

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC)

Continuity of care (COC) merupakan pemberian pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir serta keluarga berencana yang dilakukan oleh bidan. Asuhan kebidanan berkesinambungan bertujuan mengkaji sedini mungkin penyulit yang ditemukan sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi secara menyeluruh dan jangka panjang, berdampak terhadap menurunnya jumlah kasus komplikasi dan kematian ibu hamil, bersalin, BBL nifas, dan neonatus (Sunarsih dan Pitriyani, 2020).

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir 8 kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi Caesar, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan (Yulia, 2024).

B. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah hasil dari proses pertemuan sel sperma dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, berlangsung selama 40 minggu (Prawirohardjo, 2016). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280 hari/40 minggu) atau 9 bulan 7 hari. Kehamilan merupakan sebuah proses mata rantai berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Yulizawati dkk, 2021).

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

Untuk menentukan seorang wanita dalam keadaan hamil atau tidak, maka perlu di tegakkan diagnosa kehamilan. Dalam menegakkan diagnosis kehamilan terdapat beberapa tanda yang dapat diperhatikan baik dari hasil anamnesa maupun dari pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium. Terdapat tiga tanda kehamilan, yaitu tanda dugaan hamil, tanda tidak pasti hamil dan tanda pasti hamil.

Tanda dugaan hamil terbagi menjadi dua yaitu gejala subjektif dan gejala objektif. Gejala subjektif didapatkan dari pengakuan ibu/klien hasil anamnesa. Beberapa gejala subjektif adalah mual muntah (*morning sickness*), gangguan miksuria, cepat lelah, terasa gerakan janin. Tanda ini tidak dapat memastikan sebuah kehamilan karena juga merupakan tanda gejala dari beberapa diagnosis lain seperti anemia, infeksi saluran kemih dan psikosomatis karena tingginya harapan ibu untuk hamil. Gejala objektif dikenal oleh ibu yang sudah pernah mengalami kehamilan, yaitu seperti terlambat menstruasi, perubahan pada *mamae*, pigmentasi kulit dan *abdominal striae*.

Tanda tidak pasti hamil diantaranya adalah terjadinya pembesaran abdomen, terjadi perubahan konsistensi bentuk dan ukuran uterus, perubahan anatomi serviks. Selain itu terjadinya *braxton hicks* dan munculnya tanda *chadwick*, *piscasek* dan tanda *hegar*. Tanda *chadwick* adalah perubahan

warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina dan serviks. Tanda *piscacek* adalah pembesaran asimetri dan penonjolan pada salah satu kornu pada pemeriksaan bimanual. Tanda *hegar* adalah pelunakan dan kompresibilitas *ismus* serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila *ismus* ditekan dari arah yang berlawanan. Ketiga tanda ini biasa terjadi pada masa kehamilan awal, namun tidak dapat dijadikan tanda pasti kehamilan karena juga dapat merupakan tanda patologi atau pertumbuhan tumor ada sistem reproduksi.

Tanda pasti hamil didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Tanda pasti hamil diantaranya adalah terdengar detak jantung janin. Biasanya detak jantung janin mulai bisa didengarkan pada usia kehamilan 16-20 minggu (*doppler*) atau mulai terdengar usia kehamilan 14-16 minggu (*Ultrasonografi/USG*). Tanda pasti hamil lainnya yaitu terasa gerakan janin pada saat palpasi *leopold*, pada pemeriksaan USG tampak kerangka, jantung dan gerak janin (Yulizawati dkk, 2021)

3. Fisiologi Kehamilan

Perubahan fisiologis muncul selama kehamilan karena perkembangan janin dan mempersiapkan ibu untuk persalinan dan kelahiran. Perubahan fisiologi yang terjadi selama masa kehamilan ini diakibatkan peningkatan metabolisme yang terjadi untuk perkembangan janin serta mempersiapkan untuk proses persalinan. Beberapa perubahan ini mempengaruhi tingkat biokimia normal dan mungkin juga menimbulkan gejala penyakit. Penting untuk dapat membedakan perubahan psikologi yang masih dalam batas normal dengan yang patologi. Beberapa perubahan penting pada masa kehamilan terjadi ada kardiovaskular, pernapasan, hormonal, dan sistem tubuh lainnya (Pillay, 2016 dan Bhatia, 2018).

Perubahan terjadi pada beberapa sistem tubuh, salah satunya pada haemotologi. Terjadi peningkatan yang tinggi pada volume plasma selama kehamilan. Peningkatan dimulai dari usia kehamilan 6-8 minggu. Peningkatan maksimum terjadi sebanyak 20% pada pertengahan trimester III dengan 50% muncul pada usia kehamilan 34 minggu dan bergantung pada

berat bayi. Peningkatan ini sekitar 40-50% dari volume plasma. Karena peningkatan volume plasma tidak diikuti dengan peningkatan sel darah merah, maka akan mengakibatkan penurunan pada kadar *haemoglobin*, hematokrit, dan jumlah sel darah merah. Kejadian ini disebut dengan hemodilusi. Pengurangan jumlah platelet pada kehamilan normal adalah 100×10^9 cells/l, jika rendah dari itu, maka dikatakan *trombositopenia*. Kebutuhan akan asam folat juga meningkat. Terjadi perubahan pada sistem koagulasi. Perubahan ini juga menimbulkan anemia fisiologis pada ibu hamil (Pillay, 2016 dan Bhatia, 2018).

Perubahan juga terjadi pada jantung. Perubahan ini terjadi akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah perifer dan penurunan pada resistensi vaskular sistemik (Bhatia, 2018). Kardiak *output* sudah meningkat sebanyak 20% pada kehamilan 8 minggu. Kardiak *output* tertinggi terjadi pada usia kehamilan 20-28 minggu. Peningkatan denyut jantung 10-20 bpm. Tekanan darah biasanya menurun pada trimester 1 dan 2 tapi kembali meningkat pada keadaan sebelum hamil pada trimester 3 (Pillay, 2016).

Perubahan pada sistem renal. Aliran darah ke ginjal meningkat karena peningkatan aliran darah oleh jantung, hal ini mengakibatkan peningkatan *Glomerular filtration rate* (GFR), resistensi vaskular renal menurun, dan hal ini yang pada akhirnya mendapati ibu hamil dengan protein uria. Peningkatan aliran darah ginjal menyebabkan peningkatan kapasitas ginjal sekitar 1-1.5 cm dan terjadi dilatasi pada saluran-saluran ginjal serta ureter (Pillay, 2016).

Selain perubahan pada sistem jantung, darah dan ginjal, juga terjadi perubahan pada sistem yang lainnya seperti metabolisme air, dimana jumlah volume yang meningkat mengikuti peningkatan volume plasma, pada trimester 3 peningkatan dapat mencapai 50-60%. Selain itu juga terjadi perubahan pada sistem pernapasan. Kebutuhan oksigen meningkat menjadi 20% dan metabolismenya meningkat 15%. Terjadi juga peningkatan ventilasi selama 40-50% (Pillay, 2016).

Perubahan terutama juga terlihat pada sistem hormon, diantaranya hormon tiroid, kelenjar adrenal, kelenjar pituitari (terutama mengatur hormon progesteron dan estrogen, serta untuk memproduksi prolaktin dan prostaglandin untuk memulai persalinan). Perubahan hormonal juga terlihat pada ibu pada awal trimester I dan trimester III. Ibu pada saat ini mengalami pola tidur yang tidak teratur antara waktu tidur dan bangun disebabkan gangguan miksi dan ketidaknyamanan lainnya. Hal ini mempengaruhi kadar hormon kortisol dan melatonin yang kemudian berdampak pada tingkat stress ibu hamil (Kovacs, 2019).

Selain itu terjadi juga perubahan pada metabolisme gula, lemak, protein, serta kalsium. Kebutuhan ibu akan mikro dan makro mineral meningkat selama kehamilan, maka harus diimbangi dengan konsumsi dari luar tubuh. Selain itu, pada ibu hamil terjadi perubahan pada sistem muskuloskeletal (Pillay, 2016). Selain perubahan ada sistem tubuh ibu, juga terdapat beberapa perubahan berupa pertumbuhan dan perkembangan sistem tubuh janin didalam uterus selama masa kehamilan. Secara singkat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.1 Perkembangan Janin Intrauterin (Prawirohardjo, 2016 dan Fatimah, 2017)

Usia Gestasi (Minggu)	Perkembangan Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah tebentuk, namun masih tergenggam. Jantung telah terbentuk penuh
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk wajah, kelopak mata terbentuk namun belum membuka sampai usia kehamilan 2 minggu
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester 2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo. Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium dalam usus. Jantung berdenyut 120-150 x/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi verniks kaseosa. Janin mempunyai refleks.
25-28	Permulaan trimester 3. Terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah terbuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan kemungkinan hidup 50-70%. Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah reguler, suhu relatif stabil.

33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Lanugo mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan telah aterm. Bayi memenuhi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tapi masih dalam batas normal

4. Perubahan Psikologis dalam Kehamilan

Selama kehamilan tidak hanya terjadi perubahan fisik tapi juga perubahan psikologis. Peran orangtua muncul selama masa kehamilan. Perubahan peran ini terjadi pada ibu dan ayah bayi. Adapun tugas psikologi orang tua selama kehamilan dijabarkan pada tabel berikut :

Tabel 2.2 Tugas Psikologis pada Masa Hamil (Tyastuti, 2017)

Trimester 1	Trimester II IBU	Trimester III
<ul style="list-style-type: none"> a. Perasaan ambivalensi hilang. b. Mulai mengamati perubahan akibat kehamilan, c. Menerima janin sebagai sesuatu yang sekaligus nyata. d. Lebih tertutup (introvert) e. Terjadi perubahan citra diri f. Menjadi lebih moody. g. Takut untuk melakukan senggama atau tidak terlalu nyaman untuk melakukan aktivitas seksual. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Perasaan mulai nyaman namun, merasa kurang puas dengan perubahan tubuh b. Mulai bisa menikmati seks atau ada juga yang masih menghindarinya. c. Mulai menikmati perkembangan identitas maternal. d. Menggali dan mengembangkan hubungan dengan ibunya. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencoba-coba peran. b. Kondisi rentan, sangat ingin disayang. c. Semangat menantikan kehamilan berakhir disertai perasaan takut. d. Bermimpi, berfantasi tentang bayi. e. Memulai persiapan menyambut persalinan dan kelahiran. f. Menyusun rencana untuk periode pascapartum. g. Membutuhkan penerimaan sosial. h. Kurang percaya diri. i. Senggama menjadi kurang nyaman.
AYAH		
<ul style="list-style-type: none"> a. Menerima realitas kehamilan b. Merasa bangga ataupun bersalah c. Perasaan ambivalen hilang d. Dapat mengalami seolah-olah hamil seperti ngidam e. Merasakan kebutuhan untuk melindungi dan fokus pada peran mencari nafkah 	<ul style="list-style-type: none"> a. Membangun jaringan dengan pria lain untuk mendengarkan pengalaman mereka b. Mengembangkan identitas seorang ayah c. Mengalami rasa cemas dan mudah tersinggung d. Bervariasi dalam bereaksi terhadap perubahan fisik dan dapat lebih atau kurang tertarik dalam berhubungan seks 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mempersiapkan diri menyambut persalinan dan kelahiran. b. Dapat merasa cemas terhadap tubuh pasangannya c. Melakukan introspeksi d. Menggali hubungan dengan ayah sendiri sambil mengembangkan citra seorang “ayah”

Selain itu, selama masa kehamilan juga mulai dijalankan kelekatan (*bounding*) antara ibu dan janin. Kelekatan ibu dan janin digambarkan dalam

lima dimensi yaitu diferensiasi diri dari janin, interaksi dengan janin, karakteristik yang menyertai pada janin, persiapan diri dan menjalankan peran. Kelekatan ini akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan. Kelekatan juga akan memengaruhi kompetensi pengasuhan yang akan ibu lakukan. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk membentuk kelekatan ibu dan janin diantaranya adalah berbincang-bincang dengan janin, bercakap-cakap dengan janin sebagai respon gerakan janin, memanggil janin dengan sebuah nama, memperhatikan perbedaan gerakan janin, membaca tentang perkembangan janin dan anak, perilaku kesehatan dan menyiapkan rumah. Kelekatan ibu dan janin dipengaruhi oleh dukungan ayah janin (Sinclair, 2017).

Pada ibu multigravida juga perlu memperhatikan persiapan psikologis saudara kandung. Jika saudara kandung tidak disiapkan dari awal maka berisiko terjadinya *sibling rivalry* atau timbulnya rasa persaingan antar saudara kandung karena takut kehilangan kasih sayang dari orang tua. Biasanya kejadian ini banyak terjadi pada anak usia *toddler* (2-3 tahun). Cara mencegah hal ini terjadi, orang tua dapat memberi tahu anak sejak dini tentang kehamilan, anak diberi kesempatan merasakan bayi atau adiknya bergerak dalam rahim dan dijelaskan bahwa rahim adalah tempat adiknya tumbuh dan berkembang. Selain itu, anak dapat diikutsertakan dalam membantu mempersiapkan keperluan adiknya dan orangtua membantu anak menyesuaikan perubahan ini (Yulizawati, 2017).

5. Tanda Bahaya Kehamilan

Pada masa kehamilan dapat terjadi beberapa komplikasi atau masalah. Komplikasi atau masalah ini akan menimbulkan tanda ataupun gejala yang terjadi atau dirasakan oleh ibu hamil. Adapun beberapa tanda bahaya tersebut adalah perdarahan, oedema, demam tinggi, keluar air ketuban dan berkurangnya gerakan janin (Kemenkes, 2019).

Perdarahan dapat terjadi pada kehamilan muda (<20 minggu) ataupun kehamilan lanjut (>20 minggu). Perdarahan pada saat hamil muda dapat menyebabkan keguguran. Sedangkan, perdarahan pada saat kehamilan tua

dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin dalam kandungan. Perdarahan kehamilan muda dapat berupa abortus, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa ataupun *missed abortus*. Perdarahan kehamilan tua dapat berupa plasenta previa dan solutsio plasenta. Tanda bahaya lainnya adalah bengkak pada kaki, tangan, dan wajah, atau sakit kepala kadang kala disertai kejang. Bengkak atau sakit kepala pada ibu hamil dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayi dalam kandungan karena dapat merupakan tanda gejala awal keadaan preeklamsia/eklamsia pada ibu (Prawirohardjo, 2016)

Selain itu, demam tinggi pada ibu hamil juga dapat menjadi tanda bahaya. Biasanya kondisi ini disebabkan oleh infeksi atau malaria. Demam tinggi dapat membahayakan keselamatan ibu, menyebabkan keguguran atau kelahiran kurang bulan. Normalnya, selaput ketuban akan pecah pada saat proses persalinan saat pembukaan hampir lengkap. Keluarnya air ketuban sebelum waktunya merupakan tanda bahaya. Hal ini menandakan gangguan pada kehamilan dan dapat membahayakan bayi dalam kandungan. Selama kehamilan lanjut ibu diminta untuk memperhatikan gerakan janin. Keadaan gerakan janin dalam kandungan berkurang atau tidak bergerak menjadi tanda adanya keadaan bahaya pada janin (Prawirohardjo, 2016)

Jika ditemukan tanda bahaya dalam kehamilan, hal ini menjadi indikasi untuk dilakukan penanganan kegawatdaruratan dan membutuhkan rujukan segera. Rujukan dilakukan ke fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri yang sesuai. Sebelum dilakukan rujukan harus dilakukan penanganan awal pada kegawatdaruratan sebelumnya (Kemenkes, 2019).

6. Asuhan Kehamilan

Asuhan pada masa kehamilan disebut juga dengan *Antenatal care* (ANC) merupakan pengawasan pada ibu hamil yang dilakukan selama masa kehamilan. Pengawasan antenatal dan postnatal sangat penting dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian ibu maupun perinatal. *Antenatal Care* adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (WHO, 2018).

Asuhan selama masa antenatal adalah upaya praventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2016).

Pelayanan kesehatan selama masa kehamilan bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pelayanan *Antenatal Care* adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan (Kemenkes, 2019). Pelayanan ini dapat diperoleh dari bidan atau dokter atau dokter spesialis kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan milik negara ataupun swasta yang memiliki surat tanda registrasi dan surat ijin praktik (Permenkes, 2016).

Asuhan kehamilan memiliki prinsip bahwa kehamilan dan kelahiran adalah sebuah proses yang normal, dalam asuhan melakukan pemberdayaan pada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga diberikan informasi agar dapat membuat suatu keputusan, intervensi yang diberikan tidak secara rutin namun berdasarkan indikasi dan bersifat tidak membahayakan bagi ibu dan janin, serta bidan bertanggung jawab terhadap kualitas asuhan yang diberikan (Yulizawati, 2017).

7. Tujuan Asuhan Kehamilan

Adapun beberapa alasan pentingnya asuhan kehamilan adalah untuk membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan, mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan janin, memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya, mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan risiko tinggi, memberikan informasi yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi, menghindari gangguan kesehatan selama kehamilan yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin (Prawirohardjo, 2016).

Selain itu, asuhan kebidanan juga bertujuan memantau kehamilan dan memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan janin, mengenali secara dini ketidaknormalan selama hamil, mempersiapkan persalinan cukup bulan dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan masa nifas normal dan pemberian ASI Eksklusif, serta mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima bayi (Yulizawati, 2017).

Untuk mencapai tujuan dari ANC tersebut dilakukan pemeriksaan dan pengawasan wanita selama kehamilannya secara berkala dan teratur agar bila timbul kelainan kehamilan atau gangguan kesehatan sedini mungkin diketahui sehingga dapat dilakukan perawatan yang cepat dan tepat. (Kemenkes, 2019). Pelayanan ANC yang berkualitas dapat meningkatkan deteksi dini komplikasi pada ibu dan janin selama masa kehamilan dan menjaga keamanan persalinan yang berpotensi sulit (Marniyati, 2016).

8. Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care*, terdapat sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T diantaranya timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA), ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri), tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium: tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi); yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan, tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan dan temu wicara (konseling) (Permenkes, 2016).

Timbang berat badan dan ukur tinggi badan. Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan massa tubuh (*body mass*

Index/BMI) dimana metode ini untuk pertambahan berat badan yang optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5 – 16 kg atau pertambahan berat badan setiap minggunya adalah 0,4 – 0,5 kg (Yulizawati dkk, 2021). Menurut Kemenkes (2019), mengukur tinggi badan adalah salah satu deteksi dini kehamilan dengan faktor resiko, dimana bila tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.

Pemeriksaan tekanan darah. Pada saat kehamilan, tekanan darah seorang ibu hamil merupakan faktor penting dalam memberikan makanan pada janin pengaturan tekanan darah selama kehamilan sangat tergantung pada hubungan antara curah jantung dan tekanan atau resistensi pada pembuluh darah, yang keduanya berubah selama kehamilan. Tekanan darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Jannah, 2019).

Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas). Menurut Kristiyana dalam Yulizawati (2021), pada ibu hamil pengukuran lingkar lengan atas/LILA merupakan satu cara untuk mendeteksi dini adanya kurang energi kronik (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrient ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ). Tujuan pemantauan janin itu adalah mendeteksi dini ada atau tidaknya faktor-faktor resiko kematian prenatal tersebut (hipoksia/asfiksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi). Pemeriksaan denyut jantung janin adalah salah satu cara untuk memantau janin. Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil. Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu/4 bulanan.

Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan. Imunisasi terutama pada ibu hamil bertujuan untuk mencegah terjadinya *tetanus neonatorium*, dengan cara pemberian

suntik tetanus toxoid pada ibu hamil. Pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur atau ibu hamil harus sisahului dengan skrining untuk mengetahui jumlah dosis (dan status) imunisasi TT yang telah diperoleh selama hidup. Pemberian imunisasi TT tidak terdapat batas maksimal pemberian dosis hanya terdapat batas interval minimal antar dosis TT. Jika ibu belum pernah mendapatkan imunisasi TT atau status imunisasi tidak diketahui, maka beri dosis 0.5 mL secara IM dilengen atas jika ibu sudah pernah mendapatkan imunisasi TT, maka melanjutkan pemberian imunisasi *booster* sesuai dengan status imunisasi TTnya dengan ketentuan pada Tabel berikut.

Tabel 2.3 Pemberian Imunisasi TT (Kemenkes, 2015)

Pemberian	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1	Saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan)	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	4 minggu setelah TT1 (Kehamilan)	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT4	>25 tahun/seumur hidup

Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan. Wanita memerlukan zat besi lebih tinggi dari laki – laki karena terjadinya menstruasi dan perdarahan. Dimulai dengan memberikan 1 tablet zat besi sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing – masing 90 tablet besi yang berfungsi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Bila ditemukan anemia pada ibu hamil (<11 gr%), berikan tablet zat besi 2 atau 3 kali sehari. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersamaan dengan teh atau kopi karena mengganggu penyerapan. Namun, lebih baik bersamaan dengan vitamin C karena dapat membantu penyerapan maksimal (Yulizawati dkk, 2021).

Test laboratorium (rutin dan khusus). Pemeriksaan laboratorium rutin pada kunjungan pertama meliputi kadar haemoglobin, golongan darah dan

rhesus, tes HIV dan *rapid test* pada ibu hamil dengan riwayat perjalanan ke wilayah endemik malaria dalam 2 minggu terakhir. Pemeriksaan laboratorium khusus sesuai indikasi meliputi urinalisis (terutama protein urin pada TM II dan III jika terdapat hipertensi), kadar *haemoglobin* pada TM III jika dicurigai anemia, pemeriksaan sputum bakteri tahan asam (BTA) untuk ibu dengan riwayat defisiensi imun, batuk >2 minggu atau LiLa <23.5 cm, tes sifilis dan tes gula darah puasa (Yulizawati, 2021).

Setelah semua pemeriksaan telah dilaksanakan maka dilakukan tatalaksana kasus sesuai dengan masalah yang didapatkan. Selanjutnya dilakukan temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan (Yulizawati, 2021).

9. Kunjungan Antenatal Care

Berdasarkan rekomendasi terbaru WHO (2018) beberapa rekomendasi dalam pelaksanaan ANC yang berkualitas diantaranya setiap ibu memiliki buku dokumentasi pencatatan pemeriksaan ANC yang telah diberikan, pembagian tugas pemberian informasi kesehatan kepada ibu antara bidan, petugas kesehatan lain ataupun kader, perekutan dan pelatihan tenaga kesehatan yang kompeten untuk daerah terpencil dan di pedesaan, menggunakan model asuhan ANC berkelanjutan oleh bidan (*Midwife-led Continuity of Care/MLCC*), pemberdayaan masyarakat untuk ikut berpartisipasi ataupun memfasilitasi keberhasilan ANC, serta pembentukan kelas ibu hamil/kelas ANC.

Asuhan berkelanjutan atau *Continuity of care* tidak hanya meningkatkan kepuasan dalam hal perawatan selama hamil, persalinan, dan nifas namun lebih dari itu dapat meningkatkan tercapainya pemberian ASI Eksklusif, hal ini berkaitan dengan pemberian informasi secara continu dan dukungan menyusui yang diberikan oleh bidan (Mortensen B *et al*, 2019). Dilakukannya asuhan kebidanan yang berkelanjutan bertujuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin secara berkala dan teratur sehingga diharapkan dapat mengurangi resiko komplikasi baik untuk ibu maupun bayi yang akan dilahirkannya (Oftarica J *et al*, 2019).

Tabel 2.4 Rekomendasi Minimal Kunjungan Antenatal WHO 2016 (WHO, 2018)

Trimester 1
Kontak 1 : <12 minggu
Trimester 2
Kontak 2 : 20 minggu
Kontak 3 : 26 minggu
Trimester 3
Kontak 4 : 30 minggu
Kontak 5 : 34 minggu
Kontak 6 : 36 minggu
Kontak 7 : 38 minggu
Kontak 8 : 40 minggu
Kembali lagi pada 41 minggu jika belum melahirkan.
Catatan : pemberian pengobatan malaria pada kehamilan harus dimulai pada ≥ 13 minggu

Sementara itu, Kebijakan program pelayanan antenatal care di Indonesia menetapkan frekuensi kunjungan *antenatal care* sebaiknya minimal 6 (enam) kali selama kehamilan, dengan minimal kontak dengan dokter 2 kali untuk skrining faktor resiko/komplikasi kehamilan di trimester 1 dan skrining faktor resiko persalinan 1 kali di trimester 3 (Kemenkes 2020).

Pemeriksaan pertama sebaiknya dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid dan pemeriksaan khusus dilakukan jika terdapat keluhan-keluhan tertentu. Dalam pemberian ANC, selain memperhatikan waktu kunjungan yang direkomendasikan, standar minimal pelayanan yang diberikan, juga perlu untuk memperhatikan aspek psikososial. Aspek psikososial belum banyak diperhatikan dalam memberikan pelayanan ANC. Pelayanan lebih terfokus pada aspek klinis dan monitoring kondisi fisiologis. Penilaian psikososial yang tidak adekuat dapat mengakibatkan kurangnya dukungan psikosoial pada ibu hamil sehingga ibu lebih mudah mengalami stress selama kehamilan dan persalinan (Neke, 2018).

C. Asuhan Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin. Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi

persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan pada umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Prawirohardjo, 2016 dan Sholichah, 2017).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Yulizawati, 2019). Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (in partu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum in partu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (JNPK-KR, 2017).

2. Teori Persalinan

Terjadinya proses persalinan diakibatkan oleh beberapa hal. Hal tersebut diungkapkan dalam beberapa teori diantaranya teori penurunan progesteron, teori oksitosin, teori keregangan otot rahim, teori prostaglandin, teori janin, teori berkurangnya nutrisi, teori plasenta menjadi tua.

a) Teori Penurunan Progesteron.

Penuaan plasenta telah dimulai sejak umur kehamilan 28 minggu, terjadi penurunan konsentrasi progesterone sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Hal ini akan menimbulkan Braxton Hicks yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan (Kurniarum, 2016).

b) Teori Oksitosin.

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan

menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus atau minimal melakukan kerjasama (Yulizawati, 2019).

c) Teori Ketegangan Otot Rahim.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai (Rosyati, 2017). Hal ini terjadi karena otot mengalami iskemmia dan mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi (Yulizawati, 2019). Hal ini yang menyebabkan awitan muda braxton hicks pada kehamilan ganda (Kurniarum, 2016).

d) Teori Janin.

Sinyal yang diarahkan kepada maternal sehingga tanda bahwa janin telah siap lahir, belum diketahui dengan pasti. Kenyataan menunjukkan bila terdapat anomali hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenalis persalinan akan menjadi lebih lambat (Yulizawati, 2019).

e) Teori Prostaglandin.

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua (Yulizawati, 2019). Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan (Kurniarum, 2016).

3. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor utama yang mempengaruhi terjadinya persalinan :

a) *Power*

His (Kontraksi ritmis otot polos uterus), kekuatan mengejan ibu dan keadaan kardiovaskuler respiration metabolism ibu. Kontraksi uterus berirama teratur dan involunter serta mengikuti pola yang berulang. Kontraksi uterus terjadi karena adanya penimbunan dan peningkatan kalsium pada reticulum endoplasma yang bergantung pada *Adeno Triphospat* (ATP) dan sebaliknya E2 dan F2 α mencegah penimbunan dan

peningkatan oleh ATP pada *reticulum endoplasma*, membebaskan kalsium kedalam intraseluler dan menyebabkan kontraksi *myofibril*. Setelah *myofibril* berkontraksi, kalsium kembali lagi ke RE sehingga kadar kalsium intraseluler akan berkurang dan menyebabkan relaksasi *myofibril*.

Peregangan serviks oleh kepala janin akhirnya menjadi cukup kuat untuk menimbulkan refleksi yang meningkatkan daya kontraksi korpus uteri dan akan mendorong janin maju sampai janin dikeluarkan. Ini sebagai umpan balik positif kepala janin meregang serviks, regangan serviks merangsang kontraksi fundus, kontraksi fundus mendorong bayi kebawah dan meregangkan serviks lebih lanjut, siklus ini berlangsung terus menerus.

b) *Passage*

Jalan lahir yang paling penting dan menentukan proses persalinan adalah *pelvis minor*, yang terdiri dari susunan tulang yang kokoh dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Yang dimaksud dengan jalan lahir adalah *pelvis minor* atau panggul kecil. Panggul kecil terdiri dari atas : pintu atas panggul, bidang terluas panggul, bidang sempit panggul dan pintu bawah panggul.

c) *Passanger*

Keadaan janin meliputi letak, presentasi, ukuran atau berat janin, ada tidaknya kelainan termasuk anatomi mayor. Pada beberapa kasus dengan anak yang besar, dengan ibu DM, terjadi kemungkinan kegagalan persalinan bahu karena persalinan bahu yang berat cukup berbahaya, sehingga dapat terjadi asfiksia. Pada letak sungsang mekanisme persalinan kepala dapat mengalami kesulitan karena persalinan kepala terbatas dengan waktu 8 menit (Yulizawati, 2021).

4. Tahapan Persalinan

a) *Kala I*

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah akrena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya

pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka (Kurniarum, 2016). Awal persalinan dimulai ketika wanita merasakan kontraksi yang signifikan dan teratur. Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10cm) (Prawirohardjo, 2016).

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Pada fase laten pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Fase aktif yaitu pembukaan serviks 4-10 cm. Fase ini berlangsung selama 6 jam dibagi menjadi 3 subfase yaitu Periode akselerasi berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm, periode dilatasi maksimal berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm dan periode deselarasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Prawirohardjo, 2016).

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Kurniarum, 2016).

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium uteri internum akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran servikss terjadi dalam waktu yang sama (Rosyati, 2017).

b) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi (Yulizawati, 2019). Kala II

pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam (Kurniarum, 2016). Adapun tanda gejala kala II adalah his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka dan peningkatan pengeluaran lendir dan darah (JNPK-KR, 2017 dan Rosyati, 2017). Pada kala II dilakukan pemantauan pada ibu dan janin sebagai berikut.

Tabel 2.6 Pemantauan Kala II (Kurniarum, 2016)

Kemajuan Persalinan	Kondisi ibu	Kondisi Janin
Usaha mengedan	Periksa nadi dan tekanan darah tiap 30 menit	Periksa DJJ setiap 15 menit atau lebih sering seiring makin dekatnya kelahiran.
Palpasi kontraksi uterus (kontrol tiap 10 menit) meliputi frekuensi, lama dan kekuatan his	Respon keseluruhan pada kala II: Keadaan dehidrasi, perubahan sikap/perilaku, tingkat tenaga	Penurunan presentasi dan perubahan posisi. Warna cairan ketuban

c) Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pada kala tiga persalinan, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta, keran tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinidng uterus Setelah lepas, plasenta akan turun ke bawah uterus atau ke dalam vagina (Kurniarum, 2016).

d) Kala IV (Pengawasan)

Kala IV adalah kal 1-2 jam setelah lahirnya plasenta (Yulizawati, 2019). Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah tingkat

kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, dan pernapasan), kontraksi uterus dan observasi terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (JNPK-KR, 2017).

5. Mekanisme Persalinan Normal

a) Engagement

Pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engagement adalah ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Jika kepala masuk dengan sutura sagitalis melintang dan os parietal sama tinggi maka disebut sinklitismus. Namun jika sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium disebut asinklitismus anterior, jika dekat ke simfisis disebut asinklitismus posterior (Yulizawati, 2017).

b) Penurunan

Penurunan terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah, dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat (Yulizawati, 2019).

c) Fleksi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi flexi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tahanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya flexi. Occiput turun mendahului sinciput, UUK lebih rendah daripada bregma, dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya ini terjadidi PAP, tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul. Efek dari flexi adalah untuk merubah diameter terendah dari *Occipitofrontalis* (11,0 cm) menjadi *suboccipito bregmatika* (9,5 cm) yang lebih kecil dan lebih bulat. Oleh karena penyesuaian antara kepala janin dengan panggul ibu mungkin ketat, pengurangan 1,5 cm dalam diameter terendah adalah penting (Kurniarum, 2016).

d) Putaran Paksi Dalam

Sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karenanya kepala janin yang masuk PAP pada diameter *transversa* atau *oblique* harus berputar ke diameter *anteroposterior* supaya dapat lahir. Akibat kombinasi elastisitas diagfragma oelvis dan tekanan intrauterine, disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang dinamakan dengan putar paksi dalam. Umumnya putar paksi dalam terjadi pada kala II persalinan (Kurniarum, 2016).

e) *Ekstensi*

Ekstensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan yaitu kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, dan Dasar panggul yang memberikan tahanan. Perlu diperhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4 – 5 cm sedangkan dinding belakang (*sacrum*) 10 smapai 15 cm. Dengan demikian sinciput harus menmpuh jarak yang lebih panjang dari *occiput*. Denagn demikian turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (*crowning*). *Occiput* lewat melalui PAP perlahan – lahan dan tengkuk menjadi titik putar di *angulus subpubicus*. Kemudian dengan proses extensi yang cepat sinciput menelurus sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirlah bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum (Yulizawati, 2019).

f) Putaran Paksi Luar

Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala akan berhadapan dengan tuber iskhiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Setelah putaran paksi luar maka sutura sagitalis kembali melintang (Yulizawati, 2019).

g) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar selesai, bahu depan akan berfungsi sebagai *hypomochlion* untuk membantu kelahiran bahu belakang.

Setelah itu akan diikuti kelahiran trochanter depan dan belakang sampai bayi lahir seluruhnya (Yulizawati, 2019).

6. Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (JNPK-KR, 2017). Kebijakan pelayanan asuhan persalinan adalah semua persalinan harus dihindari dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih, rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetric dan neonatal harus tersedia 24 jam, obat-obatan esensial, bahan, dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih. Menurut JNPK-KR (2017), asuhan persalinan normal memiliki tujuan yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta dengan intervensi yang minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan tetap terjaga pada tingkat yang optimal.

Menurut JNPK-KR (2017), Langkah-langkah asuhan persalinan normal yaitu :

- a. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA
 - 1) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfinger ani membuka
- b. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN
 - 2) Pastikan kelengkapan obat obatan dan kelengkapan dan obat obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi → siapkan :

- a) Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
- b) 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c) Alat penghisap lendir
- d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu :

- e) Menggelar kain di perut bawah ibu
- f) Menyiapkan oksitosin 10 unit
- g) Alat suntik steril sekali pakai didalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

c. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b) Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c) Jika terkontaminasi lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9. Pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melaksanakan langkah lanjutan.
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

- a) Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, rendam dalam klorin 0,5 % selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda relaksasi untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam, DJJ semua temuan periksaan dan asuhan yang diberikan kedalam partograaf.
- d. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN
 - 11) Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
 - 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
 - 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :

- a) Bimbing ibu agar dapat meneran benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi .
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup asuhan cairan per oral minum.
 - g) Menilai djj setiap kontraksi uterus selesai.
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
- e. **PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI**
- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
 - 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
 - 17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
 - 18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
- f. **PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI**
- Lahirnya kepala**
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan 1 tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal

- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan !
- Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat atas kepala bayi.*
 - Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.*
- 21) Setelah kepala lahir tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

Lahirnya Bahu

- 22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahir badan dan tungkai

- 23) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara dua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

g. ASUHAN BAYI BARU LAHIR

- 25) Lakukan penilaian selintas :
- Apakah bayi cukup bulan?
 - Apakah bayi menangis kuat dan / bernafas tanpa kesulitan?
 - Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjutkan ke langkah resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi).

Bila semua jawaban “IYA” maka lanjut ke – 26

26) Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Pastikan bayi dalam posisi dalam kondisi aman di perut bagian bawah ibu.

- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya 1 bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontaksi dengan baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10unit (intramuskular) di 1/3 bagian distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan) jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan penggantungan tali pusat diantara tali pusat tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu – bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya.

Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari areola mamae ibu

- a) Selimuti ibu – bayi dengan kain kering/selimut hangat , pasang topi dikepala bayi.
- b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam .
- c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30 menit – 60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
- d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

h. MANAJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)

- 33) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
- 35) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah, ambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (*dorso kranial*) secara hati- hati (untuk mencegah *inversio uteri*). Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya. Kemudian ulangi kembali prosedur diatas.
- a) Jika uterus tidak segera berkontraksi minta ibu / suami untuk melakukan stimulasi puting susu

Mengeluarkan Plasenta

- 36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah – sejajar lantai – atas).
 - b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
 - (1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Ulangi tekanan dorso kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT untuk melakukan DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
- Rangsangan Taktil (Masase) Uterus**
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan difundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- a) Lakukan tindakan yang diperlukan(kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon, kondom, kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil atau masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri).

i. MENILAI PERDARAHAN

- 39) Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjaitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan
- 40) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung atau plastik atau tempat khusus.

j. ASUHAN PASCA PERSALINAN

- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
 - 42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi
- Evaluasi**
- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas diair DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian dikeringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 - 44) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
 - 45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
 - 46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
 - 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit).
 - a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi, dan segera merujuk ke Rumah Sakit.
 - b) Jika bayi bernafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.

Kebersihan dan Keamanan

- 48) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 49) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga ibu untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 50) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 51) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 55) Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk memberikan vitamin K1 (1 mg) intramuskuler dipaha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik. (pernafasan normal 40-60x/menit) dan temperatur tubuh normal 36,5-37,5C) setiap 15 menit.
- 57) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.

58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Dokumentasi

60) Lengkapi partografi (halaman depan dan belakang).

D. Asuhan Nifas

1. Pengertian Nifas

Nifas atau puerperium atau postpartum adalah masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Biasanya berakhir sekitar enam minggu atau 42 hari (Kemenkes, 2019).

Masa nifas merupakan hal yang penting untuk diperhatikan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Asuhan kebidanan yang diberikan oleh seorang pemberi pelayanan kebidanan sangat mempengaruhi kualitas asuhan yang diberikan dalam tindakan kebidanan seperti upaya pelayanan antenatal, intranatal, postnatal, dan perawatan bayi baru lahir (Wahyuni, 2018).

Menurut Sukma (2017,) tahapan masa nifas dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. *Puerperium dini*, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- b. *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital.
- c. *Remote puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun.

2. Fisiologi Nifas

Setelah kelahiran bayi dan pengeluaran plasenta, ibu mengalami suatu periode pemulihan kembali kondisi fisik dan psikologisnya.

a. Involusi Uterus

Perubahan alat-alat genetalia baik internal maupun eksternal kembali seperti semula sebelum hamil disebut involusi. Involusi atau pengertian uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Sukma, 2017).

Tabel 2. 8 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Masa Nifas

Involusi Uteri Tinggi	Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

b. Lochea

Lochea adalah istilah untuk secret dari uterus yang keluar dari vagina selama masa nifas. Lochea mempunyai bau yang amis meskipun tidak menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap waktu.

Tabel 2.9 Pengeluaran Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, rambut lanugo, sisa mekonium
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur Merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

c. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, setelah bayi lahir. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau permukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil (Wahyuni, 2018).

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan ,serta pergangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap 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. Pada masa nifas, biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh dengan sendirinya (Kemenkes, 2019).

e. Perineum

Setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Sukma, 2017).

f. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal (Sukma, 2017).

g. Sistem Perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses melahirkan. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap buang air kecil masih tertinggal urine residual (Sukma, 2017).

h. Sistem Musculoskeletal

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun setelah melahirkan oleh karena ligament, fasia, dan jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendor (Wahyuni, 2018).

i. Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta keluar. Turunnya estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan jaringan baru (Sukma, 2017).

j. Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi: Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Yulizawati dkk, 2021)

3. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Wanita akan mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah, dan sering sedih, atau cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi

dari emosi yang labil. Beberapa faktor yang berperan dalam penyesuaian ibu antara lain (Sukma, 2017).

Adaptasi psikologis pada masa nifas dalam memberikan dukungan dan support bidan dapat melibatkan suami, keluarga dan teman di dalam melaksanakan asuhan sehingga akan melahirkan hubungan antar manusia yang baik, antar petugas dengan klien dan antar klien sendiri. Dengan adanya hubungan baik antara bidan dan klien diharapkan akan memenuhi kebutuhan psikologis ibu setelah melahirkan anak (Sukma, 2017).

a. *Taking in* (1-2 hari post partum)

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri, mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami. Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala kurang tidur dengan gejala lelah, cepat tersinggung, campur aduk dengan proses pemulihan.

b. *Taking hold* (2-4 hari post partum)

Ibu khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayinya dan khawatir tidak mampu bertanggung jawab untuk merawat bayinya. Wanita post partum ini berpusat pada kemampuannya dalam mengontrol diri, fungsi tubuh. Berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, memberi minum, mengganti popok.

c. *Letting go*

Pada masa ini pada umumnya ibu sudah pulang dari RS. Ibu mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi, begitu juga adanya greefing karena dirasakan sebagai mengurangi interaksi sosial tertentu. Depresi post partum sering terjadi pada masa ini. Pada masa nifas ibu mengalami tahapan perubahan psikologis. Pada masa ini ibu membutuhkan dukungan baik dari keluarga maupun dari tenaga kesehatan. Dengan model MLCC, dapat membantu meningkatkan luaran postpartum yang lebih baik pada ibu primipara dan menurunkan

tingkat stress ibu, kontrol diri ibu cenderung lebih baik (Yulizawati, 2017)

4. Kebutuhan Masa Nifas

Menurut Yulizawati dkk (2021), kebutuhan pada ibu nifas yaitu :

a) Nutrisi dan cairan

Masa nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengkonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air putih setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) Cairan sebanyak 8 gelas per hari. Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi nya melalui ASI nya. Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400-500 kalori. Kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi perhari. Selama masa nifas hindari konsumsi garam berlebihan.

b) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu nifas diperbolehkan bangun dari tempat tidur nya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu mencegah trombosis pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat.

c) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil

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. BAK sebaiknya dilakukan secara spontan/mandiri. BAK yang normal pada masa nifas adalah BAK spontan setiap 3- 4 jam.

(2) Buang Air Besar

Buang Air Besar (BAB) normal sekitar 3-4 hari masa nifas. Feses yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat mengakibatkan terjadinya konstipasi. Setelah melahirkan, ibu nifas sering mengeluh mengalami kesulitan untuk BAB, yang disebabkan pengosongan usus besar sebelum melahirkan serta faktor individual misalnya nyeri pada luka perineum ataupun rasa takut jika BAB menimbulkan robekan pada jahitan perineum.

d) Kebersihan Diri/Perineum

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu nifas dalam menjaga kebersihan diri yaitu :

- (1) Mandi teratur minimal 2 kali sehari.
- (2) Mengganti pakaian dan alas tempat tidur.
- (3) Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal.
- (4) Melakukan perawatan perineum.
- (5) Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari.
- (6) Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genetalia.

e) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi nya sendiri.

f) Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lokia berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali

g) Senam nifas

Senam nifas ialah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai hari kesepuluh. Tujuan senam nifas ialah membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, memperlancar pengeluaran lokia, membantu mengurangi sakit, mengurangi kelainan dan komplikasi pada masa nifas.

5. Asuhan Kebidanan Ibu Nifas

Asuhan Masa Nifas dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Tujuan asuhan nifas ialah menjaga kesehatan ibu dan bayi baik, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya (Kemenkes, 2019). Tujuan asuhan nifas lainnya adalah menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis, melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari, memberikan pelayanan keluarga berencana dan mendapatkan kesehatan emosi (Sukma, 2017)

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

a. Kunjungan I

Kunjungan dalam waktu 6 jam – 2 hari setelah persalinan, yaitu :

1) Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.

- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut.
- 3) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI pada awal menjadi ibu.
- 5) Menganjarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

b. Kunjungan II

Kunjungan dalam waktu 3 – 7 hari setelah persalinan, yaitu :

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.

c. Kunjungan III

Kunjungan dalam waktu 8 – 14 hari setelah persalinan, yaitu:

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, istirahat
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit

- 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi tetap hangat

d. Kunjungan IV

Kunjungan dalam waktu 29 – 42 hari setelah persalinan, yaitu:

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya.

- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Kemenkes, 2020).

E. Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Konsep Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir antara 2500-4000 gram (Kemenkes, 2019). 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 (Lockhart, 2014 dan Prawirohardjo, 2016)

Ciri-ciri bayi baru lahir :

- 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. Frekuensi jantung 120 - 160 kali/menit
- f. Pernafasan \pm 40 - 60 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang
- j. Genitalia; Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora . Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Reflek *morrow* atau bergerak memeluk bila di kagetkan sudah baik
- m. Reflek *graps* atau menggenggam sudah baik

- n. Eliminasi baik, meconium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Lockhart, 2014).

2. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

Kebutuhan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a. Pemberian Minum

Salah satu dan yang pokok minuman yang boleh dikonsumsi oleh bayi baru lahir dan diberikan secara cepat/dini adalah ASI (Air Susu Ibu), karena ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayi (*on demand*) atau sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) atau sesuai kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), berikan ASI dari salah satu sebelahnya. Berikan ASI saja (ASI eksklusif) sampai bayi berumur 6 bulan.

- b. Kebutuhan Istirahat/Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Neonatus usia sampai 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah total tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

- c. Menjaga Kebersihan Kulit Bayi

Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir. Sebelum dimandikan periksa bahwa suhu tubuh bayi stabil (suhu aksila antara 36,5°C-37,5°C), jika suhu tubuh bayi masih di bawah batas normal maka selimuti tubuh bayi dengan longgar, tutupi bagian kepala, tempatkan bersama dengan ibunya (*skin to skin*), tunda memandikan bayi sampai suhu tubuhnya stabil dalam waktu 1 jam. Tunda juga untuk memandikan bayi jika mengalami gangguan pernapasan.

- d. Menjaga Keamanan Bayi

Jangan sesekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun kemulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan penghangat buatan ditempat tidur bayi. (Kurniarum, 2016)

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah menjaga bayi agar tetap hangat, membersikan saluran napas (hanya jika perlu), mengeringkan tubuh bayi (kecuali telapak tangan), memantau tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan inisiasi menyusui dini (IMD), memberikan suntikan vitamin K1, memberi salep mata antibiotik pada kedua mata, memberi imunisasi Hepatitis B, serta melakukan pemeriksaan fisik (Lyndon Saputra, 2014).

a. Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Lockhart (2014) tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir adalah untuk membersihkan jalan nafas dan merangsang pernapasan, memantau ada tidaknya anomali eksternal, memberikan kehangatan pada neonatus secara adekuat, membantu neonatus beradaptasi dengan lingkungan ekstrauterin, mencegah infeksi dan cedera, dan untuk membersihkan bayi.

b. Penanganan dan Penilaian Bayi Baru Lahir

1) Menjaga Bayi Agar Tetap Hangat

Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi (El Shinta, 2019).

2) Membersihkan Saluran Napas

Saluran napas dibersihkan dengan cara mengisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan (El Shinta, 2019).

3) Mengeringkan Tubuh Bayi

Tubuh bayi dikeringkan dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih, dan halus. Tubuh bayi dikeringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan

membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem. Hindari mengerangkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama (El Shinta, 2019).

4) Perawatan Awal Tali Pusat

Ketika memotong dan mengikat/menjepit tali pusat, teknik aseptik dan antiseptik harus diperhatikan. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- a) Klem, potong, dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir.
Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat di potong (oksitosin IU intramuskular).
- b) Lakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.
- c) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril).
- d) Ikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya. Atau dapat juga dengan menggunakan penjepit tali pusat
- e) Lepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- f) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini (El Shinta, 2019).

Beberapa nasehat perlu diberikan kepada ibu dan keluarganya dalam hal perawatan tali pusat, yaitu :

- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
 - b) Jangan membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat.
 - c) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi.
 - d) Lipat popok harus di bawah puntung tali pusat.
 - e) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
 - f) Jika pangkal tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara saksama dengan menggunakan kain bersih. Perhatikan tanda- tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.
- 5) Melakukan Inisiasi Menyusui Dini

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a) Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam.
 - b) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui.
- 6) Memberikan Identitas Diri

Segera setelah IMD, bayi baru lahir di fasilitas kesehatan segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan kepada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukar nya bayi. Gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal,

jam lahir, dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan, dilakukan juga pembuatan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran.

7) Memberikan Suntikan Vitamin K1

Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vit K1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B.

8) Memberi Salep Mata Antibiotik pada Kedua Mata

Salep mata diberikan kepada bayi untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir. Salep mata yang biasa digunakan adalah tetrasiklin 1 %.

9) Memberikan Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB-0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari.

10) Melakukan Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan atau pengkajian fisik pada bayi baru lahir dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan kelahiran (El Shinta, 2019).

Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir antara lain :

- a) Menginformasikan prosedur dan meminta persetujuan orangtua
- b) Mencuci tangan dan mengeringkannya: Jika perlu gunakan sarung tangan
- c) Memastikan penerangan cukup dan hangat untuk bayi

- d) Memeriksa secara sistematis *head to toe* (dari kepala hingga jari kaki)
- e) Mengidentifikasi warna kulit dan aktivitas bayi
- f) Mencatat miksi dan mekonium bayi
- g) Mengukur lingkar kepala (LK), lingkar dada (LD), lingkar perut (LP), lingkar lengan atas (LILA), dan panjang badan, serta menimbang berat badan (El Shinta, 2019).

Menurut JNPK-KR (2017), penilaian awal dilakukan pada setiap BBL untuk menentukan apakah tindakan resusitasi harus segera dimulai. Segera setelah lahir, dilakukan penilaian pada semua bayi dengan cara petugas bertanya pada dirinya sendiri dan harus menjawab segera dalam waktu singkat.

- 1) Apakah bayi lahir cukup bulan ?
- 2) Apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium ?
- 3) Apakah bayi bernafas adekuat atau menangis ?
- 4) Apakah tonus otot baik ?

Bila semua jawaban di atas “Ya”, berarti bayi baik dan tidak memerlukan tindakan resusitasi. Pada bayi ini segera dilakukan Asuhan Bayi Normal. Bila salah satu atau lebih jawaban “tidak”, bayi memerlukan tindakan resusitasi segera dimulai dengan langkah awal Resusitasi (JNPK-KR, 2017). Kondisi umum bayi baru lahir pada menit pertama dan kelima dapat dikaji dengan menggunakan nilai APGAR.

Tabel 2. 10 APGAR Score

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
A-Appereance (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
P-Pulse (frekuensi jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100x/menit	Lebih dari 100x/menit
G-Grimace (respon terhadap rangsangan)	Tidak ada	Meringis	Batuk/bersin
A-Active (tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
R-Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

Dari hasil pemeriksaan APGAR score, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir sebagai berikut:

- 1) Nilai 7-10 : Normal
- 2) Nilai 4-6 : Asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 : Asfiksia Berat

c. Tanda Bahaya BBL dan Neonatus

Tanda bahaya pada bayi baru lahir adalah :

- 1) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
- 2) Bayi kejang
- 3) Bayi lemah, bergerak hanya jika dirangsang/dipegang
- 4) Nafas cepat ($>60x/\text{menit}$).
- 5) Bayi merintih
- 6) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
- 7) Pusar kemerahan, berbau tidak sedap, keluar nanah
- 8) Demam (suhu $> 37^\circ\text{C}$) atau suhu tubuh bayi dingin (suhu $< 36,5^\circ\text{C}$)
- 9) Mata bayi bernanah
- 10) Bayi diare
- 11) Kulit bayi terlihat kuning pada telapak tangan dan kaki. Kuning pada bayi yang berbahaya muncul pada hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir dan ditemukan pada umur lebih dari 14 hari
- 12) Tinja berwarna pucat.

d. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali :

- 1) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
- 2) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
- 3) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3) (Kemenkes, 2019).

F. Asuhan Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan

(WHO, 2018). Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (BKKBN, 2017).

2. Tujuan Program KB

Tujuan umum KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sri Handayani, 2019).

Tujuan khusus program KB meliputi :

- a) Mengatur kehamilan dengan menunda perkawinan, menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan bila dirasakan anak telah cukup.
- b) Mengobati kemandulan atau infertilitas bagi pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun tetapi belum juga mempunyai keturunan hal ini memungkinkan untuk tercapainya keluarga bahagia.
- c) Konseling perkawinan atau nasehat perkawinan bagi remaja atau pasangan yang akan menikah dengan harapan bahwa pasangan akan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang cukup tinggi dalam membentuk keluarga yang bahagia dan berkualitas.

3. Sasaran program KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsung adalah pasangan usia subur (PUS) yaitu pasangan yang wanitanya berusia antara 15- 49 tahun, karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. Sasaran langsung ini bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutkan (Yulizawati, 2019).

Sedangkan Sasaran tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola program KB. Tujuannya adalah untuk menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas dan sejahtera (Yulizawati, 2019).

4. Jenis Kontrasepsi

Menurut Affandi (2019) jenis-jenis alat kontrasepsi, yaitu:

a. Kondom

- 1) Kondom adalah suatu karet tipis yang dipakai menutupi zakar sebelum dimasukkan ke dalam vagina untuk mencegah terjadinya pembuahan.
- 2) Cara kerja kondom : mencegah spermatozoa bertemu dengan ovum/sel telur pada waktu senggama karena sperma tertampung dalam kondom.
- 3) Keuntungan :
 - a) Murah, mudah didapat.
 - b) Mudah dipakai sendiri.
 - c) Dapat mencegah penyakit kelamin.
 - d) Efek samping hampir tidak ada.
- 4) Kerugian :
 - a) Mengganggu kenyamanan bersenggama.
 - b) Harus selalu ada persediaan.
 - c) Dapat sobek bila tergesa-gesa.
 - d) Efek lecet, karena kurang licin

b. Pil KB

Pil KB atau *oral contraceptives pill* merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon estrogen atau progesterone.

- 5) Cara kerja :

- a) Menekan ovulasi yang akan mencegah lepasnya sel telur dari ovarium.

- b) Mengendalikan lender mulut rahim sehingga sel mani tidak dapat masuk ke dalam rahim.
 - c) Menipiskan lapisan endometrium.
- 6) Keuntungan :
 - a) Menunda kehamilan pertama pada PUS muda.
 - b) Mencegah anemia defisiensi zat besi.
- 7) Kerugian
 - a) Dapat mengurangi ASI
 - b) Harus disiplin
- c. Suntik
 - KB suntik adalah suatu cara kontrasepsi yang diberikan melalui suntikkan. Jenis yang tersedia antara lain : *Depo provera* 150 mg, *Noristerat* 200 mg, dan *Depo Progestin* 150 mg.
- 1) Cara kerja :
 - a) Mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita.
 - b) Mengentalkan lender mulut rahim, sehingga sel mani tidak dapat masuk dalam rahim.
 - c) Menipiskan endometrium.
- 2) Keuntungan :
 - a) Sangat efektif dengan kegegalan kurang dari 1%.
 - b) Tidak mempengaruhi produksi ASI.
- 3) Kerugian :
 - a) Gangguan haid.
 - b) Pusing, mual kenaikan berat badan.
- d. Implant
 - Implant adalah alat kontrasepsi yang ditanam di bawah kulit (susuk KB). Jenis implant yang beredar di Indonesia antara lain : *Norplant*, *implanon*, *indoplan*, *sinoplan*, dan *jadena*.
- 1) Kelebihan :
 - a) Praktis, efektif.
 - b) Tidak ada faktor lupa.

- c) Tidak menekan produksi ASI.
 - d) Masa pakai jangka panjang 5 tahun.
- 2) Kekurangan :
- a) Harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih.
 - b) Lebih mahal daripada KB yang pendek.
 - c) Implant sering mengubah pola haid.
- e. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)
- AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam.
- 1) Cara kerja: dengan adanya alat ini, maka terjadinya perubahan pada endometrium yang mengakibatkan kerusakan pada sperma yang masuk. Tembaga pada AKDR akan menghalangi mobilitas atau pergerakan sperma, mematikan hasil pembuahan.
- f. Vasektomi
- Vasektomi adalah sterilisasi sukarela pada pria dengan cara memotong atau mengikat kedua saluran mani (*vas deferens*) kiri dan kanan sehingga penyaluran spermatozoa terputus.
- g. Tubektomi
- Tubektomi adalah sterilisasi atau kontrasepsi mantap (permanen) pada wanita yang dilakukan dengan cara melakukan tindakan pada kedua saluran.

5. IUD Pasca Salin

a. Pengertian

IUD *post placenta* adalah IUD yang dipasang dalam 10 menit setelah pasenta lahir (pada persalinan normal) sedangkan pada persalinan caesar, dipasang pada waktu operasi caesar (Kemenkes, 2021).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014, dari seluruh alat dan obat kontrasepsi yang dapat digunakan pada pasca persalinan, yang paling berpotensi untuk mencegah *missed opportunity* KB pasca persalinan adalah AKDR pasca

plasenta, yakni: pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dalam 10 menit setelah plasenta lahir (atau sebelum penjahitan uterus pada operasi caesar) (Kemenkes, 2021).

b. Jenis IUD

1) IUD *Copper*

IUD *Copper* adalah suatu rangka plastik yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat *Copper* (tembaga) di sekitarnya. Jenisnya yaitu IUD Cu T 380 A dan IUD Nova T 380. IUD Cu T 380 A merupakan IUD yang disediakan oleh Pemerintah (Program) sedangkan IUD Nova T 380 tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri. Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat *reversibel*.

2) IUD *Levonorgestrel* (IUD-LNG)

IUD LNG adalah suatu alat berbahan plastik berbentuk T yang secara terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon *progesterin* (*levonorgestrel*) setiap hari. IUD *Levonorgestrel* tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri. Jangka waktu pemakaian berjangka panjang, efektif untuk pemakaian 5 tahun dan bersifat reversibel (Kemenkes, 2021).

c. Cara Kerja

Menurut Rusmini, dkk tahun 2021, Cara kerja IUD *post placenta* sama dengan IUD lain yaitu mencegah sperma dan ovum bertemu dengan mempengaruhi kemampuan sperma sehingga fertilisasi tidak terjadi, mempengaruhi implantasi sebelum ovum mencapai kavum uterus, dan menghalangi implantasi embrio pada endometrium. IUD mencegah terjadinya fertilisasi, karena terdapat tembaga pada IUD yang menyebabkan reaksi infamasi steril, hal tersebut merupakan toksik bagi sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi (Kemenkes, 2021).

d. Efektifitas IUD Post Placenta

Efektivitas tinggi, 99,2 – 99,4% (0,6 – 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama). Telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan. Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi (Kemenkes, 2021).

Perbandingan Tingkat Ekspulsi pada Inersi AKDR Berdasar *Health Tekhnology Assesment (HTA)*

Waktu Pemasangan	Definisi	Angka Ekspulsi	Observasi
Pasca plasenta	Dalam 10 menit setelah plasenta lahir	9,5-12,5%	Ideal : angka ekspulsi rendah
Pasca persalinan Dini	10 menit – 48 jam Pasca persalinan	25-37 %	Cukup aman
Pasca persalinan lanjut	>48 jam – 4 minggu Pasca persalinan	Tidak direkomendasi kan	Risiko tinggi perforasi, ekspulsi dan infeksi
Interval	>4minggu Pasca persalinan	3-13%	Aman

Sumber : Kementerian Kesehatan RI, Pedoman Pelayanan KB Pasca Persalinan 2015

e. Indikasi

Indikasi pemasangan IUD *post placenta* menurut Rusmini dkk (2021) yaitu :

- 1) Wanita pasca persalinan pervaginam atau pasca persalinan *seksio sesarea* dengan usia reproduksi dan paritas berapapun.
- 2) Wanita pasca keguguran yang tidak mengalami infeksi.
- 3) Masa menyusui.
- 4) Riwayat kehamilan ektopik.
- 5) Tidak memiliki riwayat keputihan purulen yang mengarah kepada IMS (gonore, klamidia dan servisitis purulen)

f. Kontraindikasi

Kontraindikasi pemasangan IUD *Post placenta* Rusmini,dkk (2021) yaitu :

- 1) Ketuban pecah sebelum waktunya.
- 2) Infeksi Intrapartum.
- 3) Perdarahan post partum.

- 4) Mengalami perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan hingga ditemukan dan diobati penyebabnya.
 - 5) Menderita anemia, penderita kanker atau infeksi traktus genitalis.
 - 6) Memiliki kavum uterus yang tidak normal.
 - 7) Menderita TBC pelvic, kanker erviks dan menderita HIV/AIDS.
- g. Kelebihan IUD post placenta
- 1) Dapat digunakan oleh semua pasien normal atau pasien bedah besar tanpa komplikasi.
 - 2) Efektif mencegah kehamilan dalam jangka panjang.
 - 3) Insersi IUD dikerjakan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta.
 - 4) Tidak meningkatkan risiko infeksi ataupun perforasi uterus.
 - 5) Kejadian ekpulsi yang rendah hampir sama dibandingkan dengan pemasangan setelah empat minggu pasca persalinan selama dilakukan dengan teknik yang benar.
 - 6) Dapat dipasang langsung saat ostium masih terbuka setelah 21 plasenta lahir sehingga mengurangi rasa sakit.
 - 7) Tidak mempengaruhi hubungan suami istri bahkan dapat menambah kenikmatan dalam hubungan karena mengurangi kekhawatiran terjadi kehamilan.
 - 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - 9) Dapat mencegah kehamilan diuar kandungan.
 - 10) Dilakukan satu kali pemasangan dan ekonomis dalam jangka waktu maksimal 8-10 tahun.
 - 11) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan lain.
 - 12) Kesuburan dapat langsung kembali setelah IUD dilepas (*reversible*).
 - 13) Tidak menimbulkan efek sistemik dan efek samping hormonal
- Kelebihan IUD post placenta bagi program yaitu :
- 1) Meningkatkan capaian peserta KB baru MKJP,
 - 2) menurunkan angka unmet need;
 - 3) Meningkatkan Contraceptive Prevalence Rate (CPR)

Kelebihan IUD post placenta bagi provider yaitu :

- 1) Pemasangan mudah sesaat setelah pasenta lahir dimana ostium masih terbuka;
 - 2) Klien lebih dapat diajak kerjasama karena sensasi sakit tidak terlalu terasa saat IUD diinsersi.
- h. Keterbatasan IUD *post placenta*
- Angka ekspulsi pada pemasangan IUD segera pasca persalinan lebih tinggi dibandingkan teknik pemasangan masa interval. Angka ekspulsi dapat diminimalisasi dengan pemasangan yang tepat yaitu IUD ditempatkan cukup tinggi pada fundus uteri dan dilakukan oleh tenaga terlatih (Kemenkes, 2021).
- i. Teknik pemasangan IUD post placenta

Inersi IUD pasca persalinan terdiri dari *Immediate post placental insertion* (IPP) yaitu IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah plasenta dilahirkan dan *Early post partum insertion* (EP) yaitu IUD yang dipasang antara 10 menit sampai dengan 72 jam post partum. Waktu ideal untuk melakukan pemasangan IUD *post partum* adalah 10 menit setelah keluarnya plasenta atau paling lambat sampai 48 jam post partum.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2021) teknik pemasangan IUD post placenta ada tiga cara yaitu :

- 1) Menggunakan *Forsep Kelly Panjang*

Cara ini yaitu dengan menggunakan klem cincin (*ring forceps*) dimana IUD dipegang pada pertemuan antara kedua lengan horizontal dengan lengan vertikal dan di insersikan jauh ke dalam fundus uteri.

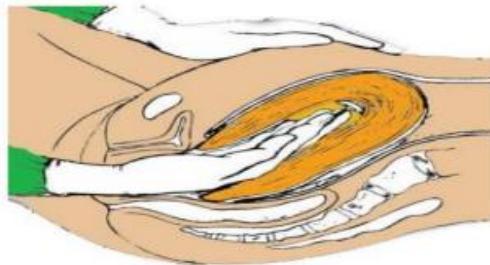
- 2) Menggunakan Inserter panjang

Cara ini yaitu dengan memasang spekulum vagina dan jepit porsio dengan *ring forceps*, masukan IUD kemudian fundus ditekan dan dorong inserter kearah fundus sampai terasa ada tahanan, jika sudah yakin tarik inserter dan potong benang.



3) Menggunakan tangan (*insersi manual*)

Cara manual yaitu dijepit dengan menggunakan 2 jari dan dimasukkan ke dalam rongga uterus melalui serviks yang masih terbuka sehingga seluruh tangan bisa masuk. IUD diletakkan tinggi menyentuh fundus uteri.



6. Asuhan Keluarga Berencana

Bidan memiliki peranan yang penting dalam perencanaan keluarga dan penggunaan kontrasepsi. Dalam hal ini bidan berperan memberikan konseling kepada ibu dan keluarga. Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada 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. Tujuan Konseling menurut yaitu Meningkatkan penerimaan, menjamin pilihan yang cocok, menjamin penggunaan cara yang efektif dan menjamin kelangsungan yang lebih lama (Handayani, 2015). Informasi ini terutama pada masa pasca persalinan. Pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang KB pasca persalinan dapat mencegah peledakan penduduk dan mewujudkan keluarga yang sejahtera (Sitorus dan Siahaan, 2018).

Langkah Konseling KB SATU TUJU. Menurut Walyani (2015), kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

a) SA: Sapa dan Salam

Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

b) T: Tanya

Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien.

c) U: Uraikan

Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling ia ingini serta jelaskan pula jenis - jenis lain yang ada.

Jelaskan alternative kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/ AIDS dan pilihan metode ganda

d) TU: Bantu

Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya, doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapi secara terbuka, petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut.

e) J : Jelaskan

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya.

f) U : Kunjungan Ulang

Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian, kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

G. Manajemen Asuhan Kebidanan

Menurut Varney manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Subiyatin A, 2017).

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengumpulan data dasar untuk mengumpulkan semua data yang diperlukan guna mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Data terdiri atas data subjektif dan data objektif. Data subjektif dapat diperoleh melalui anamnesa langsung, maupun meninjau catatan dokumentasi asuhan sebelumnya, dan data objektif didapatkan dari pemeriksaan langsung pada pasien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Handayani, 2017).

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan oleh profesi bidan dalam praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata

nama) diagnosis kebidanan. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai hasil pengkajian. Masalah sering juga menyertai diagnosa (Subiyatin. A, 2017).

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bidan, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh: seorang wanita yang hamil pertama kali, tetapi letak janinnya tidak normal (misalnya: bayi letak sungsang), yang harus diantisipasi adalah terhadap kemungkinan kelahiran bayi tersebut apabila ingin dilahirkan per vaginam, maka bidan harus dipertimbangkan besarnya janin dan ukuran panggul ibu, juga harus dapat mengantisipasi terjadinya persalinan macet (*aftercoming head*) pada waktu melahirkan kepala (Subiyatin A,2017).

4. Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan (Subiyatin A, 2017).

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, dan pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksankannya (Handayani. SR, 2017).

6. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diurakan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya: memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan mengurangi waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien (Handayani. SR, 2017).

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ke-tujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang sesuai dengan masalah dan diagnosis klien, juga benar dalam pelaksanaannya. Disamping melakukan evaluasi terhadap hasil asuhan yang telah diberikan, bidan juga dapat melakukan evaluasi terhadap proses asuhan yang telah diberikan. Dengan harapan, hasil evaluasi proes sama dengan hasil evaluasi secara keseluruhan. (Handayani SR, 2017).

H. Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Pola pikir yang digunakan oleh bidan dalam asuhan kebidanan mengacu kepada langkah Varney dan proses dokumentasi manajemen asuhan kebidanan menggunakan *Subjectif, Objectif, Assesment, Planning* (SOAP) dengan melampirkan catatan perkembangan (Insani, 2016).

Subjektif merupakan hasil dari anamnesis, baik informasi langsung dari klien maupun dari keluarga. Anamnesis yang dilakukan harus secara terperinci sehingga informasi yang diharapkan benar-benar akurat. Pada langkah ini, diharapkan bidan menggunakan daya nalaranya terkait informasi yang didapatkan (Insani, 2016).

Objektif merupakan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan. Pemeriksaan tersebut meliputi pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik secara *head to toe*, pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium baik darah, urin, tinja atau cairan tubuh). Data hasil kegiatan subjectif dan objectif akan beriringan. Hal ini meyakinkan bidan untuk melakukan langkah selanjutnya yaitu *assessment* (Insani, 2016).

Pada langkah *assessment*, bidan akan melakukan 3 poin pokok, yaitu menegakkan diagnosa kebidanan baik aktual maupun potensil, menentukan masalah (aktual dan potensial) dan menentukan kebutuhan. Diagnosa kebidanan mengacu kepada nomenklatur, artinya diagnosa yang ditegakkan merupakan diagnosa hasil anamnesis dan pemeriksaan yang merupakan kasus kebidanan,

kasus yang menjadi hak, kewajiban dan wewenang bidan untuk memberikan asuhan kebidanan (Insani, 2016).

Pada langkah *planning* atau perencanaan, bidan akan merencanakan asuhan kebidanan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan diagnosa kebidanan yang telah ditegakkan, sesuai dengan kebutuhan yang telah disusun pada langkah assessment. Pada langkah perencanaan ini, bidan mempertimbangkan seluruh kebutuhan baik fisik maupun psikologis klien. Tindakan apa yang akan dilakukan, mengapa tindakan tersebut dilakukan, kapan tindakan tersebut dilakukan, siapa yang melakukan dan bagaimana caranya tindakan tersebut dilakukan. Tahap perencanaan ini terdapat beberapa analisis yang dilakukan oleh bidan meliputi tahap prioritas, mempertimbangkan apakah klien dan keluarga diikutsertakan dalam tindakan kebidanan, apakah intervensi yang direncanakan dan dilakukan sesuai dengan permasalahan dan penyakit klien, membuat rasional tindakan dan dokumentasi (Insani, 2016).

Setelah tahap perencanaan dilakukan oleh bidan maka bidan melanjutkan kegiatan pemberian asuhan. Kegiatan asuhan yang diberikan oleh bidan, dilakukan dokumentasi dalam bentuk catatan perkembangan. Pada catatan ini, bidan secara terperinci membuat asuhan yang diberikan dengan melampirkan hari, tanggal, waktu, tanda tangan dan nama petugas yang melaksanakan. Setiap asuhan yang diberikan harus melampirkan hal tersebut (Insani, 2016).