

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A . Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang alamiah . Kehamilan adalah suatu proses yang normal ,alami dan sehat .Hal ini diyakini tenaga kesehatan khususnya bidan yang membantu dan melindungi proses kehamilan normal pada sebagian besar wanita ,karna pada saat memberikan asuhan kehamilan pada pasien pendekatan yang dilakukan lebih cenderung kepada pelayanan yang di dukung oleh bukti alamiah (*evidence based practice*)dan asuhan kehamilan yang di berikan lebih mengutamakan kesinambungan pelayanan (*continuity of care*). (pantiawati,2017)

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang terjadi pada perempuan akibat adanya pembuahan antara sel kelamin laki-laki dan sel kelamin perempuan dengan kata lain, kehamilan adalah pembuahan *ovum* oleh *spermatozoa*, sehingga mengalami nidasi pada uterus dan berkembang sampai kelahiran janin (Pratiwi, 2019).

B . Fisiologis Kehamilan

Kehamilan bukan merupakan penyakit,tetapi merupakan suatu hal yang normal dan alamiah (Dr.Lyndon 2019).Berbagai perubahan yang terjadi pada seorang wanita selama kehamilan adalah bersifat fisiologis bukan patologis .

Menurut (Walayani, 2017) tanda gejala kehamilan yaitu :

- a. Tanda tidak pasti (*Probable Signs*)
 1. Amenorhea atau tidak mendapatkan haid,seorang wanita mampu hamil apabila sudah kawin dan mengeluh terlambat haid maka dipastikan bahwa dia hamil. Dapat juga digunakan untuk memperkirakan usia dan tafsiran persalinan
 2. Mual dan muntah juga merupakan gejala umum, mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan, sering juga disebut *morning sickness* karena munculnya dipagi hari.
 3. Mastodinia adalah rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan payudara membesar karena pengaruh *estrogen* dan *progesterone*.
- b. Tanda kemungkinan hamil menurut (Walayani, 2017) mempunyai ciri yaitu

1. Pembesaran perut, Terjadi akibat pembesaran uterus hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.
2. Tanda *Hegar*, Pelunakan dan dapat ditekannya isthismus uteri.
3. Tanda *Goodel*, pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil seperti ujung hidung, sedangkan wanita hamil melunak seperti bibir.
4. Tanda *Chadwick*, Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.
5. Tanda *piscaseek*, uterus membesar secara tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkenang lebih dulu.

c. Tanda Pasti (Positif)

Pada ibu yang diyakini dalam kondisi hamil dapat melakukan pemeriksaan dengan *Ultrasonografi* (USG) akan terlihat gambaran janin. USG memungkinkan untuk mendeteksi jantung janin. Pada minggu ke-5 sampai ke-7 pergerakan jantung biasanya terlihat pada 42 hari setelah konsepsi dan minggu ke-8 dapat diketahui panjang, kepala dan bokong. Usia 20 minggu terlihat adanya gambaran kerangka janin dan terdengarnya denyut jantung janin (Rukiyah dkk, 2016).

Prinsip terjadinya kehamilan :

1. Pembuahan/fertilisasi : Bertemuanya sel telur/ovum wanita dengan sel benih/spermatozoa pria.
2. Pembelahan sel (zigot) : Hasil pembuahan tersebut.
3. Nidasi/implantasi *zigot* tersebut pada dinding saluran reproduksi (Pada keadaan normal : Implantasi pada lapisan endometrium dinding kavum uterus).
4. Pertumbuhan dan perkembangan *zigot-embryo-janin* menjadi bakal individu baru.

1. Perubahan Psikologis pada masa Kehamilan

Selama kehamilan banyak sekali ibu mengalami perubahan psikologis dan emosional. Emosional ibu dipengaruhi oleh peningkatan produksi hormone Progesteron dan esteroen dan perubahan hormone dipengaruhi tingkat neurotransmitter yaitu bahan kimia otak yang fungsinya untuk mengatur emosi. Reaksi yang ditunjukkan ibu pada kehamilan dapat berlebihan dan mudah berubah-ubah. Ibu hamil sangat sensitive dan cenderung labil. (Rukiah 2014)

Perubahan yang terdapat pada ibu hamil antara lain :

- a. Trimester Pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Sebagian besar wanita merasa sedih dan ambivalen tentang kenyataan bahwa ia hamil. Penerimaan kenyataan ini dan arti semua ini bagi dirinya merupakan tugas psikologis yang paling penting pada trimester pertama kehamilan. Dalam situasi ini, ibu merasa kebingungan tentang kehamilannya, mencari tahu tanda-tanda pasti hamil untuk meyakinkan bahwa dirinya benar hamil. Hasrat seksual pada trimester pertama sangat bervariasi antara wanita yang satu dan yang lainnya. Secara umum, pada trimester pertama merupakan waktu terjadinya penurunan libido dan hal ini merupakan komunikasi yang jujur dan terbuka terhadap pasangannya. Libido secara umum sangat dipengaruhi oleh keletihan, nausea, depresi, payudara yang membesar dan nyeri, kecemasan, kekhawatiran, dan masalah-masalah lain yang merupakan normal pada trimester pertama. (Ai yeyeh rukiah 2016).

b. Trimester kedua

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Namun, trimester kedua juga merupakan fase ketika wanita menelusuri kedalam dan paling banyak mengalami kemunduran. Trimester kedua sebenarnya terbagi atas dua fase: pra quickening dan pasca quickening. Quickening menunjukkan kenyataan adanya kehidupan yang terpisah, yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester kedua, yakni mengembangkan identitas sebagai ibu bagi dirinya sendiri, yang berbeda dari ibunya (Ai yeyeh rukiah 2016).

Trimester ketiga

Pada trimester III menyatakan perubahan psikologis ibu hamil berkaitan dengan bayangan resiko kehamilan dan proses persalinan, sehingga wanita hamil sangat emosional dalam upaya mempersiapkan atau mewaspadai segala sesuatu yang mungkin akan dihadapinya. Pada usia kehamilan 39-40 minggu, ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya yang akan timbul pada waktu melahirka dan merasa khawatir akan keselamatannya. Trimester ketiga sering kali disebut periode penantian dan waspada, sebab pada saat itu ibu mungkin tidak sabar menunggu kelahiran bayinya (Susanto, 2016).

2. Perubahan fisiologis pada kehamilan antara lain.

a. Rahim atau Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta dan amnion) sampai persalinan. Dan pada bulan pertama uterus akan membesar akibat adanya peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru (hyperplasia) dan pembesaran serabut otot dan

fibrolastis yang sudah ada(hipertopi)dan perkembangan endometrium menjadi desidua .Pada usia kehamilan 32 minggu ukuran TFU (Tinggi Fundus Uteri) adalah 29,5-30 cm diatas simfisis dan ketika usia kehamilan sudah aterem dan janin dalam keadaan normal pada kehamilan 40 minggu TFU turun kembali dan terletak 3 jari dibawah prosesus xyfoideus.

b. Servik

Satu bulan setelah konsepsi servik akan menjadi lebih lunak dan kebiruan .Servik bersifat seperti katup yang bertanggungjawab menjaga janin di dalam uterus sampaiahir kehamilan dan selama prsalinan .Tanda hegarnya adalah perlunakan ismus yang memanjang.

c. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan sel folikel baru juga akan tertunda.Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium ,Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang minimal .

d. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan askularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva ,sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos .

e. Payudara

Sejak kehamilan usia 12 minggu ,dari putting susu dapat keluar cairan berwarna .Putih agak jernih yang disebut kolostrum yang berasal dari sel asinus dan mulai bersekresi .Selama trisemester dua dan tiga .

3. Tanda bahaya kehamilan Trimester I, II dan III

a. Trimester pertama

Pada kehamilan ini, ibu hamil sering mengalami hiperemesis gravidarum, hal ini disebabkan karena mual muntah yang berlebihan dengan gejala yang lebih parah dari pada *morning sickness*.Selain itu ibu hamil juga mengalami perdarahan pervaginam yang dapat menyebabkan abortus, molahidatidosa dan Kehamilan Ektopik Terganggu (KET).Tak jarang pada trimester ini ibu hamil juga mengalami anemia yang disebabkan oleh pola makan ibu hamil yang terganggu akibat mual muntah dan kurangnya asupan zat besi yang dikonsumsi oleh ibu.

b. Trimester kedua

Pada trimester II, jika pada trimester I tidak di perbaiki pola makannya maka akan terjadi anemia berat, hal ini terjadi akibat volume plasma yang lebih tinggi dari pada volume

trosit, sehingga menimbulkan efek kadar HB rendah. Ini sering disebut dengan Hemodelusi. Apabila hal ini dialami oleh ibu hamil dapat menyebabkan persalinan prematur, perdarahan antepartum, dan gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, BBLR dan bahkan bisa mengakibatkan kematian. Selain itu pada trimester ini juga terjadi kelahiran immaturus dan preeklampsi dimana kelahiran immaturus ini disebabkan karena ketidaksiapan endometrium untuk menerima implantasi hasil konsepsi, dan preeklampsi terjadi karena adanya gangguan pada pertumbuhan dan perkembangan plasenta sehingga mengganggu aliran darah ke bayi maupun ibu.

c. Timester ketiga

Pada trimester III, preeklampsi dipengaruhi oleh paritas dengan wanita yang tidak pernah melahirkan (nulipara), riwayat hipertensi kronis, usia ibu >35 tahun dan berat badan ibu berlebihan. Selain itu tak jarang jika ibu hamil mengalami perdarahan seperti solusio plasenta dan plasenta previa, dimana solusio plasenta itu ditandai dengan adanya rasa sakit dan keluar darah kecoklatan dari jalan lahir sedangkan plasenta previa ditandai dengan tidak adanya rasa sakit dan keluar darah segar dari kemaluannya. Hal ini juga mengakibatkan kelahiran prematur dan KDJK yang disebabkan oleh ketidakcocokan kromosom dan golongan darah ibu dan janin, infeksi pada ibu hamil, kelainan bawaan bayi dan kehamilan lewat waktu lebih dari 14 hari.

Tanda bahaya kehamilan pada trimester III (kehamilan lanjut) menurut (Romauli, 2017) yaitu:

A. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri.

B. Plasenta Previa

Plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan, dinding belakang rahim atau di daerah fundus uteri. Gejala-gejala yang ditunjukkan seperti:

Gejala yang terpenting adalah perdarahan tanpa nyeri, bias terjadi secara tiba-tiba dan kapan aja.

Bagian terendah anak sangat tinggi karena plasenta terletak pada bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak dapat mendekati pintu atas panggul.

Pada plasenta previa, ukuran panjang rahim berkurang maka pada plasenta previa lebih sering disertai kelainan letak.

C. Solusio Plasenta (Abruptio Plasenta)

Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta sebelum waktunya. Secara normal plasenta terlepas setelah anak lahir. Tanda dan gejalanya :

Darah dari tempat pelepasan ke luar dari serviks dan terjadilah perdarahan keluar atau perdarahan tampak.

Kadang-kadang darah tidak keluar, terkumpul di belakang plasenta (perdarahan tersembunyi/perdarahan kedalam).

Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih khas (rahim keras seperti papan) karena seluruh perdarahan tertahan di dalam. Umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.

1. Perdarahan disertai nyeri, juga di luar his karena isi rahim.
2. Nyeri *abdomen* pada saat dipegang.
3. Palpasi sulit dilakukan.
4. *Fundus uteri* makin lama makin naik.
5. Bunyi jantung biasanya tidak ada.

D. Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia.

E. Penglihatan Kabur

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Tanda dan gejalanya adalah :

1. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur dan berbayang.

Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan preeklamsia.

2. Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

F. Keluar Cairan Pervaginam

1. Keluarnya cairan berupa air- air dari vagina pada trimester 3.
2. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.
3. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm.
4. Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala.

G. Gerakan Janin Tidak Terasa

1. Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3.
2. Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.
4. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah.
5. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

H. Nyeri Abdomen yang Hebat

Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.

4. Kebutuhan fisik ibu hamil trimester III

Menurut Walyani, (2015) kebutuhan fisik ibu hamil pada trimester III adalah sebagai berikut:

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen yang paling utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan biasa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu, untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu latihan nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau hentikan merokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi, walaupun bukan berarti makanan yang mahal. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan, ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan cukup cairan (menu seimbang).

c. Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kilo kalori (kkal) dengan penambahan berat badan sekitar 12,5kg. Rata-rata ibu hamil memerlukan tambahan 300 kkal/hari dari keadaan normal (tidak hamil). Penambahan kalori

diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir untuk pertumbuhan jaringan janin dan plasenta dan menambah volume darah serta cairan amnion (ketuban). Selain itu, kalori juga berguna sebagai cadangan ibu untuk keperluan melahirkan dan menyusui.

d. Personal Hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan *infeksi*, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman.

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

e. Eliminasi (BAB dan BAK)

Trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (pintu atas panggul), BAB sering *obstipasi* (sembelit) karena *hormon progesteron* meningkat.

f. Pakaian

Menurut Romauli, 2014 beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil yaitu:

1. Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
2. Bahan pakaian usahakan mudah menyerap keringat
3. Pakailah bra yang menyokong payudara
4. Memakai sepatu dengan hak yang rendah
5. Pakaian dalam yang selalu bersih.

g. Seksual

Minat menurun lagi libido dapat turun kembali ketika kehamilan memasuki trimester ketiga. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegel dipunggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali rasa mual, itulah beberapa penyebab menurunnya minat seksual. Tapi jika termasuk yang tidak mengalami penurunan libido di trimester ketiga, itu adalah hal yang normal, apalagi jika termasuk yang menikmati masa kehamilan.

h. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan / aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan

secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan(Romauli,2017).

i. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khusus nya seiring kemajuankehamilannya.Jadwal istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rilaks pada siang hari 1 jam.

j. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin.Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval mininal dari dosis ke-2) maka status T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke 4).

5. Kebutuhan psikologis ibu hamil Trimester III

a. Support keluarga

- 1) Keluarga ikut mendukung dan pengertian dengan mengurangi beban kerja ibu, mewaspadai tanda persalinan.
- 2) Ikat serta merundingkan persiapan persalinan.
- 3) Suami dan pasangan perlu menyiapkan kenyataan dan peran menjadi orang tua.
- 4) Suami harus dapat mengatakan “saya tahu peran saya selama proses kelahiran dan saya akan menjadi orang tua”. (Walyani, 2015)

b. Support dari tenaga kesehatan

Bidan berperan penting dalam kehamilan, beberapa support bidan pada hamil trimester III yaitu:

- 1) Menginformasikan tentang hasil pemeriksaan.
- 2) Meyakinkan bahwa ibu akan menjalani kehamilan dengan baik.
- 3) Meyakinkan ibu bahwa bidan selalu siap membantu.
- 4) Meyakinkan ibu bahwa dapat melewati persalinan dengan baik. (Walyani,2015)

c. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil biasanya ialah ayah sang anak. Semakin banyak bukti menunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangan prianya selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit komplikasi persalinan, dan

lebih mudah melakukan penyesuaian selama masa nifas. Adanya kebutuhan utama yang menerima tanda tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua ialah merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut kedalam keluarga.

2.1.2 Asuhan Kebidanan Dalam Kehamilan

a. Asuhan Kehamilan

Asuhan *antenatal care* adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Walyani, 2015).

Menurut Kemenkes RI buku saku pelayanan kesehatan ibu dan anak (2017) untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga sebagai berikut.

Tabel 2.1

Kunjungan Pemeriksaan Antenatal

Trimester	Jumlah Kunjungan minimal	Waktu kunjungan yang dianjurkan
I	1 x	Sebelum minggu ke 16
II	1 x	Antara minggu ke 24-28
III	2 x	Antara minggu ke 30-32
		Antara minggu ke 36-38

Sumber: Kemenkes RI, 2014. Jakarta, halaman 22.

1) Pelayanan Asuhan Antenatal Care

Menurut midwifery update dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar (10T) terdiri dari :

- Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang

dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Perhitungan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh (Sri Widatiningsih, 2017).

Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan :

- a. 4 kg pada kehamilan trimester I
- b. 0,5 kg/minggu pada kehamilan trimester II dan trimester III
- c. Totalnya sekitar 15-16 kg

$$\text{IMT} = \text{BB} / (\text{TB})^2$$

Dimana : IMT = Indeks Massa Tubuh

BB = Berat Badan (kg)

TB = Tinggi Badan (m)

Tabel 2.2

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,2015. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

b. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah > 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).

c. Nilai status Gizi (Ukur lingkar lengan atas/ LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK. Kurang energi kronis disisni maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

d. Ukur Tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk medeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukuran setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 2.3
Tinggi Fundus Uteri (TFU)

NO	Umur Kehamilan dalam (minggu)	Tinggi Fundus Uteri(cm)
1.	12 minggu	3 jari di atas simfisis
2.	16 minggu	Pertengahan pusat – simfisis
3.	20 minggu	3 jari di bawah pusat
4.	24 minggu	Setinggi pusat
5.	28 minggu	3 jari diatas pusat
6.	32 minggu	Pertengahan pusat-px
7.	36 minggu	3 jari dibawah px
8.	40 minggu	Pertengahan pusat-px

e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Skrining Status Imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi

tetanus.Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT *long life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Tabel 2.4

Imunisasi TT

Imunisasi	selang waktu	perlindungan
TT1	pada kunjungan antenatal pertama	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun (seumur hidup)

Sumber: Walyani,2015. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

g. Beri Tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

h. Periksa Laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus.Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, protein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, IMS, HIV, dan lain-lain). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi :

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya

karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

- a. Hb normal : 11-12 gr%
 - b. Anemia ringan : 9-10 gr%
 - c. Anemia sedang : 7-8 gr%
 - d. Anemia berat : <7 gr%
- c. Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya protein urin pada ibu hamil. Protein uria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil. Standar kadar kekeruhan protein dalam urine adalah :

- a. Negatif : urine jernih
 - b. Positif 1 (+) : ada kekeruhan
 - c. Positif 2 (++) : kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan
 - d. Positif 3 (+++) : urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas
 - e. Positif 4 (++++) : urine sangat keruh dan disertai endapan yang mengumpal.
- d. Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester ketiga.

- e. Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi

- f. Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

- g. Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan *antenatal* atau menjelang persalinan. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan

diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan *antenatal* atau menjelang persalinan.

Teknik penawaran lainnya disebut *Provider Initiated Testing and Cancelling (PITC)* atau Tes HIV atau Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling (TIPK).

h. Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

i. Temu wicara (konseling dan pemecahan masalah)

j. Tatalaksana kasus/ rujukan

Berdasarkan hasil pemeriksaan *antenatal* diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

❖ Pemeriksaan Palpasi

a. Leopold I

Untuk mengetahui TFU dan bagian yang beada pada bagian fundus dan mengukur TFU dari simfisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan (jika >12 minggu) atau cara Mc.Donald dengan pita ukuran (Jika >22 minggu)

b. Leopold II

Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang, dan bagian janin yang teraba disebelah kiri atau kanan

c. Leopold III

Untuk menentukan bagian janin yang ada di bawah (presentasi).

b. Leopold IV

Untuk menentukan apakah bagian janin sudah masuk panggul atau belum.

Pemeriksaan kehamilan sangat diperlukan untuk memantau keadaan ibu dan janinnya. (Walyani,2016)

1. Kehamilan trimester I (<14 minggu) satu kali kunjungan.
2. Kehamilan trimester II (14-28 minggu) satu kali kunjungan.
3. Kehamilan trimester III (28-36 minggu) dua kali kunjungan.

Pemeriksaan Ulang:

1. Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan.
2. Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan.
3. Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

1.2 Persalinan

1.2.1 .Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu dan janin(Sujiatini,2017).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Johariyah,2017).

B. Fisiologi Persalinan

a. Tahapan Persalinan

Menurut Rohanni,dkk(2017) perubahan fisiologi pada persalinan adalah sebagai berikut:

1. Kala I : Kala Pembukaan

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap(10 cm). dalam kala I pembukaan dibagi menjadi 2 fase :

a. Fase laten

Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipian dan pembukaan serta bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.

b. Fase aktif

Fase yang dimulai dari pembukaan serviks 4 cm sampai pembukaan serviks 10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase :

1. Fase akselerasi : fase ini berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
2. Fase dilatasi maksimal : fase ini berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
3. Fase deselerasi : fase ini berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cmatau lengkap.

2. Kala II : Kala Pengeluaran Janin

Pada kala II, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali.Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum merenggang. Lama kalaII pada primigravida adalah dari 1,5 jam sampai dengan 2

jam, sedangkan pada multigravid adalah 0,5 jam sampai dengan 1 jam (Johariyah, 2017).

A. Gejala dan tanda kala II persalinan :

1. His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit, dengandurasi 50 sampai 100 detik.
 2. Menjelang akhir kala II ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan yang secara mendadak.
 3. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 4. Ibu merasakan adanya peningkatan tekana pada rectum atau vagina.
 5. Perineum menonjol.
 6. Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.
 7. Tanda pasti kala II: pembukaan servikstelah lengkap atau terlihatnya bagian terendah janin di introitus vagina.
- 3. Kala III : Kala pengeluaran plasenta**

Kala III adalah waku pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta).Biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4. Kala IV: Tahap pengawasan

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan.Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih 2 jam.

b. Perubahan Fisiologis dalam Persalinan

1. PerubahanFisiologis pada Persalinan kala I

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

a. Sistem *reproduksi*

Pada kala I persalinan terjadi berbagai perubahan pada sistem *reproduksi* wanita yaitu *segmen* atas rahim (SAR) memegang peranan yang aktif karena *kontraksi* dan dindingnya bertambah tebal seiring majunya persalinan, sebaliknya *segmen* bawah rahim (SBR) memegang peranan pasif, akan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregang, *kontraksi uterus* bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan *servik* serta pengeluaran bayi dalam persalinan.

b. Sistem *Kardiovaskular*

Tekanan darah meningkat selama *kontraksi uterus*, *sistol* meningkat 10-20 mmHg dan *diastol* meningkat 5-10 mmHg.Antara *kontraksi*, tekanan darah

kembali normal seperti sebelum persalinan. Perubahan posisi ibu dari telentang menjadi miring dapat mengurangi peningkatan tekanan darah, peningkatan darah ini juga dapat disebabkan oleh rasa takut. *Hemoglobin* meningkat 1,2 mg/100 ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama *postpartum*, asalkan tidak ada kehilangan darah yang *abnormal*.

c. Sistem Pencernaan

Selama persalinan, *metabolisme* karbohidrat *aerob* maupun *anaerobakan* meningkat secara terus menerus. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh kecemasan dan kegiatan otot tubuh. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan. Persalinan memengaruhi sistem saluran cerna wanita.

d. Suhu Tubuh

Suhu tubuh selama persalinan akan meningkat, hal ini terjadi karena peningkatan *metabolisme*. Namun, peningkatan suhu tubuh tidak boleh melebihi 0,5-1°C).

e. Sistem Pernapasan

Peningkatan laju pernapasan selama persalinan adalah normal, hal ini mencerminkan adanya *metabolisme*. *Hiperventilasi* yang terjadi dalam waktu yang lama menunjukkan kondisi tidak normal dan bisa menyebabkan *alkalosis*.

f. Sistem Perkemihan

Proteinuria +1 dapat dikatakan normal dan hasil ini merupakan respon rusaknya jaringan otot akibat kerja fisik selama persalinan. Poliuria sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan curah jantung, peningkatan filtrasi dalam glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

g. Perubahan Endokrin

Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan di mana terjadi penurunan kadar progesteron dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin, dan oksitosin.

h. Perubahan Integumen

Adaptasi sistem integumen khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka. Derajat distensibilitas bervariasi pada ibu yang melahirkan. Walaupun tanpa episiotomi atau laserasi, robekan kecil sekitar introitus vagina mungkin terjadi.

i. Perubahan Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal mengalami stress selama persalinan. Nyeri punggung dan nyeri sendi (tidak berkaitan dengan posisi janin) terjadi sebagai akibat semakin renggangnya sendi pada masa aterm. Proses persalinan itu sendiri dan gerakan meluruskan jari-jari kaki dapat menimbulkan kram tungkai.

1. Perubahan *Fisiologis* pada Persalinan Kala II

Menurut (Sujiyatini,2017) perubahan fisiologis pada persalinan kala II :

1. His menjadi lebih kuat dan lebih sering
2. Timbul tenaga untuk meneran
3. Perubahan dalam dasar panggul

2 . Perubahan *Fisiologis* pada Persalinan Kala III

1) Mekanisme pelepasan plasenta

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal : perubahan bentuk dan tinggi fundus, dimana setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta ter dorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan); tali pusat memanjang, dimana tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld); semburan darah tiba-tiba, dimana darah terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembruh keluar dari tepi plasenta yang keluar

2) Tanda-tanda pelepasan plasenta

Tanda-tanda pelepasan plasenta ,yaitu:

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus uteri biasanya turun hingga dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta ter dorong ke bawah, uterus menjadi bulat, dan fundus berada diatas pusat.

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat keluar memanjang, terjulur melalui vulva dan vagina.

c) Semburan darah tiba-tiba

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu gaya gravitasi. Semburan darah yang tiba-tiba menandakan bahwa darah yang terkumpul antara tempat melekatnya plasenta dan permukaan maternal plasenta, keluar melalui tepi plasenta yang terlepas.

2. Perubahan fisiologis pada Kala IV

Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (dua jam postpartum).

c. Perubahan Psikologis pada Persalinan

1. Perubahan Psikologis pada Persalinan Kala I (Rohani dkk, 2016)

- Seorang wanita dalam proses kelahiran bayinya merasa tidak sabar mengikuti irama nalariah dan mau mengatur dirinya sendiri, biasanya mereka menolak nasihat-nasihat dari luar. Sikap yang berlebihan ini pada hakekatnya merupakan ekspresi dari mekanisme melawan ketakutan.
- Pada multigravida, sering terjadi kekhawatiran atau cemas terhadap anak-anaknya yang tinggal di rumah, dalam hal ini bidan bisa berbuat banyak untuk menghilangkan kecemasan ibu.

2. Perubahan Psikologis pada Persalinan Kala II

Pada kala II, his terkoordinasi kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorismenimbulkan rasa ingin meneran. Karena tekanan rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka (Rohani, dkk, 2016).

3. Perubahan Psikologis pada Persalinan Kala III

Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya. Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah. Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit. Menaruh perhatian terhadap plasenta (Rohani, dkk, 2016).

4. Perubahan Psikologis pada Persalinan kala IV

Perasaan lelah, karena segenap energi psikis dan kemampuan jasmaninya dikonsentrasi pada aktivitas melahirkan. Dirasakan emosi-emosi kebahagiaan dan kenikmatan karena terlepas dari ketakutan, kecemasan dan kesakitan. Timbul reaksi-

reaksi afeksional yang pertama terhadap bayinya: rasa bangga sebagai wanita, istri dan ibu. Terharu, bersyukur pada Maha Kuasa dan sebagainya (Rohani dkk, 2016).

d. Kebutuhan Dasar Ibu bersalin

Menurut (Rohani, dkk, 2016)), kebutuhan wanita bersalin terdiri atas:

1. Asuhan tubuh dan fisik

a. Menjaga kebersihan diri

Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/ BAB dan menjaganya agar tetap bersih dan kering. Hal ini dapat menimbulkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi,karena dengan adanya kombinasi antara bloody shiw, keringat, cairan amnion, laruta untuk pemeriksaan vagina, dan juga feses dapat membuat ibu bersalin merasa nyaman.

b. Perawatan mulut

Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya napasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam cairan oral dan tanpa perawatan mulut.

c. Pengipasan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat, bahkan pada ruang persalinan dengan kontrol suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada beberapa waktu tertentu. Oleh karena itu, gunakan kipas atau bisa juga dengan kertas atau lap yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas.

e. Sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Indrayani, M.Keb; 2016) Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

1. Penurunan kadar Progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya esterogen meninggiksn kerentangan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan esterogen di dalam darah,tetapi pada akhir kehamilan kadar pogesterone menurun sehingga timbul HIS.

1. Teori Oxytocin

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah,oleh karena itu timbul kontaksi otot-otot rahim.

2. Keregangan otot-otot

Seperi halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontaksi untuk mengeluarkan isinya

3. Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena pada *anencephalus* kehamilan sering lebih lama dari biasa.

4. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin kadar F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, *intra* dan *extraminal* menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

5. Teori Hipotalamus-Pituitara-Glandula Suprenalis

Ditunjukkan pada kasus kelambatan persalinan, yang terjadi karena tidak terbentuk hipotalamus yang dapat menyebabkan aturitas janin dan mulainya persalinan.

f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Persalinan dapat berjalan normal (*eutochia*) apabila ketiga faktor fisik 3P yaitu *power*, *passage* dan *passanger* dapat bekerja sama dengan baik. Selain itu terdapat 2P yang merupakan faktor lain yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi jalannya persalinan, terdiri atas *psikologi* dan penolong. Dengan mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi persalinan, maka jika terjadi penyimpangan atau kelainan yang dapat memengaruhi jalannya persalinan, kita dapat memutuskan *intervensi* persalinan persalinan untuk mencapai kelahiran bayi yang baik dan ibu yang sehat, persalinan yang memerlukan bantuan dari luar karena terjadi penyimpangan 3P disebut persalinan *distosia*.

Menurut Fitriana (2018), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Power (kekuatan/tenaga)

- a. His (kontraksi uterus) adalah kontraksi oto-otot polos rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi Rahim yang disebut his yang dibedakan menjadi his pendahuluan atau his palsu dan his persalinan. His pendahuluan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan tidak berpengaruh terhadap pembukaan serviks, sedangkan his persalinan merupakan kontraksi yang menyebabkan pembukaan serviks, terdiri dari his pembukaan (kala I), his pengeluaran (kala II), his pelepasan urin (kala III), dan his pengiring (kala IV).
- b. Kekuatan mengejan, setelah serviks terbuka lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan

oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal. Saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu refleks yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan diafragma kebawah. Tenaga mengejan ini dapat berhasil kalau dilakukan sewaktu kontraksi uterus.

1. *Passage* (Jalan Lahir)

Faktor jalan lahir meliputi jalan lahir keras (rangka panggul) serta jalan lahir lunak (otot-otot dasar panggul). Bila ada kesempitan ukuran panggul maupun kelainan bentuk panggul, maka bayi tidak dapat lahir secara normal melalui jalan lahir dan harus dilakukan operasi Caesar.

2. Passanger

Faktor yang berpengaruh terhadap persalinan selain faktor janin, meliputi sikap janin, letak janin, persentasi janin, bagian terbawah janin, serta posisi janin, juga ada plasenta dan air ketuban.

3. Psikis Ibu

Faktor psikis ibu berperan dalam lancarnya suatu proses persalinan. Ibu yang dalam kondisi stress, otot-otot tubuhnya termasuk otot rahim mengalami spasme yang dapat meningkatkan rasa nyeri persalinan sehingga menghambat proses persalinan (menjadi lama atau macet).

4. Penolong Persalinan

Faktor penolong persalinan memegang peranan yang sangat penting, oleh karena keberhasilan persalinan yang menghasilkan ibu dan bayi yang sehat dan selamat ditentukan oleh penolong yang terampil dan kompeten

1.2.2. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Normal

1) Asuhan Persalinan Pada Kala I

Menurut Rukiah, 2014 langkah-langkah asuhan kala I :

1. Anamnesis antara lain identifikasi klien, gravida, para, abortus, anak hidup, Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tentukan taksiran persalinan, riwayat penyakit (sebelum dan selama kehamilan) termasuk alergi, riwayat persalinan.
2. Pemeriksaan abdomen mengukur tinggi fundus uteri, menentukan presentasi dan letak, menentukan penurunan bagian terbawah janin, memantau denyut jantung janin, menilai kontraksi uterus.

3. Periksa dalam antara lain tentukan konsistensi dan pendataran serviks (termasuk kondisi jalan lahir), mengukur besarnya pembukaan, menilai selaput ketuban, menentukan presentasi dan seberapa jauh bagian terbawah telah melalui jalan lahir, menentukan denominator.

4. Asuhan Persalinan pada Kala II, Kala III dan Kala IV

Asuhan persalinan pada kala II, kala III dan kala IV tergabung dalam 60 langkah APN.

2) Asuhan Persalinan pada Kala II, Kala III dan Kala IV

Asuhan persalinan pada kala II, kala III dan kala IV tergabung dalam 60 langkah APN (Asuhan persalinan normal,2016).

60 langkah asuhan persalinan normal (ASUHAN PERSALINAN NORMAL,2016).

❖ Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

1. MENGENALI GEJALA DAN TANDA BAHAYA KALA DUA

Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran

- a. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
- b. Perineum tampak menonjol.
- c. Vulva-vagina dan sfinger ani membuka.

I. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam tabung partus set.
3. Mengenakan baju penutup dan celemek plastic yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang di pakai di bawah siku, memncuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan menerangkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik). partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

II. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum tau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan terkontaminasi, langkah 9).
8. lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap dan lakukan anatomi.
9. Mendokumentasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% dalam 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti diatas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100–180 kali/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil – hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil – hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partografi

III. MENYIAPKAN IBU & KELUARGA

11. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Dan sebentar lagi ibu akan melahirkan
12. Meminta bantuan keluarga memberikan asupan makanan dan minuman agar ibu bertenaga
13. Mengajurkan keluarga untuk memberikan dukungan kepada ibu
14. Memberitahu ibu jika merasakan kontraksi maka ibu cukup menarik nafas panjang dan jangan dikedarkan

IV. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI

15. jika kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu,
16. letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka tutup partus set

18. Pakai handschon dan pimpin ibu untuk meneran dengan cara menyuruh ibu menarik nafas panjang dengan tumpuan pada bokong ibu mengedan lalu dibatukkan.

V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI

Lahirnya Kepala

19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
20. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih. (Langkah ini tidak harus dilakukan)
21. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di duatempat dan memotongnya.
22. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

Lahir Bahu

23. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan nahu posterior.
24. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

25. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

VI. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

26. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu – bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/i.m.
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Melakukan urutan tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dan gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menututpi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

VII. PENATALAKSANAAN AKTIF PERSALINAN KALA III

OKSITOSIN

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit I.M.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika pla senta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- a. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kuva jalan lahir sambil memeruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 detik :
 1. Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
 2. Menilai kandung kemih dan dilakukan katerisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 3. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 4. Mengulangin penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 5. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38 Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memgang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (Masase) Uterus

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

VIII . MENILAI PERDARAHAN

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

a. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan massase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami pendarahan aktif.

IV . MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik, mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.

43. biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke di dada ibu paling sedikit 1 jam

a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

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

44. setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi,beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan Vit K 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral

45. setelah satu jam pemberian Vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

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

Evaluasi

46. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :

a. 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.

b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.

c. Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pascapersalinan.

d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

47. Mengajarkan pada ibu / keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
48. Mengevaluasi kehilangan darah,
49. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
 - a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan Keamanan

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peratalan setelah dekontaminasi
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi 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. Mengajurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan sengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60. Melengkapi partografi

Partografi adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Menurut buku

Asuhan Persalinan (2016) Tujuan utama dari penggunaan partografi adalah untuk:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam. Mendeteksi apakah persalinan berjalan secara

normal atau tidak. Dengan demikian dapat dilakukan deteksi dini kemungkinan terjadi ketidaknormalan atau bahaya dalam persalinan dan dapat dengan tepat memberikan tindakan atau merujuk ketingkat pelayanan yang lebih tinggi.

Menurut Asuhan Persalinan Normal (2016), partografi dimulai pada pembukaan 4 cm .

Kemudian, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut.

- a) Denyut Jantung Janin setiap 30 menit
- b) Air ketuban

U : Selaput ketuban Utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban pecah dan air ketuban bercampur Mekonium

D : Selaput ketuban pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban pecah dan air ketuban kering

- c) Perubahan bentuk kepala janin (molase)

0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipisahkan

1 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih, tapi dapat dipisahkan

2 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

3. tulang-tulang kepala janin tumpah tindih dan tidak dapat dipisahkan

- d) Pembukaan serviks : Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam dan bila ada tanda-tanda penyulit dilakukan lebih sering

- e) Penurunan kepala bayi, menggunakan sistem perlamaan, catat dengan tanda lingkaran “O”. Pada posisi 0/5, sinsiput (S), atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.

- f) Waktu : menyatakan beberapa lama penanganan sejak pasien diterima

- g) Jam : catat jam sesungguhnya

- h) Kontraksi : lakukan palpasi untuk hitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit, dan lamanya. lama

- i) Oksitosin : catat jumlah oksitosin per volume infus serta jumlah tetes permenit.

- j) Obat yang diberikan

- k) Nadi : dihitung setiap 30 menit dan ditandai dengan titik besar.

- l) Tekanan darah : nilai dan catat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan, dan ditandai dengan anak panah. Suhu tubuh

- m) Protein, aseton, volum urin, catat setiap ibu berkemih. Jika ada temuan yang melintas kearah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus segera melakukan tindakan atau mempersiapkan rujukan yang tepat.

2.3. Nifas

2.3.1 .Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah kelahiran plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal .Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu(42 hari)setelah itu .Dalam bahasa latin puerperium yaitu dari kata puer yang artinya bayi dan parous melahirkan ,jadi puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi . Masa puerperium adalah masa pulih kembali ,mulai dari persalinan selesai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil.(Nanny 2016)

Varney,H (2014) Mengatakan bahwa periode pasca-persalinan (postpartum) adalah masa waktu antara kelahiran plasenta dan membran yang menandai berakhirnya pperiode intra partum sampai waktu menuju kembalinya system reproduksi wanita tersebut ke kondisi tidak hamil .

B. Fisiologi Masa Nifas

1. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormone HCG (*human choronic gonadotropin*), *human plasental lactogen*, estrogen dan progesteron menurun. *Human plasental lactogen* akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase folikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil, sekalipun pada wanita.

Perubahan-perubahan yang terjadi, yaitu (Walyani dkk, 2015):

1) Sistem kardiovaskular

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

2) Sistem haematologi

- a. Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah.
- b. Leukosit meningkat, dapat mencapai $15000/\text{mm}^3$ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari *post partum*. Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara $20000-25000/\text{mm}^3$, neurotropil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, dengan konsekuensi akan berubah.
- c. Faktor pembekuan, yakni suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi ini, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.
- d. Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh).
- e. Varises pada kaki dan sekitar anus (haemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

3) Sistem reproduksi

a. Uterus

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

- 1) Bayi lahir tinggi fundus uteri setengah pusat dengan berat uterus 1000 gram.
- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari dibawah pusat dengan berat uterus 750 gram.
- 3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gram.
- 4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simfisis dengan berat uterus 350 gram
- 5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram.

b. Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea:

- 1) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban. Sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari *post partum*.
- 2) Lochea sanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 *post partum*.
- 3) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari 7-14 *post partum*.
- 4) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu
- 5) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- 6) Locheastasis: lochea tidak lancar keluarnya

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Segara setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postnatal* hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

f. Payudara

Perubahan pada payudara meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan

- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan
 - c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi
- 4) Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

- 5) Sistem gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang.

- 6) Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesteron turun pada hari ke 3 *post partum*. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

- 7) Sistem muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

- 8) Sistem integumen

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.

Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

2. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifasyaitu (Walyani,2015) :

1) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan.Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinannya yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri.Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya.

Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.Ibu hanya ingin didengarkan dan diperhatikan.Kehadiran suami atau keluarga sangat diperlukan pada fase ini.

2) Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah.Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

3) Fase *letting go*

Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya.Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

3. Kebutuhan Dasar Masa Nifas (walyani 2017)

1. Nutrisi dan cairan

Kebutuhan kalori pada masa menyusui bertambah sekitar400-500 kalori tiap hari.Pada wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Makan dengan diet serimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari atau sebanyak 8 gelas per hari, (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui), pil zat besi harus diminum untuk menambah zat

gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya

2. Ambulasi

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai.. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap.Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu, kemudian duduk dan berangsur-angsur untuk berdiri dan jalan (Walyani, 2017).

3. Eliminasi

Rasa nyeri kadang mengakibatkan ibu nifas enggan untuk berkemih (miksi), tetapi harus diusahakan untuk tetap berkemih secara teratur.Hal ini dikarenakan kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi uterus yang dapat menyebabkan perdarahan uterus.Buang Air Kecil (BAK) sebaiknya dilakukan secara spontan/mandiri.BAK yang normal pada masa nifas adalah BAK spontan setiap 3-4 jam.BAB normal sekitar 3-4 hari masa nifas.Setelah melahirkan, ibu nifas sering mengeluh mengalami kesulitan untuk Buang Air Besar (BAB), yang disebabkan pengosongan usus besar sebelum melahirkan serta faktor individual misalnya nyeri pada luka perineum ataupun perasaan takut jika BAB menimbulkan robekan pada jahitan perineum.(Walyani, dkk, 2017).

4. Personal hygiene

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan yang nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Ibu tetap harus bersih, segar dan wangi. Merawat perineum dengan baik dengan menggunakan antiseptic dan selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan ke belakang (Walyani,2015).

5. Kebutuhan istirahat dan tidur

ibu nifas membutuhkan istirahat yang cukup,istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan (Walyani,2017).

2.3.2 Asuhan Kebidanan Dalam Masa Nifas

a. Asuhan 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 asuhan yang adekuat dan terstandar 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 komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas, menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Walyani, 2015).

Adapun program dan kebijakan teknik masa nifas dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.5

Program Dan Kebijakan Teknik Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none">a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifasb. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjutc. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uterusd. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibue. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahirf. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none">a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada baub. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkanc. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahatd. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulite. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi

		agar tetap hangat
3	2 minggu 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 kelainan pasca melahirkan c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara perawatan bayi baru lahir dan menjaga bayi agar tetap hangat
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber: Walyani, 2017. Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui.Hal. 5

2. 4.Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2017).

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Noenatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari, neonatus lanjut adalah bayi 7-28 hari.

1. Ciri- ciri Bayi Baru Lahir

Ciri- ciri Bayi Baru Lahir (Maryanti,dkk 2017) adalah :

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Menangis kuat

- f. Bunyi jantung dalam menit – menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140xmenit
- g. Pernapasan pada menit – menit pertama cepat kira-kira 80x/menit,kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40x/menit
- h. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan diliputi vernix caseosa
- i. Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- j. Kuku telah agak panjang dan lemas
- k. Genitalia : labia majora sudah menutupi labia minor (pada perempuan), testis sudah turun (pada anak laki-laki)
- l. Repleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- m. Repleks moro sudah baik, bayo bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk
- n. Eliminasi baik, urine dan mekoneum akan keluar dalam 24 jam pertama

2.Fisiologi Bayi Baru Lahir

Adaptasi fisiologis bayi baru lahir(Marmi,2018).

a. Sistem pernafasan

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan di dalam.Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalamnya belum teratur.

b. Sistem peredaran darah

Aliran darah paru pada hari pertama ialah 4-5 litter permenit/m², aliran darah sistolik pada hari pertama rendah, yaitu 1,96 litter permenit/m² dan bertambah pertama pada hari kedua dan ketiga(3,54 litter /m²) karena penutupan duktus arteriosus.

c. Saluran pencernaan

Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (zat berwarna hitam kehijauan).

d. Hepar

Segara setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna.

e. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per kg BB akan lebih besar. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari pembakaran karbohidrat dan pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak.

f. Suhu tubuh

Terdapat empat kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya, yaitu konduksi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung), konveksi (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara), radiasi (pemindahan panas antara dua objek yang mempunyai suhu berbeda) dan evaporasi (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap).

g. Kelenjar endokrin

Pada neonates kadang-kadang hormone yang didapatkan dari ibu masih berfungsi, pengaruh dapat dilihat misalnya pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan, kadang-kadang adanya pengeluaran darah dari vagina yang menyerupai haid bagi bayi perempuan.

h. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta *renal blood flow* kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

i. Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (PH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensasi asidosis.

j. Imunoglobulin

Pada bayi baru lahir hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang

dapat melalui plasenta, reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan antibodi gamma A,G dan M.

3. Penampilan bayi baru lahir (Rukiyah,dkk 2017)

- a. Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling, perlu dikurangi rangsangan terhadap reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan.
- b. Keaktifan, bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan yang simetris pada waktu bangun.
- c. Simetris, apakah secara keseluruhan badan seimbang; kepala: apakah terlihat simetris, benjolan seperti tumor yang lunak di belakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang ini disebabkan akibat proses kelahiran.
- d. Muka wajah: bayi tampak ekspreksi ; mata: perhatikan kesimetrisan antara mata kanan dan kiri.
- e. Mulut: penampillannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi.
- f. Leher, dada, abdomen: melihat adanya cedera akibat persalinan; perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernafasan bayi.
- g. Punggung: adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna.
- h. Kulit dan kuku: dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan, kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan.
- i. Kelancaran menghisap dan pencernaan: harus diperhatikan ; tinja dan kemih: diharapkan keluar dalam 24 jam pertama.
- j. Refleks: refleks rooting, bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi; refleks isap, terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan; refleks morro ialah timbulnya pergerakan tangan yang simetris seperti merangkul apabila kepala tiba-tiba digerakkan; refleks mengeluarkan lidah terjadi apabila diletakkan benda di dalam mulut, yang sering ditafsirkan bayi menolak makanan/minuman.
- k. Berat badan: sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan.

2.4.2 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

1. Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Adapun Asuhan pada Bayi Baru Lahir, yaitu sebagai berikut

1. Penilaian

Nilai kondisi bayi apakah bayi menangis kuat/bernafas tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak dengan aktif/lemas, dan apakah warna kulit bayi pucat/biru.

APGAR SCORE merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir meliputi 5 variabel (pernapasan, frekensi jantung, warna, tonus otot dan iritabilitas refleks). Setiap variabel dinilai: 0, 1 dan 2. Nilai tertinggi adalah 10. Nilai 7-10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik. Nilai 4-6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi. Nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi. Berikut adalah tabel penilaian APGAR SCORE:

Tabel 2.6
Penilaian APGAR SCORE

Tanda	0	1	2
Appearance	Biru, pucat	Badan pucat, tungkai biru	Semuanya merah muda
Pulse	Tidak teraba	<100	>100
Grimace	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Activity	Lemas/lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi tungkai	Aktif/fleksit tungkai baik/reaksi melawan
Respiratory	Tidak ada	Lambat tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber: Maryanti, dkk. 2017 hal 35.

1. Perawatan tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat dengan cara:

- Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- Bilas tangan dengan air matang/DTT.
- Keringkan tangan (bersarung tangan).

- d) Letakkan bayi yang terbungkus di atas permukaan yang bersih dan hangat.
 - e) Ikat ujung tali pusat sekitar 3-5 cm dari pusat dengan menggunakan benang DTT. Lakukan simpul kunci/ jepitkan.
 - f) Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan lakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian TP pada sisi yang berlawanan.
 - g) Lepaskan klem penjepit dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%.
 - h) Selimuti bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup.
2. Pencegahan kehilangan panas

Cara mencegah kehilangan panas yaitu keringkan bayi secara seksama, selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, tutup bagian kepala bayi, ajurkan ibu memeluk dan menyusui bayinya.Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir dan tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

3. Pencegahan infeksi pada mata

Pencegahan infeksi yang dapat diberikan pada bayi baru lahir adalah dengan memberikan obat tetes mata/salep.Diberikan 1 jam pertama bayi lahir yaitu eritromycin 0,5%/tetrasiklin 1%.

Menurut Rukiyah (2017) terdapat beberapa kunjungan pada bayi baru lahir, yaitu:

1. Asuhan pada kunjungan pertama

Kunjungan neonatal yang pertama adalah pada bayi usia 6-48 jam. Asuhan yang diberikan yaitu:

- a. Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat
- b. Perawatan mata 1 jam pertama setelah lahir
- c. Memberikan identitas pada bayi
- d. Memberikan suntikan vitamin K

2. Asuhan pada kunjungan kedua

Kunjungan neonatal yang kedua adalah pada usia bayi 3-7 hari. Asuhan yang diberikan adalah memberikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat dan mengawasi tanda-tanda bahaya.

3. Asuhan pada kunjungan ketiga

Kunjungan neonatal yang ketiga adalah pada bayi 8-28 hari (4 minggu) namun biasanya dilakukan di minggu ke 6 agar bersamaan dengan kunjungan ibu nifas. Di 6 minggu pertama, ibu dan bayi akan belajar banyak satu sama lain.

Proses “give & take“ yang terjadi antara ibu dan bayi akan menciptakan ikatan yang kuat. Hubungannya dengan ibu akan menjadi landasan bagi bayi untuk berhubungan dengan yang lainnya.

2.5. Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Konsep Dasar KB

A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan suatu upaya meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat, melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera (Sri Handayani 2017).

1. Tujuan program Keluarga berencana

Tujuan untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015.

Tujuan program KB secara filosofis adalah:

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
 - b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Sri Handayani 2017).
2. Jenis-jenis kontrasepsi adalah sebagai berikut (Sri Handayani 2017).

A. Metode kontrasepsi sederhana

a. Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat

1) Metode alamiah

a) Metode kalender

Metode kalender adalah metode yang digunakan berdasarkan masa subur dimana harus menghindari hubungan seksual tanpa perlindungan kontrasepsi pada hari ke 8-19 siklus menstruasinya.

b) Metode suhu basal badan (THERMAL)

Metode ini adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengukur suhu tubuh basal, untuk menentukan masa-ovulasi. Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi. Keadaan ini dapat terjadi karena progesterone, yang dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu basal tubuh. Sebelum perubahan suhu basal tubuh

dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh terjadi peningkatan sedikitnya 0,4 (0,2-0,5) di atas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur.

c) Metode lendir cervic

Metode ini merupakan metode kontrasepsi dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat dideteksi di vulva. Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir servik selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur.

d) Metode symptom thermal

Metode ini adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengamati perubahan lendir dan perubahan suhu badan tubuh.

2) Metode amenorrhea laktasi

Metode amenorrhea laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara ekslusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun.

a). Efektifitas

Efektifitas metode ini tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan I pasca persalinan)

b). Keuntungan

a. Segera efektif

b. Tidak mengganggu senggama

c. Tidak ada efek samping secara sistemik

d. Tidak perlu pengawasan medis

e. Tidak perlu obat atau alat

f. Tanpa biaya

c). Keuntungan non-kontrasepsi untuk bayi:

a. Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibody perlindungan lewat ASI)

b. Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal

c. Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai

Untuk ibu:

a. Mengurangi pendarahan pasca persalinan

b. Mengurangi resiko anemia

c. Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi

d). Kerugian

- a. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
 - b. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social
 - c. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS
 - e) Indikasi
 - a. Ibu yang menyusui secara ekslusif
 - b. Bayi berumur kurang dari 6 bulan
 - c. Ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan
 - f) Kontraindikasi
 - a. Sudah mendapat haid sejak setelah bersalin
 - b. Tidak menyusui secara ekslusif
 - c. Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
 - d. Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam
- 3) Coitus interruptus (senggama terputus)

Metode ini adalah metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intravagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna.

- b. Metode kontrasepsi sederhana dengan alat
 - 1) Kondom

Kondom adalah suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual.

- 2) Spermiside

Spermiside adalah zat-zat kimia yang kerjanya melumpuhkan spermatozoa didalam vagina sebelum spermatozoa bergerak kedalam traktus genitalia interna.

- 3) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan kedalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan menutupi serviks.

- 4) Kap serviks

Kap serviks yaitu suatu alat kontrasepsi yang hanya menutupi serviks juga.

- B. Kontrasepsi hormonal
 - a. Kontrasepsi pil
 - 1) Pil oral kombinasi

Pil oral kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormone sintesis estrogen dan progesteron.

2) Pil progestin

Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormone sistensis progesterone.

b. Kontrasepsi suntikan/injeksi

1) Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormone sintesis estrogen dan progesteron.

2) Suntik progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormone progesteron.

c. Implant

Implant merupakan salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormone, dipasang pada lengan atas.

1) Cara kerja

- a. Menghambat ovulasi
- b. Perubahan lender serviks menjadi kental dan sedikit
- c. Menghambat perkembangan siklis dari endometrium

2) Keuntungan

- a. Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen
- b. Dapat digunakan untuk jangka waktu panjang 5 tahun dan bersifat reversible
- c. Efek kontraseptif segera berakhir setelah implannya dikeluarkan perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah
- d. Resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan dengan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim

3) Kerugian

- a. Susuk KB/implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih
- b. Lebih mahal
- c. Sering timbul pola perubahan haid
- d. Akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri
- e. Beberapa orang wanita mungkin segan untuk menggunakan karena kurang mengenalnya

4) Kontraindikasi

- a. Kehamilan atau disangka hamil
- b. Penderita penyakit hati akut
- c. Kanker payudara
- d. Kelainan jiwa

- e. Penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus
- f. Penyakit trombo emboli
- g. Riwayat kehamilan ektopik

5) Indikasi

- a. Wanita-wanita yang ingin memakai kontrasepsi untuk jangka waktu yang lama tetapi tidak tersedia menjalani kontap/menggunakan AKDR
- b. Wanita yang tidak boleh menggunakan pil KB yang mengandung estrogen

6) Efektifitas

- a. Efektivitasnya tinggi, angka kegagalan norplant <1 per 100 wanita per tahun dalam 5 tahun pertama
- b. Efektivitas norplant berkurang sedikit setelah 5 tahun, dan pada tahun ke 6

7) Efek samping

- a. Amenorrhea
- b. Perdarahan bercak (spotting) ringan
- c. Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)
- d. Ekspulsi
- e. Infeksi pada daerah insersi

8) Waktu pemasangan

- a. Sewaktu haid berlangsung
- b. Setiap saat asal diyakini klien tidak hamil
- c. Bila menyusui: 6 minggu-6 bulan pasca salin
- d. Saat ganti cara dari metode yang lain
- e. Pasca keguguran

C. Alat kontrasepsi dalam Rahim

AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu alat yang dimasukkan kedalam Rahim wanita untuk tujuan kontrasepsi. AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan kedalam Rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif.

a. Efektivitas

Efektivitas dari IUD dinyatakan dalam angka kontinuitas (*continuationrate*) yaitu berapa lama IUD tetap tinggal in-utero tanpa: ekspulsi spontan, terjadinya kehamilan dan pengangkatan/pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi.

Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi, sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

b. Keuntungan

- 1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- 2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- 3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- 6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas ASI
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 9) Dapat digunakan sampai menopause
- 10) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik

c. Kerugian

- 1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- 2) Haid lebih lama dan banyak
- 3) Perdarahan (spotting) antara menstruasi
- 4) Saat haid lebih sedikit
- 5) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- 6) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- 7) Penyakit radang panggul terjadi. Seorang perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dapat memicu infertilitas
- 8) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan AKDR, sering kali perempuan takut selama pemasangan
- 9) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah
- 10) Pemasangan AKDR, biasanya menghilang dalam 1-2 hari
- 11) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melakukannya
- 12) Mungkin AKDR keluar lagi dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang sesudah melahirkan)
- 13) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal

14) Perempuan harus memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bias memasukkan jarinya kedalam vagina. Sebagian perempuan ini tidak mau melakukanya

d. Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Keadaan nullipara
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Perempuan yang menyusui yang ingin menggunakan kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- 6) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Perempuan dengan resiko 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 (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak Rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- 6) Penyakit trofoblas yang ganas
- 7) Diketahui menderita TBC pelvic
- 8) Kanker alat genital
- 9) Ukuran rongga Rahim kurang dari 5 cm

f. Waktu pemasangan

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid
- 3) Segara setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorrhea laktasi (MAL). Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pascapersalinan.
- 4) Setelah menderita abortus (segara atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.

- 5) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi
- g. Kunjungan ulang
- 1) Satu bulan pasca pemasangan
 - 2) Tiga bulan kemudian
 - 3) Setiap 6 bulan berikutnya
 - 4) Satu tahun sekali
 - 5) Bila terlambat haid satu minggu
 - 6) Bila terjadi perdarahan banyak dan tidak teratur
- h. Efek samping
- 1) Amonorhea
 - 2). Kejang
 - 3). Perdarahan pervagina yang hebat dan tidak teratur
 - 4). Benang yang hilang pastikan adanya kehamilan atau tidak
 - 5). Adanya pengeluaran cairan dari vagina atau dicurigai adanya penyakit radang panggul.

D. Metode kontrasepsi mantap

- a. Metode kontrasepsi mantap pada pria

Metode kontrasepsi mantap pria/Medis Operatif Pria (MOP) adalah suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang sangat singkat dan tidak memerlukan anastesi umum

- b. Metode kontrasepsi mantap pada wanita

Metode kontrasepsi mantap wanita/tubektomi/Medis Operatif Wanita (MOW) adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi. Kontrasepsi ini untuk jangka panjang dan sering disebut tubektomi atau sterilisasi

2.5.2 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

2.5. 1. Asuhan Pada Keluarga Berencana

- a. Konseling Kontrasepsi

- 1) Definisi Konseling

Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan satu kali kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada.

2) Tujuan Konseling KB

a. Meningkatkan penerimaan

Informasi yang benar, diskusi bebas dengan cara mendengarkan, berbicara dan komunikasi non-verbal meningkatkan penerimaan informasi mengenai KB oleh klien.

b. Menjamin pilihan yang cocok

Menjamin petugas dan klien memilih cara terbaik yang sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien.

b. Menjamin penggunaan yang efektif

Konseling efektif diperlukan agar klien mengetahui begaimana menggunakan KB dengan benar dan mengatasi infomasi yang keliru tentang cara tersebut.

c. Menjamin kelangsungan yang lebih lama

Kelangsungan pemakaian cara KB akan lebih baik bila klien ikut memilih cara tersebut, mengetahui cara kerjanya dan mengatasi efek sampingnya.

3) Jenis Konseling KB

a. Konseling Awal

1) Bertujuan menentukan metode apa yang diambil

2) Bila dilakukan dengan objektif langkah ini akan membantu klien untuk memilih jenis KB yang cocok untuknya

3) Yang perlu diperhatikan adalah menanyakan langkah yang diketahui tentang cara kerjanya, kelebihan, dan kekurangannya.

b. Konseling Khusus

1) Memberi kesempatan klien untuk bertanya tentang cara KB dan membicarakan pengalamannya.

2) Mendapatkan informasi lebih rinci tentang KB yang diinginkannya

3) Mendapatkan bantuan untuk memilih metode KB yang cocok dan mendapatkan penerangan lebih jauh tentang penggunaannya

c. Konseling Tidak Lanjut

1) Konseling lebih bervariasi dari konseling awal

2) Pemberi pelayanan harus dapat membedakan masalah yang serius yang memerlukan rujukan dan masalah yang ringan yang dapat diatasi di tempat

4) Langkah Konseling

a. GATHER

G : Greet

Berikan salam, kenalkan diri dan buka komunikasi.

A : Ask

Tanya keluhan/kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/ kebutuhan sesuai dengan ondisi yang dihadapi?

T : Tell

Beritahukan personal pokok yang dihadapi pasien dari hasil tukar informasi dan carikan upaya penyelaesaianya.

H : Help

Bantu klien mamahami dan menyelesaikan masalahnya.

E : Explain

Jelasakan cara terpilih telah dianjurka dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat/ diobservasi.

R : Refer / Return visit

Rujuk bila fasilitas ini tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai (buat jadwal kunjungan ulang).

b. Langkah konseling KB SATU TUJU

Langkah SATU TUJU ini tidak perlu dilakukan berurutan karena menyesuaikan dengan kebutuhan klien.

SA: Sapa dan Salam

- 1) Sapa klien secara terbuka dan sopan
- 2) Beri perhatian sepenuhnya, jaga privasi pasien
- 3) Bangun percaya pasien
- 4) Tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperoleh nya

T : Tanya

- 1) Tanyakan informasi tentang dirinya
- 2) Bantu klien untuk berbicara pengalaman tentang KB dan kesehatan reproduksi
- 3) Tanyakan kontrasepsi yang ingin digunakan

U : Uraikan

- 1) Uraikan pada klien mengenai pilihannya
- 2) Tanyakan apakah pasangan mendukung pilihannya

J : Jelaskan

- 1) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya
- 2) Jelaskan bagaimana penggunaanya
- 3) Jelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi

U : Kunjungan Ulang

Perlu dilakukan kunjungan ulang untuk dilakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan

5) Tahapan konseling dalam pelayanan KB

a. Kegiatan KIE

Sumber informasi pertama tentang jenis alat/metode KB dari petugas lapangan KB. Pesan yang disampaikan :

- 1) Pengertian dan manfaat KB bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga
 - 2) Proses terjadinya kehamilan pada wanita (yang kaitannya dengan cara kerja dan metode kontrasepsi)
 - 3) Jenis alat/ kontrasespsi, cara pemakaian, cara kerjanya serta lama pemakaian
- #### b. Kegiatan bimbingan
- 1) Tindak lanjut dari kegiatan KIE dengan menjaring calon peserta KB
 - 2) Tugas penjaringan : memberikan informasi tentang jenis kontrasepsi lebih objektif, benar dan jujur sekaligus meneliti apakah calon peserta memenuhi syarat
 - 3) Bila iya, rujuk ke KIP/K
- #### c. Kegiatan rujukan
- 1) Rujukan calon peserta KB, untuk mendapatkan pelayanan KB
 - 2) Rujukan peserta KB, untuk menindaklanjuti kompliksi.
- #### d. Kegiatan KIP/K

Tahapan dalam KIP/K :

- 1) Menjajaki alasan pemilihan alat
 - 2) Menjajaki apakah klien sudah mengetahui /paham tentang alat kontrasepsi tersebut
 - 3) Menjajaki klien tahu /tidak alat kontrasepsi lain
 - 4) Bila belum, berikan informasi
 - 5) Beri klien kesempatan untuk mempertimbangkan pilihannya kembali
 - 6) Bantu klien mengambil keputusan
 - 7) Beli klien informasi, apapun pilihannya, klien akan diperiksa kesehatannya
 - 8) Hasil pembicaraan akan dicatat pada lembar konseling
- #### e. Kegiatan pelayanan kontrasepsi
- 1) Pemeriksaan kesehatan : anamnesis dan pemeriksaan fisik
 - 2) Bila tidak ada kontra indikasi, pelayanan kontrasepsi dapat diberikan
 - 3) Untuk kontrasepsi jangka panjang perlu *informed consent*
- #### f. Kegiatan tindak lanjut

Petugas melakukan pemantauan keadaan peserta KB dan diserahkan kembali kepada PLKB.

6) *Informed consent*

- a. Persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarga atas informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap klien.
- b. Setiap tindakan medis yang beresiko harus persetujuan tertulis ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan (klien) dalam keadaan sadar dan sehat (Purwoastuti, 2016)

2.6 Asuhan kebidanan dalam masa pandemic covid-19

Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi ,kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan /atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan ,persalinan ,nifas ,bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat (Asrinah ,dkk 2017). Tantangan pelayanan kebidanan pada masa pandemic covid -19 antara lain:

1. Pengetahuan ibu dan keluarga terkait COVID-19 dan pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir di era pandemic
2. Belum semua bidan tersosialisasi pedoman pelayanan KIA,KB & Kespro di era pandemic covid-19
3. Di era pandemic covid -19 fasilitas kesehatan baik primer /tempat PBM maupun rujukan harus betul- betul siap dalam pemenuhan APD ,sarana dan prasarana dan SDM
4. Keselamatan bidan dan pasien harus dilindungi ,diperlukan penyesuaian pelayanan agar terhindar dari penularan
5. Akses pelayanan kebidanan di era pandemic covid-19 mengalami perubahan faskes primer/PBM membatasi pelayanan
6. Tingginya kasus penderita covid-19 yang dirawat di RS rujukan berpengaruh terhadap penanganan pelayanan rujukan maternal dan neonatal

Prinsip –prinsip menajemen COVID-19 meliputi isolasi awal ,prosedur pencegahan infeksi sesuai standart ,terapi oksigen ,hindari kelebihan cairan ,pemberian antibiotik empiris (mempertimbangkan resiko sekunder akibat infeksi bakteri), pemeriksaan SAR-CoV-2 dan pemeriksaan infeksi penyerta yang lain ,pemantauan janin dan kontraksi uterus ,ventilasi mekanisme lebih dini apabila terjadi gangguan nafas yang progresif ,perencanannya persalinan berdasarkan pendekatan individual /indikasi obstetri dan pendekatan berbasis tim dengan multi disiplin .

- A. Panduan pelayanan kebidanan ANC pada masa pandemic covid-19

1. Tidak ada keluhan bumil diminta menerapkan isi buku KIA dirumah ,segera ke fasyankes jika ada keluhan /tanda bahaya
 2. Ibu membuat janji melalui telpon/WA ,ANC trimester pertama 1x kolaborasi dengan dokter untuk pemeriksaan kesehatan
 3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dan kewaspadaan covid-19 .Dapat berkoordinasi dengan RT/RW /Kades tentang status ibu (odp/pdp,Covid1+)
 4. ANC dilakukan sesuai standar (10T) dengan ADP level 1.Lakukan skrining factor resiko, jika ditemukan factor resiko rujuk sesuai standar.
 5. Ibu hamil pendamping dan tim kesehatan yang bertugas menggunakan masker dan penerapan protocol pencegahan covid-19
 6. Tunda kelas ibu hamil/dilakukan secara online
 7. Konsultasi kehamilan ,KIE,dan konseling dapat dilakukan secara online (Panduan pengisian P4K)
2. Panduan petolongan persalinan oleh bidan masa pandemic covid 19
 1. Jika ada tanda-tanda bersalin ,segera hubungi bidan melalui telpon/WA .Bidan melakukan skrining factor resiko termasuk resiko infeksi covid 19 .Apabila ada factor resiko ,segera rujuk ke PKM/RS sesuai standar .
 2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dengan kewaspadaan covid-19 bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +)
 3. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN,lakukan IMD dan pemasangan IUD,pasca persalinan dengan APD level 2,dan menerapkan protocol pencegahan penularan covid -19 pada ibu bukan PDP,Covid+ (Pasien dan pendamping maksimal 1 orang menggunakan masker)
 4. Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS sesuai standar .
 5. Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protocol pencegahan penularan COVID-19.
 6. Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk ibu bersalin dengan resiko ,termasuk resiko ODP/PDP/Covid+ sesuai standar
 3. Panduan pelayanan nifas &BBL oleh bidan padamasa pandemic covid-19
 - a. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA lakukan pemantauan mandiri ,jika tidak ada keluhan /tanda bahaya pada ibu /BBL segera fasilitas pelayanan kesehatan

- b. Pelayanan nifas dan BBL ,dengan membuat janji melalui telpon/WA
- c. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dengan kewaspadaan covid-19bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +)
- d. Pelayanan nifas &BBL dilakukan sesuai standart menggunakan ADP level 1dan menerapkan protocol pencegahan covid-19
- e. Jika tidak dapat memberikan pelayanan bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS sesuai standar.
- f. Lakukan asuhan esensial bayi bari lahir imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI
- g. Tunda kelas ibu balitaatau lakukan secara online.
- h. Konsultasi nifas &BBL ,KIE, Konseling laktasi ,pemantauan tumbang dilaksanakan secara online.
- i. Ibu nifas ,pendamping &semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan covid-19

4. Panduan pelayanan KB olah bidan pada masa pandemic covid -19.

- a. Tidak ada keluhan ,akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk control ke bidan, Pelayanan KB baru /kunjungan ulang membuat janji melalui telpon /WA.
- b. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dengan kewaspadaan covid-19.Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi tentang status ibu (ODP/PDP/Covid+).
- c. Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan ADP level 1 atau 2 .Konseling motivasi menggunakan MKJP tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan).
- d. Kunjungan ulang aseptor suntik /pil tidak dapat diberikan ,untuk sementara ibu menggunakan kondom /pantang berkala/sanggama terputus ,bidan dapat kerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil.
- e. Aseptor ,pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan covid-19
- f. Konsultasi KB ,penyuluhan dan konseling dilakukan secara online ,tidak perlu kontrol rutin.

BAB III

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN