Peningkatan laju pernafasan selama persalinan ialah hal normal dikarenakan meningkatnya kinerja metabolisme.

5. Perubahan Endokrin

Endokrin aktif selama persalinan menganturunya kadar progesterone dan meningkatnya estrrogen, prostaglandin, dan oksitosin.

b) Perubahan Fisiologi pada Kala II

Menurut Rukiyah dkk (2016), perubahan kala II pada uterus dan organ dasar panggul, yaitu :

1. Kontraksi dorongan otot – otot persalinan
2. Pergeseran organ dasar panggul

c) Perubahan Fisiologi pada Kala III

Tanda – tanda pada kala III, yaitu :

1. Perubahan bentuk TFU
2. Tali pusat memanjang
3. Semburan darah mendadak dan singkat

d) Perubahan fisiologi pada Kala IV

Persalinan Kala IV ialah kala pengawasan hal yang perlu diperhatikan ialah kontraksi uterus, perdarahan dan TFU.

2.2.2 Asuhan Kebidanan dalam Persalinan

Menurut PP IBI (2021), 58 langkah Asuhan Persalinan Normal, yaitu :

A. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II

Langkah 1

Mendengarkan, melihat, dan memeriksakan gejala dan tanda kala II yang meliputi :

- a. Ibu merasakan adanya dorongan yang kuat.

- b. Ibu merasakan adanya rengangan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
- c. Perineum tampak menonjol
- d. Vulva dan sfinger ani membuka.

B. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

Langkah 2

Pastikan kelengkapan perlengkapan, bahan dan obat – obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Demi keperluan asfikasi : tempat tidur datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 dari tubuh bayi. Selanjutnya, lakukan dua hal dibawah ini :

- a. Menggelar kain di atas perut ibu, tempat resusitasi, dan ganjal bahu bayi.
- b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam *partus set*.

Langkah 3

Pakailah celemek plastik.

Langkah 4

Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan bening.

Langkah 5

Pakailalah sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.

Langkah 6

Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

C. Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

Langkah 7

Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- a. Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
- b. Buanglah kapas atau pembersih dalam wadah yang telah disediakan.
- c. Gantilah sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% sampai Langkah 9).

Langkah 8

Lakukan periksa dalam untuk memastikan pmbukaan lengkap. Apabila selaput ketuban dalam belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

Langkah 9

Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cucilah kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

Langkah 10

Lakukan pemeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ). Setelah terjadi kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Dokumentasikan hasil – hasil pemeriksaan dalam DJJ, dan semua hasil penilaian serta asuhan.

D. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran

Memberitahukan kepada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan janin dalam keadaan baik, dan segera bantu ibu untuk menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan sesuai temuan yang ada.
- b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar,

Langkah 12

Meminta pihak keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (apabila sudah ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

Langkah 13

Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran.

- a. Bombing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- b. Berikan dukungan dan semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- c. Bantulah ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- d. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
- e. Anjurkan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- f. Berikan asupan cairan per-oral (minum) yang cukup.
- g. Lakukan penilaian DJJ setiap kontraksi uterus selseai.

- h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit meneran (primigravida) atau 60 menit meneran (multigravida).

Langkah 14

Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

E. Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi

Langkah 15

Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

Langkah 16

Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

Langkah 17

Buka tutup partus sel dan perhatikan Kembali kelengkapan alat dan bahan.

Langkah 18

Pakai sarung DTT pada kedua tangan.

Lahir Kepala

Langkah 19

Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5 – 6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain basah dan kering. Tangan yang lain me nahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambal bernapas cepat da dangkal.

Langkah 20

Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

- a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara klem tersebut.

Langkah 21

Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu

Langkah 22

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Gerakkan kepala dengan lembut kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncu dibawah arkus bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai

Langkah 23

Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

Langkah 24

Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing – masing mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing – masing mata kaki dengan ibu jari dan jari – jari lainnya).

F. Penanganan Bayi Baru Lahir

Langkah 25

Lakukan penilaian selintas mengenai dua hal berikut :

- a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan.
- b. Apakah bayi bergerak dengan aktif.

Jika bayi tidak bernapas atau megap – megap, segera lakukan tindakan resusitasi (Langkah 25 ini berlanjut ke Langkah – Langkah prosedur resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksi).

Langkah 26

- a. Keringkan dan posisikan tubuh bayi diatas perut ibu.
- b. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan.
- c. Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas perut ibu.

Langkah 27

Periksa Kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).

Langkah 28

Beritahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin (agar uterus berkontraksi baik).

Langkah 29

Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (injeksi intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan akspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

Langkah 30

Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi sekitar 3 cm dari pusar (*umbilikus*) bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.

Langkah 31

- a. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

- b. Dengan satu tangan, angkat talin pusat yang telah dijepit kemudian lakukan penggantian tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut.
- c. Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan benang dengan simpul kunci.
- d. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

Langkah 32

Tempat bayi untuk melakukan kontak kulit ke ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting payudara ibu.

Langkah 33

Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

G. Penatalaksanaan Aktif Kala III

Langkah 34

Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.

Langkah 35

Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menagangkan tali pusat.

Langkah 36

Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang atas dorsokranial secara hati – hati (untuk mencegah inversion

uteri). Apabila plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

Mengeluarkan Plasenta

Langkah 37

Lakukan penegangan dan dorong dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambal penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).

- a. Jika tali pusat bertambah Panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
 - (1) Beri dosis ulang oksitosin IM.
 - (2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Mintalah pihak keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir
 - (6) Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.

Langkah 38

Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban sobek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa

selpaut kemudian gunakan jari – jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

Rangsangan Aktif (Masase) Uterus

Langkah 39

Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase, leyakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan Gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Segera lakukan tindakan yang diperlukan jika terus berkontraksi seitar 15 detik melakukan rangsangan taktil atau masase.

H. Menilai Perdarahan

Langkah 40

Preiksa kedua sisi plasenta dengan baik bagian ibu maupun bayi dan pasyikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

Langkah 41

Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

I. Melakukan Asuhan Pascapersalinan

Langkah 42

Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.

Langkah 43

Berikan waktu yang cukup kepada ibu untuk melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)

- a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 – 60 menit. Bayi cukup menyusui 1 payudara.

- b. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

Langkah 44

Lakukan penimbangan atau pengukuran bayi, berikan tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 sebanyak 1 mg intramuscular di paha anterolateral setelah satu jam terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi.

Langkah 45

Berikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah satu jam pemberian vitamin K1 di paha kanan anterolateral).

- a. Letakkan bayi di dalam jangkaun ibu agar sewaktu - waktu bisa disusukan.
- b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

Evaluasi

Langkah 46

Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam.

- a. Lakukan selama 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
- b. Lakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
- c. Lakukan setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
- d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri.

Langkah 47

Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

Langkah 48

Lakukan evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

Langkah 49

Lakukan pemeriksaan nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama persalinan.

- a. Periksa temperature ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan
- b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Langkah 50

Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik 40-60 kali permenit serta suhu tubuh normal 36,5 – 37,5.

Kebersihan dan Keamanan

Langkah 51

Tempatkan semua perawalatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan sesuai dekontaminasi.

Langkah 52

Buanglah bahan – bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

Langkah 53

Bersihkan badan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.

Langkah 54

Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberik ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

Langkah 55

Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

Langkah 56

Cekupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, Balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

Langkah 57

Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih.

Langkah 58

Lengkapi partograph (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.3 Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir Ketika alat – alat kandungan Kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Juraida, 2018)

b. Fisiologi Nifas

a) Perubahan Sistem Reproduksi

1. Uterus

Pengembalian uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut involusi. Uterus yang pada waktu hamil penuh (fullterm) mencapai 11 kali berat sebelum

hamil, berinvolusi menjadi kira – kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr 2 minggu setelah melahirkan. Seminggu setelah melahirkan, uterus berada didalam panggul sejati lagi. Pada minggu keenam berat uterus menjadi 50 – 60 gram.

2. Kontraksi

Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah, dan membantu hemostatis. Selama 1 – 2 jam pertama pascpartum, intensitas kontraksi uterus dapat berukurang dan menjadi tidak teratur. Karena penting sekali untuk mempertahankan kontraksi uterus selama itu, biasanya suntikam oksitosin (pitostin) secara IV atau IM diberikan segera setelah bayi lahir.

3. Lokia

Tabel 2.9

Jenis Lokia

Lokia	Waktu	Warna
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan
Alba	>14 hari	Putih

4. Serviks

Serviks menjadi lunak setelah ibu melahirkan serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan Kembali ke bentuk semula 18 jam pascapartum. Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematos, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm sewaktu melahirkan menutup secara bertahap 2 jari masih dapat

dimasukkan kedalam muara serviks pada hari ke 4 – 6 pascapartum, tetapi hanya tangkai kuret terkecil yang dapat dimasukkan pada akhir minggu ke 2. Muara serviks eksterna tidak berbentuk lingkaran seperti sebelum melahirkan, namun terlihat memanjang seperti suatu celah, yang sering disebut “mulut ikan”.

5. Vagina dan Perineum

Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipian mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang dapat kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil 6 – 8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke – 4, walaupun tidak akan semenonjol wanita multipara.

Pada umumnya rugae dapat memipih secara permanen. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium. Kekurangan estrogen menyebabkan penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan mukosa vagina.

b) Perubahan Sistem Pencernaan

1. Nafsu Makan

Setelah benar – benar pulih dari efek analgesia, anestesi, dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan menjadi 2 kali dari jumlah yang biasa konsumsi disertai mengonsumsi kudapan secara sering.

2. Motilitas

Kelebihan analgesi dan anestesi dapat memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke kadaan normal.

3. Defekasi

Buang air besar secara spontan dapat tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah ibu melahirkan keadaan itu dapat disebabkan oleh penurunan tonus otot usu selama proses persalinan dan pada awal pascapersalinan, diare sebelum persalinan, edema sebelum melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi.

c) Perubahan Sistem Perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah melahirka.

d) Perubahan Sistem Muskuloskletal

Adaptasi sistem muskuloskletal terjadi selama hamil berlangsung terbalik pascapartum yakni mencakup hal – hal yang membantu relaksasi sendi serta lengkap pada minggu ke – 6 sampai ke – 8 setelah melahirkan

e) Perubahan Tanda – Tanda Vital

Beberapa perubahan tanda – tanda vital dapat terlihat, jika ibu dalam keadaan normal. Peningkatan kecil sementara, baik peningkatan tekanan darah sistol maupun diastole dapat timbul dan berlangsung selama 4 hari setelah melahirkan. Fungsi perbaasan kembali normal seperti ibu tidak hamil pada bulan ke – 6 setelah melahirkan.

f) Perubahan Sistem Integumen

Gloasma yang munvul pada masa hamil biasanya menghilang saat melahirkan, hiperpigmentasi di areola dan linea nigra tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Akan tetapi, pigmentasi di daerah tersebut mungkin menetap pada beberapa ibu.

c. Psikologi Nifas

1. Proses Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas

Seorang wanita setelah sebelumnya menjalani fase sebagai anak kemudian berubah menjadi istri dan harus bersiap menjadi ibu. Ibu akan mulai berfikir bagaimana bentuk fisik bayinya sehingga muncul “mental image” tentang gambaran bayi yang sempurna dalam pikiran ibu seperti berkulit putih, gemuk, montok, dan lain sebagainya. Tanggung jawab juga bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan dan perhatian dari keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. (Walyani dkk, 2018).

Beberapa faktor yang berperan dalam penyesuaian ibu, antara lain :

- a. Dukungan keluarga dan teman
- b. Pengalaman waktu melahirkan, harapan, dan aspirasi.
- c. Pengalaman merawat dan membesarakan anak sebelumnya.

Hal – hal yang dapat membantu ibu beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Fungsi menjadi orang tua.
- b. Respons dan dukungan dari keluarga.
- c. Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan
- d. Harapan, keinginan dan aspirasi saar hamil dan melahirkan.

Menurut (Walyani dkk, 2018) ada beberapa fase – fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas, yaitu :

- a. Fase Taking In

Yaitu fase periode ketergantungan. Berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua pada dirinya sendiri. Pada fase ini sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri.

Pada fase ini, ada ketidaknyamanan fisik yang dialami oleh ibu seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologi yang mungkin di alami seperti manangis dan mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya.

b. Fase Taking Hold

Yaitu periode yang berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sangat sensitive, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperluka untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. Fase Latiing Go

Yaitu periode menerima tanggung jawan akan peran barunya sebagai ibu. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu akan percaya diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Ibu juga membutuhkan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya .

d. postpartum Blues (Baby Blues)

yaitu periode dimana kemurungan ibu pada masa nifas. Ini umumnya sering terjadi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan. Biasanya disebabkan oleh perubahan – perubahan yang terjadi dengan sifat yang berbeda secara drastis antara perubahan satu dengan perubahan lainnya.

Postpartum baby blues adalah bentuk depresi yang paling ringan, biasanya timbul antara hari ke – 2 sampai hari ke – 4

factor – factor penyebab postpartum blues, yaitu :

1. Faktor hormonal
2. Faktor demografik
3. Faktor pengalaman
4. Factor umur dan jumlah anak
5. Factor stress
6. Rasa mimiliki bayinya yang terlalu dalam sehingga takut yang berlebihan akan kehilangan bayinya.
7. Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan – perubahan yang terjadi.

Gejala – gejala terjadinya postpartum blues yaitu :

1. Reaksi depresi, sedih, disforia
2. Sering menangis
3. Mudah tersinggung dan pelupa
4. Cemas
5. Leibilitas perasaan
6. Cenderung menyalahkan diri sendiri
7. Gangguan tidur dan gangguan nafsu makan
8. Kelelahan
9. Mudah sedih
10. Cepat marah
11. Mood mudah berubah. Cepat menjadi sedih dan cepat menjadi gembira.
12. Perasaan terjebak dan juga marah terhadap pasangannya serta bayinya.
13. Perasaan bersalah
- e. Depresi Berat (Depresi Postpartum)

Yaitu intensitas depresi akan merasakan gejala dengan intensitas lebih sering, lebih hebat dan lebih lama. Keadaan ini berlangsung antara 3 – 6 bulan bahkan pada beberapa kasus terjadi selama 1 tahun pertama kehidupan bayi. Penyebab depresi terjadi karena reaksi terhadap rasa sakit yang muncul saat melahirkan dan penyebab yang kompleks lainnya.

Gejala – gejala depresi berat, yaitu :

1. Perubahan pada mood disertai dengan tangisan tanpa sebab
2. Gangguan pada pola tidur dan pola makan
3. Perubahan mental dan libido
4. Dapat pula muncul fobia serta ketakutan akan menyakiti dirinya sendiri dan bayinya.
5. Tidak memiliki tenaga atau hanya sedikit saja tenaga yang dimiliki
6. Tidak dapat berkonsentrasi
7. Ada perasaan bersalah dan tidak berharga pada dirinya
8. Menjadi tidak tertarik dengan bayinya atau terlalu memperhatikan dan menghawatirkan bayinya.
9. Terdapat perasaan takut untuk meyakiti dirinya sendiri dan bayinya
10. Depresi berat akan terjadi biasanya pada wanita atau keluarga yang pernah memiliki Riwayat kelainan psikiatrik. Selain itu, kemungkinan dapat terjadi pada kehamilan selanjutnya.

f. Postpartum Psikosis (Postpartum Kejiwaan)

Yaitu masalah kejiwaan serius yang dialami ibu setelah proses persalinan dan ditandai dengan agitasi yang hebat, pergantian perasaan yang cepat, depresi dan delusi.

Gejala – gejala postpartum psikosis, yaitu :

1. Adanya perasaan atau halusinasi yang diperintahkan oleh kekuatan dari luar untuk melakukan hal yang tidak bisa dilakukan
2. Adanya perasaan bingug yang intens
3. Melihat hal – hal yang tidak nyata
4. Perubahan mood atau tenaga yang ekstrem
5. Ketidakmampuan untuk merawat bayi
6. Terjadi periode kebingungan yang serupa dengan amnesia (memory lapse)
7. Serangan kegelisahan yang tidak terkendali
8. Pembicaraannya tidak dimengerti (mengalami gangguan komunikasi)

2.3.2 Asuhan Kebidanan dalam Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan pada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memberikan asuha yang adekuat dan standar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan. Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk menilai kondisi Kesehatan ibu dan bayi, melakukan pencegahan terhadap kemungkinan – kemungkinan adanya gangguan Kesehatan ibu nifas dan bayi, mendeteksi adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi, mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas, menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan menganggu Kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Walyani, 2015).

Tabel 2.10
Asuhan Kebidanan dalam Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu. e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau kelaian pascamelahirkan. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.

		<p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda – tanda penyulit.</p> <p>e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.</p>
3	2 minggu setelah persalinan	<p>a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.</p> <p>b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan.</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda – tanda penyulit.</p> <p>e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.</p>
4	6 minggu setelah persalinan	<p>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang dialami ibu atau bayinya.</p> <p>b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.</p>

Sumber : Walyani dkk, 2018. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*.

Yogyakarta. Pustaka Baru Hal 5

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Neonates atau BBL normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan aterm (37 – 42 minggu) dengan badan lahir 2500 – 4000gr, tanpa ada maslah atau kecacatan pada bayi sampai umur 28 tahun (Arfiana, 2016).

Ciri – ciri bayi normal :

- a. Berat badan 2500 gr – 400 gr
- b. Panjang badan 48 cm – 52 cm
- c. Lingkar dada 30 – 38 cm
- d. Lingkar kepala 33 cm – 35 cm
- e. Denyut jantung 120 – 140x/I
- f. Pernafasan 30 – 60x/i
- g. Kulit kemerahan, licin, diliputi vernix caseosa
- h. Rambut kepala tampak sempurna
- i. Kuku tangan dan kaki agak Panjang
- j. Genitalia
 - 1) Pada bayi perempuan : labiya mayor menutupi lebia minor
 - 2) Pada bayi laki – laki : testis sudah turun kedalam skrotum
- k. Refleks primitif : refleks rooting, sucking, swallowing, moro, dan grasping refleks baik
- l. Eliminas baik, bayi BAK dan BAB dalam 24 jam pertama setelah lahir

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus (Arfiana, 2016) :

1. Sistem Pernapasan/Respirasi

Setelah pelepasan plasenta yang tiba – tiba pada saat kelahiran, adaptasi yang sangat cepat terjadi untuk memastikan kelangsungan hidup. Bayi harus bernapas dengan menggunakan paru – paru pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 10 detik pertama sesudah lahir

2. Perlindungan Termal (Termoregulasi)

Mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Agar tetap hangat, BBL dapat menghasilkan panas melalui gerakan tungkai dan dengan *stimulasi* lemak cokelat.

3. Metabolisme Karbohidrat

Pada BBL, *glukosa* darah akan turun dalam waktu cepat (1 – 2 jam). Untuk memperbaiki penurunan kadar gula tersebut, dapat dilaksanakan tiga cara yaitu : melalui penggunaan ASI, melalui penggunaan cadangan *glikogen*, dan melalui pembuatan *glukosa* dari sumber lain terutama lemak.

4. Sistem Peredaran Darah

Pada BBL paru – paru mulai berfungsi sehingga proses penghantaran oksigen ke seluruh jaringan rubuh berubah. Perubahan tersebut mencakup penutupan *foramen avale* pada *atrium* jantung serta penutupan *ductus arteriosus* dan *ductus venosus*.

5. Sistem Gastrointestinal

Kemampuan BBL cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara *esofagus* bawah dan lambung masih belum sempurna sehingga dapat mengakibatkan *gumoh* pada BBL.

6. Sistem Kekebalan Tubuh (Imun)

Sistem imun dibagi menjadi sistem kekebalan alami dan kekebalan yang didapat. Kekebalan alami yaitu terdiri dari sistem kekebalan tubuh struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Sedangkan kekebalan yang didapat akan muncul Ketika bayi sudah dapat membentuk reaksi antibody terhadap antigen asing

7. Keseimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

Ginjal telah berfungsi, tetapi belum sempurna karena jumlah *nefron* masih belum sebanyak orang dewasa. Laju *filtrasi glomerulus* pada BBL hanya 30 – 50% dari laju *filtrasi glomerulus* pada orang dewasa, BBL sudah harus BAK dalam 24 jam pertama.

8. Sistem Hepatik

Segara setelah lahir, pada hati terjadi perubahan kimia dan *morfologis*, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan *glikogen*. Enzim hati belum aktif benar pada BBL dan umumnya baru benar – benar aktif sekitar 3 bulan setelah kelahiran.

9. Sistem Saraf

Sistem saraf autonom sangat penting karena untuk merangsang espirasi awal, membantu mempertahankan keseimbangan asam, basa, dan mengatur Sebagian control suhu.

2.4.2 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir merupakan asuhan yang diberikan pada bayi normal, memberikan suahan pada usia 2 - 26 hari 6 minggu pertama, bonding attachment serta asuhan bayi saheri – hari dirumah.

Jadwal kunjungan neonates (Sondakh, 2016)

1. Kunjungan Pertama : 6 jam setelah bayi lahir

- a. Jaga bayi agar selalu dalam keadaan hangat dan tetap kering. Menilai bagaimana penampilan bayi secara umum, bagaimana bayi bersuara dan dapat meggambarkan keadaan Kesehatan bayi
 - b. Tanda – tanda pernapasam, denyut jantung dan suhu badan yang paling penting untuk dilakukan pemantauan selama 6 jam pertama
 - c. Melakukan pemeriksaan apakah ada keluar cairan yang berbau busuk dari tali pusat agar tetap dalam keadaan bersih dan kering
 - d. Pemberian asi awal
2. Kunjungan Kedua : 6 hari setelah kelahiran
 - a. Pemeriksaan fisik
 - 1) Bayi dapat menyusui dengan kuat
 - 2) Mengamati tanda bahaya pada bayi
 3. Kunjungan Ketiga : 2 minggu setelah lahiran
 - a. Pada umumnya dikunjungan kedua biasanya tali pusat sudah putus
 - b. Memastikan bila bayi mendapatkan ASI yang cukup
 - c. Beritahu ibu untuk memberikan imunisasi BCG untuk mencegah tuberculosis
 - d. Menurut data dari kemkes (2015), asuhan yang dilakukan BBL, yaitu :
 - 1) Pencegahan Infeksi
Bayi baru lahir sangat rentang terhadap infeksi yang terpapar selama proses persalinan. Penolong persalinan harus melakukan pencegahan infeksi sesuai Langkah – Langkah asuhan yang ada
 - 2) Melakukan Penilaian pada Bayi Baru Lahir

Bayi yang baru lahir selama 30 detik pertama biasanya akan dilakukan penilaiyanan yang disebut dengan Apgar Score

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu upaya dilakukan oleh manusia untuk mengatur dan menjarangkan jarak kehamilan yang dilakukan secara sengaja tetapi tidak melawan hukum dan moral yang ada dengan cara menggunakan alat kontrasepsi yang ada pada akhirnya dapat mewujudkan keluarga kecil yang Bahagia dan sejahtera.

Tujuan KB untuk membentuk satu keluarga yang Bahagia dan sejahtera yang sesuai dengan keadaan sosial dan ekonomi keluarga tersebut dengan mengatur jumlah kelahiran anak, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan kesejahteraan keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. (Dewi Mariatalia, 2017)

2.5.2 Jenis – Jenis Kontrasepsi

1) Metode Amenorhea Laktasi (MAL)

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah kotrasepsi yang mnengandalkan pemberian ASI Eksklusif tanpa tambahan makanan dan minuman apa pun hingga usia bayi 6 bulan. Metode ini dikatakan sebagai metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA).

Keuntungan : efektivitasnya tinggi mencapai 98% pada 6 bulan pertama pasca persalinan, tidak menganggu sanggama, tidak ada efek samping secara sismatik, tidak perlu obat dan biaya serta tidak perlu dalam pengawasan medis

Kerugian : metode ini tidak melindungi akseptor terhadap Penyakit Menular Seksual (PMS) dan virus Hepatitis B/HBV serta HIV/AIDS. Metode ini efektif hanya 6 bulan setelah melahirkan.

2) Suntikan Kontrasepsi

Suntik kontrasepsi di indonesia merupakan salah satu kontrasepsi yang popular. Suntikan kontrasepsi mengandung hormone progesterone yang menyerupai hormone progesteron diproduksi oleh wanita selama 2 minggi pada awal siklus menstruasi. Hormone tersebut mencegah wanita untuk melepaskan sel telur sehingga memberikan efek kontrasepsi.

Keuntunga : dapat digunakan oleh ibu menyusui, mempunyai efek pencegahan kehamilan dalam jangka panjang, dapat digunakan oleh perempuan yang berusia diatas 35 tahun sampai menopause dan tidak berpengaruh pada berhubungan suami istri.

Kerugian : adanya gangguan haid/mentruasi, perubahan berat badan, tidak menjamin perlindungan terhadap infeksi, dan tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu.

3) IUD

Alat kontrasepsi Intrauterine Device (IUD), dinilai sangat efektif 100% untuk kotrasepsi darurat alat kontrasepsi ini ditempatkan didalam uterus. Ada beberapa bentuk dari alat kontrasepsi ini yaitu, Lippes Loop (bentuk seperti spiral), Cooper – T (bentuk seperti huruf Y dan dililit tembaga), dan Multi Load (berbentuk seperti pohon kepala dan dililit Lembaga).

Keuntungan : tidak memperngaruhi kualitas dan volume ASI, dapat diapasang segera setelah melahirkan dapat digunakan sampai menopause, dan tidak ada interaksi dengan obat – obatan serta harus dipasang/dilepas oleh dokter.

Kerugian : perubahan siklus haid /mentruasi, ada sedikit nyeri terjadi saat setelah pemeasangan dan dapat terlepas tanpa sepenuhnya klien.

4) Implant

Implant adalah alat kontrasepsi yang terdiri dari enam kapsul kecil berisi hormone levonorgestrel yang dipasang dibawah kulit lengan atas bagian dalam. Implant dapat dipakai selama 5 tahun.

Keuntungan : perlindungan dalam jangka panjang (5 tahun), tidak menganggu produksi ASI dan kegiatan senggama daya guna tinggi, tidak dilakukan periksa dalam, dan dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

Kerugian : perubahan berat badan, ada rasa nyeri di kepala dan payudara, perubahan mood/kegelisahan, tidak menjamin pencegahan penularan penyakit menular seksual, HBV ataupun HIV/AIDS, dan sering ditemukan ada gangguan mentruasi.

5) Pil Kontrasepsi

Pil kontrasepsi/pil KB berisi zat yang berguna untuk mencegah lepasnya, ovum dari tuba falopi wanita. Ada 2 macam pil KB, yaitu kemasan berisi 21 pil dan kemasan berisi 28 pil. Pil kontrasepsi dapat berupa pil kombinasi yang berisi hormone estrogen dan hormone progesterone.

Keuntungan : efektif jika diminum setiap hari secara teratur, mudah dihentikan setiap saat, dapat mengontrol waktu untuk terjadinya menstruasi, dan dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

Kerugian : perubahan berat badan, adanya pusing mual, dan nyeri payudara, dan dapat mengurangi produksi ASI.

6) Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang digunakan pada alat kelamin pria yang berguna mencegah pertemuan sel ovum dan sel sperma. Kondom merupakan sarung/selubung karet yang

berbentuk silinder. Kondom terbuat dari bahan latex (karet), polyurethane (plastik), sedangkan kondom untuk wanita terbuat polyurethane (plastik).

Keuntungan : mencegah kehamilan, mudah didapat dan bisa dipakai sendiri, tidak mempunyai efek samping, praktis dan murah, dan memberi perlindungan terhadap penyakit akibat hubungan seksual.

Kerugian : ada kemungkinan untuk bocor, sobek dan tumpah yang bisa menyebabkan kondom gagal dipakai sebagai alat kontrasepsi, dapat menganggu hubungan seksual, harus dipakai setiap kali bersenggama, dan dapat menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan reksi.

7) Spemisida

Spemisida adalah bahan kimia yang digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma di dalam vagina sebelum spermatozoa kedalam tractus genetalia internal. Jenis spernisida terbagi menjadi 3 yaitu, suppositoria (bebrbentuk larutan dalam air), aerosol (busa), dan krim.

Keuntungan : efektif seketika (busa dan krim), tidak mengganggu produksi ASI, tidak menganggu kesehatan klien (aman), dan mudah digunakan.

Kerugian : efektivitas hanya 1 – 2 jam dapat menimbulkan iritasi vagina atau iritasi penis, dan harus diberikan berulang kali Ketika senggama.

2.5.3 Asuhan Kebidanan dalam Pelayanan Keluarga Beencana

Asuhan KB seperti konseling tentang persetujuan pemilihan (*informed choice*). Persetujuan tindakan medis (*informed consent*). Konseling harus dilakukan dengan baik dengan memperhatikan beberapa aspek, seperti memperlakukan klien dengan baik, petugas harus menjadi pendengar yang baik melebih – lebihkan, membantu klien untuk mudah memahami dan mudah mengingat. Informed

choice merupakan suatu keadaan dimana kondisi calon peserta KB didasari dengan pengetahuan yang cukup setelah mendapatkan informasi dari petugas.

1. Konseling Keluarga Berencana

Tujuan Konseling :

- a. Membrikan informasi yang tepat obyektif klien merasa puas.
- b. Mengidentifikasi dan menampung perasaan keraguan/ kekhawatiran tentang metode kontrasepsi
- c. Membantu memilih metode kontrasepsi yang terbaik bagi mereka yang sesuai dengan keinginan klien.
- d. Membantu klien agar men gunakan cara kontrasepsi yang mereka pilih secara aman dan efektif.
- e. Memberikan informasi tentang cara mendapatkan bantuan dan tempat pelayanan KB.
- f. Khusus kontap, menyeleksi calon akseptor yang sesuai dengan metode kontrasepsi alternatif.

2. Langkah – Langkah Konseling KB

Hendaknya dapat diterapkan enam Langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU :

SA :

Sapa dan **S**alam kepada klien secara terbuka dan juga sopan. Memberikan perhatian secara keseluruhan kepada klien dan membicarakannya di tempat yang nyaman dan terjamin privasinya. Membuat klien yakin untuk membuat lebih percaya diri. Berikan klien waktu untuk dapat memahami pelayanan yang boleh didapatkannya.

T

Tanya kepada klien tentang informasi yang mengarah ke dirinya. Membantu klien untuk bisa menceritakan bagaimana pengalaman keluarga berencana, dan organ reproduksi, tujuan,

kepentingan, harapan dan juga keadaan kesehatan di dalam keluarganya. Ternyata tentang kontrasepsi yang diinginkan dan diberikan perhatian Ketika dia menyampaikan keinginannya.

U :

Uraikan mengenai pilihannya, beritahu klien kontrasepsi apa yang lebih memungkinkan untuk dirinya, termasuk tentang jenis – jenis alat kontrasepsi. Bantu klien untuk bisa memilih kontrasepsi yang dia butuhkan. Menjelaskan tentang resiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda.

TU :

BanTULah klien untuk menentukan pilihannya, bantu ia untuk memikirkan alat kontrasepsi yang sesuai dengan yang ia butuhkan. Tanggapi secara terbuka. Bantu klien untuk mempertimbangkan kriteria dan keinginannya untuk memilih kontrasepsi. Tanya apakah suami menyetujui untuk mengikuti program KB dan menyetujui KB apa yang akan digunakan.

J :

Jelaskan bagaimana cara menggunakan kontrasepsi yang ia pilih secara lengkap, izinkan klien untuk memberikan pertanyaan dan menerima jawaban dari pertanyaan yang ia sampaikan

U :

PerlUNya melakukan kunjungan ulang. Beritahu klien untuk datang melakukan kunjungan ulang sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan atau klien bisa kembali apabila terjadi masalah pada dirinya.

2.6 Pencegahan dan Penatalaksanaan Covid Bagi Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas

1. Membersihkan tangan secara teratur dengan mencuci tangan menggunakan sabun (40 – 60 detik) atau menggunakan cairan antiseptik/hand sanitizer berbasis alkohol (20 – 30 detik). Hindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang belum bersih. Gunakan hand sanitizer berbasis alkohol yang setidaknya mengandung alkohol 70%, jika air dan sabun tidak tersedia. Cuci tangan terutama setelah Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK) dan sebelum makan (baca buku KIA).
2. Sebisa mungkin hindari kontak dengan orang yang sedang sakit.
3. Saat sakit tetap gunakan masker, tetap tinggal dirumah atau segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai, jangan banyak beraktivitas diluar.
4. Tutupi mulut dan hidung saat batuk atau bersin dengan tisu. Buang tisu pada tempat yang telah ditentukan. Bila tidak ada tisu, lakukan sesuai etika batuk – bersin.
5. Bersihkan atau semprotkan disinfektan secara rutin permukaan dan benda yang sering disentuh.
6. Menggunakan masker adalah salah satu cara pencegahan penularan penyakit saluran napas yang disebut dengan infeksi COVID-19. Akan tetapi, penggunaan masker saja masih kurang cukup untuk melindungi seseorang dari infeksi ini, karenanya harus disertai dengan usaha pencegahan lain. Penggunaan masker harus dikombinasikan dengan hand hygiene dan usaha – usaha pencegahan lainnya, misalnya tetap menjaga jarak.
7. Penggunaan masker yang salah dapat mengurangi ke efektivitasannya dan dapat membuat orang awam mengabaikan pentingnya usaha pencegahan lain yang sama pentingnya seperti hand hygiene dan perilaku hidup sehat.

8. Masker medis digunakan untuk ibu yang sakit dan ibu saat persalinan. Sedangkan masker kain dapat digunakan bagi ibu yang sehat dan keluarganya.
9. Cara penggunaan masker yang efektif :
 - Pakai masker secara seksama untuk menutupi mulut dan hidung, kemudian eratkan dengan baik untuk meminimalisasi celah antara masker dan wajah.
 - Saat digunakan, hindari menyentuh masker.
 - Lepas masker dengan teknik yang benar (misalnya, jangan menyentuh bagian depan masker, tapi lepas dari belakang dan bagian dalam).
 - Setelah dilepas jika tidak sengaja menyentuh masker yang telah digunakan, segera mencuci tangan.
 - Gunakan masker baru yang bersih dan kering, segera ganti masker jika masker yang digunakan terasa mulai lembab.
 - Jangan pakai ulang masker yang telah dipakai.
 - Buang segera masker sekali pakai dan lakukan pengolahan sampah medis sesuai SOP.
10. Gunakan masker kain apabila dalam kondisi sehat. Masker lain yang direkomendasikan oleh Gugus Tugas COVID-19 adalah masker kain 3 lapis. Menurut hasil penelitian, masker kain dapat menangkal virus hingga 70% . Disarankan penggunaan masker kain tidak lebih dari 4 jam. Setelahnya, masker harus dicuci menggunakan sabun dan air, dan pastikan bersih sebelum dipakai kembali.
11. Keluarga yang menemani ibu hamil, bersalin, dan nifas harus menggunakan masker dan menjaga jarak.
12. Menghindari kontak dengan hewan seperti kelelawar, tikus, musang atau hewan lainnya yang pembawa COVID-19 serta tidak pergi ke pasar hewan.

13. Hindari pergi ke negara/daerah terjangkit COVID-19, bila sangat mendesak untuk pergi diharapkan konsultasi dahulu dengan spesialis obstetri atau praktisi kesehatan terkait.
14. Bila terdapat gejala COVID-19, diharapkan untuk menghubungi telepon layanan darurat yang tersedia (Hotline COVID-19 : 119 ext 9) untuk dilakukan penjemputan ke tempat sesuai SOP, atau langsung ke RS rujukan untuk mengatasi penyakit ini.
15. Rajin mencari informasi yang tepat dan benar mengenai COVID-19 dari sumber yang dapat dipercaya.

2.6.1 Upaya Pencegahan Umum Bagi Ibu Hamil

1. Pemeriksaan kehamilan pertama kali dibutuhkan untuk skrining faktor risiko (termasuk Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak / PPIA). Oleh karena itu, dianjurkan pemeriksaan dilakukan oleh dokter di fasilitas pelayanan kesehatan dengan perjanjian agar ibu tidak menunggu lama. Apabila ibu hamil datang ke bidan tetap dilakukan pelayanan ANC, kemudian ibu hamil dirujuk untuk pemeriksaan oleh dokter.
2. Dilakukan anamnesis dan pemeriksaan skrining kemungkinan ibu menderita Tuberculosis.
3. Pada daerah endemis malaria, seluruh ibu hamil pada pemeriksaan pertama dilakukan pemeriksaan RDT malaria dan diberikan kelambu berinsektisida.
4. Jika ada komplikasi atau penyulit maka ibu hamil dirujuk untuk pemeriksaan dan tata laksana lebih lanjut.
5. Pemeriksaan rutin (USG) untuk sementara dapat ditunda pada ibu dengan PDP atau terkonfirmasi COVID-19 sampai ada rekomendasi dari episode isolasinya berakhir. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus risiko tinggi,
6. Ibu hamil diminta mempelajari buku KIA untuk diterapkan dalam kehidupan sehari – hari termasuk mengenali tanda bahaya pada

kehamilan. Jika ada keluhan atau tanda bahaya, ibu hamil harus segera memeriksakan diri ke fasyankes.

7. Pengisian stiker P2K dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
8. Kelas ibu hamil ditunda pelaksanaannya dimasa pandemi COVID-19 atau dapat mengikuti kelas ibu secara online.
9. Tunda pemeriksaan pada kehamilan trimester kedua, atau pemeriksaan antenatal dapat dilakukan melalui tele-konsultasi klinis, kecuali dijumpai keluhan atau tanda bahaya.
10. Ibu hamil pada kunjungan pertama terdektesi memiliki risiko atau penyulit harus memeriksakan kehamilannya pada trimester kedua. Jika ibu tidak datang ke fasyankes, maka tenaga kesehatan melakukan kunjungan rumah atau melakukan pemeriksaan ANC, pemantauan dan tatalaksana faktor penyulit. Jika diperlukan lakukan rujukan ibu hamil ke fasyankes untuk mendapatkan pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut, termasuk pada ibu hamil dengan HIV, Sifilis dan Hepatitis B.
11. Pemeriksaan kehamilan trimester ketiga harus dilakukan dengan tujuan utama untuk menyiapkan proses persalinan. Dilaksanakan 1 bulan sebelum tafsiran persalinan.
12. Ibu hamil terus 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. Ibu hamil dengan penyakit diabetes melitus gestasional, pre eklamsia berat, pertumbuhan janin terhambat dan ibu hamil dengan penyakit penyerta lainnya atau riwayat obstetri buruk maka periksakan diri ke tenaga kesehatan.
13. Pastikan gerak janin dirasakan mulai usia kehamilan 20 minggu. Setelah usia 20 minggu. Setelah usia kehamilan 28 minggu,

- hitunglah gerakan janin secara mendiri (minimal 10 gerakan per 2 jam).
14. Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap mempraktikan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil/yoga/pilates/peregangan secara mandiri di rumah agar ibu tetap bugar dan sehat.
 15. Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
 16. Ibu hamil dengan status PDP atau terkonfirmasi positif COVID-19 tidak diberikan tablet tambah darah karena akan memperburuk komplikasi yang diakibatkan kondisi COVID-19.
 17. Antenatal care untuk wanita hamil yang terkonfirmasi COVID-19 pasca perawatan, kunjungan antenatal lainnya dilakukan 14 hari setelah periode penyakit akut berakhir. Periode 14 hari ini dapat dikurangi apabila pasien dinyatakan sembuh. Direkomendasikan melakukan USG antenatal untuk pengawasan pertumbuhan janin, 14 hari setelah resolusi penyakit akut. Meskipun tidak ada bukti bahwa gangguan pertumbuhan janin (IUGR) akibat COVID-19, didapatkan bahwa dua pertiga kehamilan dengan SARS disertai oleh IUGR dan solusio plasenta terjadi pada kasus MERS, sehingga tindak lanjut ultrasonografi diperlukan.
 18. Jika ibu hamil datang ke rumah sakit dengan gejala memburuk dan diduga/dikonfirmasi terinfeksi COVID-19, berlaku beberapa rekomendasi berikut : pembentukan tim multi – disiplin idealnya melibatkan konsultasi dokter spesialis penyakit infeksi jika tersedia, dokter kandungan, bidan yang bertugas dan dokter anestesi yang bertanggung jawab untuk perawatan pasien sesegera mungkin setelah masuk. Diskusi dan kesimpulannya harus didiskusikan dengan ibu dan keluarga tersebut.

19. Konseling perjalanan untuk ibu hamil. Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan ke luar negeri dengan mengikuti anjuran perjalanan (travel advisory) yang dikeluarkan pemerintah. Dokter harus menanyakan riwayat perjalanan terutama dalam 14 hari terakhir dari daerah dengan penyebaran luar COVID-19.

2.6.2 Upaya Pencegahan Umum Bagi Ibu Bersalin

1. Ibu tetap bersalin difasilitas pelayanan kesehatan. Segera di fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda – tanda persalinan.
2. Rujukan terencana untuk ibu hamil berisiko.
3. Tempat pertolongan persalinan ditentukan berdasarkan :
 - a) Kondisi ibu sesuai dengan level fasyankes penyelenggara pertolongan persalinan.
 - b) Status ibu ODP, PDP, terkonfirmasi COVID-19 atau bukan ODP/PDP/COVID-19.
4. Ibu dengan status ODP, PDP, atau terkonfirmasi COVID-19 bersalin dirumah sakit rujukan COVID-19.
5. Ibu dengan status bukan ODP, PDP, atau terkonfirmasi COVID-19 bersalin di fasyankes sesuai kondisi kebidanan (bisa di FKTP atau FKTRL).
6. Saat merujuk pasien ODP, PDP, atau terkonfirmasi COVID-19 sesuai dengan prosedur pencegahan COVID-19.
7. Pelayanan KB pasca persalinan tetap dilakukan sesuai prosedur, diutamakan menggunakan MKJP.

2.6.3 Upaya Pencegahan Umum Bagi Ibu Nifas

1. Ibu nifas dan keluarga harus memahami tanda bahaya dimasa nifas (lihat buku KIA). Jika terdapat risiko/tanda bahaya, maka periksakan diri ke tenaga kesehatan.
2. Pelaksanaan kunjungan nifas pertama dilakukan di fasyankes. Kunjungan nifas kedua, ketiga dan ke empat dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (disesuaikan dengan

kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya – upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga.

3. Periode kunjungan nifas (KF) :
 - a) KF 1 : pada periode 6 jam sampai dengan 2 hari pasca persalinan.
 - b) KF 2 : pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari pasca persalinan.
 - c) KF 3 : pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari pasca persalinan.
 - d) KF 4 : pada periode 29 hari sampai dengan 42 hari pasca persalinan.
4. Pelayanan KB tetap dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas. Diutamakan menggunakan MKJP.

2.6.4 Upaya Pencegahan Umum Bagi Bayi Baru Lahir (BBL)

1. Bayi baru lahir rentan terhadap infeksi virus COVID-19 dikarenakan belum sempurna fungsi imunitasnya.
2. Bayi baru lahir dari ibu yang bukan ODP, PDP, atau terkonfirmasi COVID-19 tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0-6 jam) yaitu pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini (IMD), injeksi vit K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik, dan imunisasi Hepatitis B.
3. Bayi baru lahir dari ibu ODP, PDP, atau terkonfirmasi COVID-19 :
 - a) Tidak dilakukan penundaan penjepitan tali pusat (delayed chord clamping).
 - b) Bayi dikeringkan seperti biasa.
 - c) Bayi baru lahir segera dimandikan setelah kondisi stabil, tidak menunggu setelah 24 jam.
 - d) Tidak dilakukan IMD. Sementara pelayanan neonatal esensial lainnya tetap diberikan.

4. Bayi baru lahir dari ibu HbsAg reaktif dan COVID-19 terkonfirmasi dan bayi dalam keadaan :
 - a) Klinis bayi (bayi bugar) tetap mendapatkan pelayanan injeksi vitamin K1 dan tetap dilakukan pemberian imunisasi Hepatitis B serta pemberian Hblg (hepatitis B immunoglobulin kurang dari 24 jam).
 - b) Klinis sakit (bayi tidak bugar dan tampak sakit) tetap mendapatkan pelayanan injeksi vitamin K1 dan tetap dilakukan pemberian Hblg (hepatitis B immunoglobulin kurang dari 24 jam). Pemberian vaksin Hepatitis B ditunda sampai keadaan klinis bayi baik (sebaiknya dikonsultasikan pada dokter anak untuk penatalaksanaan vaksinasi selanjutnya).
5. Bayi baru lahir dari ibu dengan HIV mendapatkan ARV profilaksis, pada usia 6-8 minggu dilakukan pemeriksaan *Early Infant Diagnosis* (EID) bersamaan dengan pemberian imunisasi DPT-HB-Hib pertama dengan janji temu.
6. Bayi baru lahir yang menderita sifilis dilakukan pemberian injeksi Benzatil Penisilin sesuai Pedoman Neonatal Esensial.
7. Bayi lahir dari ibu ODP dapat dilakukan perawatan rawat gabung di Ruang Isolasi Khusus COVID-19.
8. Bayi lahir dari ibu PDP/terkonfirmasi COVID-19 dilakukan perawatan di Ruang Isolasi Khusus COVID-19, terpisah dari ibunya (tidak rawat gabung).
9. Untuk pemberian nutrisi pada bayi baru lahir harus diperhatikan mengenai risiko utama untuk bayi menyusui adalah kontak dekat dengan ibu, yang cenderung terjadi penularan melalui droplet infeksius di udara. Sesuai dengan protokol tatalaksana bayi lahir dari ibu terkait COVID-19 yang dikeluarkan IDAI adalah :
 - a) Bayi lahir dari ibu ODP dapat menyusui langsung dari ibu dengan melaksanakan prosedur pencegahan COVID-19 antara lain menggunakan masker bedah, menjaga kebersihan tangan

sebelum dan setelah kontak dengan bayi, dan rutin membersihkan area permukaan dimana ibu telah melakukan kontak.

b) Bayi lahir dari ibu PDP/ODP/terkonfirmasi COVID-19, ASI tetap diberikan dalam bentuk ASI perah dengan memperhatikan :

- Pompa ASI hanya digunakan oleh ibu tersebut dan dilakukan pembersihan pompa setelah digunakan.
- Kebersihan peralatan untuk memberikan ASI perah harus diperhatikan.
- Pertimbangkan untuk meminta bantuan seseorang dengan kondisi yang sehat untuk memberi ASI.
- Ibu harus didorong untuk memerah ASI (manual atau elektrik), sehingga bayi dapat menerima manfaat ASI dan untuk menjaga persediaan ASI agar proses menyusui dapat berlanjut setelah ibu dan bayi disatukan kembali. Jika memerah ASI menggunakan pompa ASI, pompa harus dibersihkan dan didesinfeksi dengan sesuai.
- Pada saat transportasi kantong ASI dari kamar ibu ke lokasi penyimpanan harus menggunakan kantong spesimen plastik. Kondisi penyimpanan harus sesuai dengan kebijakkan dan kantong ASI harus di tandai dengan jelas dan di simpan dalam kotak wadah khusus, terpisah dengan kantong ASI dari pasien lainnya.

c) Ibu PDP dapat menyusui langsung apabila hasil pemeriksaan swab negatif, sementara ibu terkonfirmasi COVID-19 dapat menyusui langsung setelah 14 hari dari pemeriksaan swab kedua negatif.

10. Pada bayi yang lahir dari ibu ODP tidak perlu dilakukan tes swab, sementara pada bayi lahir dari ibu PDP/terkonfirmasi COVID-19 dilakukan pemeriksaan swab dan sediaan darah pada hari ke 1, hari

ke 2 (dilakukan saat masih dirawat di RS) dan pada hari ke 14 pasca lahir.

11. Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan. Idealnya waktu pengambilan sampel dilakukan pada 42 – 72 jam setelah lahir. Untuk pengambilan spesimen bayi lahir dari ibu ODP/PDP/terkonfirmasi COVID-19, tenaga kesehatan menggunakan APD level 2. Tata cara penyimpanan dan pengiriman spesimen sesuai dengan Pedoman Skrining Hipotiroid Kongenital. Apabila terkendala dalam pengiriman spesimen dikarenakan situasi pandemi COVID-19, spesimen dapat disimpan selama maksimal 1 bulan pada suhu kamar.
12. Pelayanan kunjungan neonatal pertama (KN 1) dilakukan fasyankes. Kunjungan neonatal kedua dan ketiga dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya – upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga.
13. Periode kunjungan neonatal (KN) yaitu :
 - a) KN 1 : pada periode 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
 - b) KN 2 : pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari setelah lahir.
 - c) KN 3 : pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari setelah lahir.
14. Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI Eksklusif dan tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan

kesehatan. Khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit.

15. Penggunaan face shield neonatus menjadi alternatif untuk pencegahan COVID-19 diruang perawatan neonatus apabila dalam ruangan tersebut ada bayi lain yang sedang diberikan terapi oksigen. Penggunaan face shield dapat digunakan di rumah, apabila terdapat keluarga yang sedang sakit atau memiliki gejala seperti COVID-19. Tetapi harus dipastikan ada pengawas yang dapat memonitor penggunaan face shield tersebut.

2.6.5 Upaya Pencegahan Umum Bagi Keluarga Berencana / KB

1. Tunda kehamilan sampai pandemi berakhir.
2. Akseptor KB sebaiknya tidak datang ke petugas kesehatan, kecuali yang mempunyai keluhan dengan syarat membuat perjanjian terlebih dahulu dengan petugas kesehatan.
3. Bagi akseptor IUD/Implan yang sudah habis masa pakainya, jika tidak memungkinkan untuk datang ke petugas kesehatan dapat menggunakan kondom yang dapat diperoleh dengan menghubungi petugas PKLB atau kader melalui telepon. Apabila tidak tersedia bisa menggunakan cara tradisional (pantang berkala atau senggama putus).
4. Bagi akseptor suntik diharapkan datang ke petugas kesehatan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian sebelumnya. Jika tidak memungkinkan dapat menggunakan kondom yang dapat diperoleh dengan menghubungi petugas PKLB atau kader melalui telepon. Apabila tidak tersedia bisa menggunakan cara tradisional (pantang berkala atau senggama putus).
5. Bagi akseptor pil diharapkan dapat menghubungi petugas PKLB atau kader petugas kesehatan melalui telepon untuk mendapatkan pil KB.

6. Ibu yang sudah melahirkan sebaiknya langsung menggunakan KB pasca persalinan (AKBPP).
7. Materi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) serta pelaksanaan konseling yang terkait KB dapat diperoleh secara online atau konsultasi melalui telepon.