

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses fisiologis dan alamiah yang terjadi pada perempuan dengan organ reproduksi yang sehat. Jika seorang perempuan telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat, maka kemungkinan besar ia akan mengalami kehamilan (Wulandari dkk., 2021).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi hingga kelahiran janin. Durasi kehamilan yang normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (Atiqoh, 2020).

b. Klasifikasi Usia kehamilan

Dalam sebuah kehamilan, masa kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, yaitu: trimester 1 (minggu ke 0-12), trimester 2 (minggu ke 13-27), dan trimester 3 (minggu ke 28-40) (Fajria dkk., 2024).

c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Fisiologi

a. Sistem reproduksi

1. Uterus

Memasuki fase akhir kehamilan, rahim berada sedikit di atas bagian tengah rahim. Implantasi plasenta dapat memengaruhi ketebalan otot rahim, sehingga bagian rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta berkembang lebih cepat dibandingkan dengan bagian lainnya. Hal ini menyebabkan ketidakrataan pada tampilan rahim, yang dikenal dengan tanda Piscaseck.

2. Serviks

Pada minggu terakhir kehamilan, di akhir trimester III, posisi serviks mengalami perubahan. Secara bertahap, serviks akan melunak, memendek, dan akhirnya membuka sebagai persiapan untuk proses melahirkan.

3. Vagina dan perineum

Pada periode kehamilan, terjadi peningkatan vaskularisasi dan kongesti yang dapat diamati pada kulit, otot perineum, dan genitalia bagian luar, disertai dengan pelunakan jaringan ikat di bawahnya. Peningkatan volume darah berdampak signifikan pada vagina, sehingga menyebabkan perubahan warna menjadi ungu, yang dikenal sebagai tanda Chadwick.

4. Vulva

Selama kehamilan, vulva mengalami perubahan, termasuk peningkatan vaskularitas dan perubahan warna menjadi lebih biru dan gelap, yang dikenal sebagai tanda Chadwick.

5. Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi terhenti karena peningkatan kadar estrogen dan progesteron yang mencegah pelepasan hormon perangsang folikel (FSH) dan hormon lutein (LH) dari kelenjar pituitari anterior. Setelah terbentuknya urin, yang mulai memproduksi estrogen dan progesteron, jaringan luteal tetap berfungsi selama kehamilan.

b. Payudara

Selama trimester terakhir kehamilan, pertumbuhan kelenjar susu menyebabkan payudara membesar. Pada usia kehamilan 32 minggu, produksi air susu mulai muncul dengan warna yang sedikit putih dan konsistensi yang encer.

c. Sistem Pernapasan

Pada akhir kehamilan, laju pernapasan per menit meningkat sekitar 40%, yang dapat menyebabkan ibu berisiko mengalami

hiperventilasi. Hiperventilasi berpotensi mengarah pada alkalosis, karena terjadi peningkatan sekresi bikarbonat oleh ginjal.

d. Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai memasuki panggul, yang dapat menyebabkan peningkatan keinginan untuk buang air kecil karena kandung kemih mulai berkontraksi lagi. Selain itu, terjadi pengenceran darah, yang menciptakan kondisi yang menguntungkan bagi metabolisme.

e. Sistem musculoskeletal

Pengaruh dan peningkatan hormon estrogen dan progesteron selama kehamilan menyebabkan kelemahan pada jaringan ikat serta ketidakseimbangan pada persendian. Efek ini paling maksimal terjadi pada satu minggu terakhir kehamilan.

2) Perubahan psikologi

Perubahan yang terjadi pada kehamilan trimester III (Wulandari *dkk.*, 2021) yaitu :

1. Rasa tidak nyaman dapat timbul kembali, dengan perasaan diri merasa jelek, aneh, dan tidak menarik.
2. Merasa tidak menyenangkan jika bayi tidak lahir tepat waktu.
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang mungkin timbul saat melahirkan, serta khawatir akan keselamatan dirinya.
4. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, serta mengalami mimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
5. Ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
6. Ibu semakin ingin menyudahi kehamilannya.
7. Ibu aktif mempersiapkan kelahiran bayinya.
8. Ibu sering bermimpi dan berkhayal tentang bayinya.
9. Ibu merasa tidak nyaman.
10. Perubahan emosional

d. Ketidaknyamanan kehamilan trimester III

Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III dan cara mengatasinya:

1. Sering buang air kecil

Penyebab: Tekanan uterus pada kandung kemih

Mencegah: Kosongkan saat terasa ada dorongan BAK, perbanyak minum pada siang hari.

2. Haemoroid

Penyebab: Konstipasi, tekanan yang meningkat dari uterus gravida terhadap vena haemoroid

Meringankan: Hindari konstipasi, kompres hangat perlahan masukkan kembali kedalam rektum seperlunya.

3. Kram kaki

Penyebab: Kemungkinan kurangnya/terganggunya makan kalsium/ketidaknyamanan dalam perbandingan kalsium-fosfor dalam tubuh.

Meringankan: Kebiasaan gerakan tubuh (body mekanik), mengangkat kaki lebih tinggi secara periodik, luruskan kaki yang kram.

4. Edema Tungkai

Penyebab: Sirkulasi vena yang terganggu tekanan vena didalam tungkai bagian bawah.

Meringankan: Hindari pakaian yang ketat, menaikan secara periodik posisi tidur miring kiri.

5. Insomnia

Penyebab: Kekhawatiran, kerisauan

Meringankan: Mandi air hangat, minum hangat sebelum tidur dan posisi relaksasi.

e. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda-tanda bahaya pada trimester III biasanya meliputi perdarahan per vaginam, sakit kepala hebat, edema pada muka dan tangan,

penglihatan kabur, berkurangnya gerakan janin, ketuban pecah dini, kejang, dan demam tinggi (Suryani dkk., 2023).

Tanda bahaya kehamilan mengindikasikan risiko serius yang dapat terjadi selama kehamilan. Jika tidak segera terdeteksi dan ditangani, kondisi ini dapat mengancam keselamatan ibu.

f. Standar Pelayanan Antenatal Care (ANC) Terpadu

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Timbang berat badan (BB) dan pengukuran tinggi badan (TB) adalah metode penting untuk menentukan pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil. Pertambahan BB yang optimal selama kehamilan ditentukan berdasarkan Indeks Massa Tubuh (BMI), yang merupakan indikator penting untuk memantau kesehatan ibu hamil. Total pertambahan BB yang normal selama kehamilan adalah antara 11,5-16 kg. Selain itu, TB juga digunakan untuk menentukan tinggi panggul ibu, di mana ukuran normal yang baik untuk ibu hamil adalah tidak kurang dari 145 cm (Wulandari dkk., 2021).

2. Ukur tekanan darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan dengan nilai dasar selama kehamilan. Tekanan darah yang adekuat penting untuk menjaga fungsi plasenta. Namun, jika tekanan darah sistolik mencapai 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada awal pemeriksaan, hal ini dapat mengindikasikan potensi hipertensi.

3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)

Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) dilakukan hanya pada kunjungan pertama. Jika LILA ibu hamil kurang dari 23,5 cm, maka ibu hamil dikategorikan mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan berisiko melahirkan bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR).

4. Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Apabila usia kehamilan di bawah 24 minggu, pengukuran tinggi fundus dilakukan dengan jari. Namun, jika usia kehamilan di atas 24 minggu, pengukuran dilakukan menggunakan metode McDonald, yaitu dengan mengukur tinggi fundus uteri menggunakan meteran dari tepi atas simfisis pubis hingga fundus uteri, kemudian ditentukan sesuai dengan rumus yang berlaku.

Tabel 2.1

Tinggi Fundus Uteri Menurut Usia Kehamilan

Umur kehamilan	TFU
12 minggu	3 jari diatas simpisis
16 minggu	½ simpisis-pusat
20 minggu	3 jari diatas pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	½ pusat-prosesus xyphoideus
36 minggu	Setinggi prosesus xyphoideus
40 minggu	2 jari dibawah prosesus xyphoideus

(Wulandari *dkk.*, 2021)

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ). Presentasi janin dapat diketahui melalui pemeriksaan palpasi pada akhir trimester II dan pada setiap kunjungan antenatal berikutnya. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menentukan letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul, ini dapat menunjukkan adanya kelainan letak, panggul sempit, atau masalah lain. Penghitungan DJJ dilakukan menggunakan stetoskop Laennec pada usia kehamilan 20 minggu. DJJ yang lambat, yaitu kurang dari 120 denyut per menit, atau DJJ yang cepat, yaitu lebih dari 160 denyut per menit, dapat mengindikasikan adanya gawat janin.
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Skrining status imunisasi TT dapat dilakukan pada kunjungan pertama ibu hamil. Pemberian imunisasi TT selanjutnya disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 2.2

Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Imunisasi	Interval	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan ANC pertama	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	4 minggu setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 Tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 Tahun setelah TT4	25 tahun atau seumur hidup

7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan.

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi. Setiap ibu hamil harus menerima tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama masa kehamilan, yang diberikan mulai dari kontak pertama. Setiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat.

8. Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukoprotein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya.
9. Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

10. Temu wicara (konseling)

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal mencakup:
 Hasil pemeriksaan, Perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, Gizi ibu hamil, Kesiapan mental, Tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, Persiapan persalinan, Kontrasepsi pascapersalinan, Perawatan bayi baru lahir, Inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif

g. Deteksi dini kehamilan dengan KSPR

1. Pengertian

Skor Poedji Rochjati adalah metode untuk mendeteksi dini kehamilan yang berisiko lebih tinggi dari biasanya, baik untuk ibu maupun bayi, terkait dengan kemungkinan penyakit atau kematian sebelum maupun setelah persalinan. Ukuran risiko ini dinyatakan dalam bentuk angka yang disebut skor. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor ≤ 2
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

2. Fungsi Skor Poedji Rochjati yaitu

- a. Melakukan skrining atau deteksi dini risiko tinggi ibu hamil
- b. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan
- c. Mencatat dan melapor keadaan kehamilan persalinan dan nifas
- d. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana.
- e. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.

Tabel 2.3
Skor Poedji Rochjati

I Kel.	II No.	III		IV				
		Masalah atau Faktor Resiko	Skor	Tribulan				
F.R.		Skor Awal Ibu Hamil	2	I	II	III.1	III.2	
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 tahun	4					
	2	Terlalu tua, hamil ≥ 35 tahun	4					
	3	Terlalu lambat hamil II, kawin ≥ 4 Tahun	4					
		Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 tahun)	4					
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 tahun)	4					
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4					
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4					
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9	Pernah melahirkan kandungannya : Tarikan tang / vakum Urut dirogoh Diberi infuse/transfuse	4 4 4					
	10	Pernah Operasi Sesar	8					
II	11	Penyakit pada Ibu Hamil: a) Kurang darah b) Malaria c) TBC paru d) Payah jantung e) Kencing manis (Diabetes) f) Penyakit menular seksual	4 4 4 4					
		12	Bengkak pada muka/tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
		13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
		14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
		15	Bayi mati dalam kandungan	4				
		16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	4					
		18	Letak lintang	8				
		19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
		20	Preeklamsi berat/kejang-kejang	8				
		Jumlah skor						

2. Konsep dasar persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup bulan dari rahim ibu, diikuti dengan keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Mintaningtyas, Isnaini, dan Lestari, 2023). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, dan berlangsung dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi pada ibu maupun janin.

b. Jenis-jenis Persalinan

Berikut jenis-jenis persalinan yang dapat dialami oleh ibu, (Susilawati *dkk.*, 2024)

1. Persalinan spontan atau persalinan normal

Persalinan spontan atau normal adalah proses kelahiran bayi dengan presentasi belakang kepala tanpa menggunakan alat bantu sejak awal inpartu hingga pengeluaran bayi. Pertolongan yang diberikan tidak melukai ibu atau bayi, dan biasanya berlangsung kurang dari 24 jam, dengan dukungan dari kontraksi rahim dan tenaga ibu dalam mendedan.

2. Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah proses kelahiran yang dibantu dengan alat atau intervensi medis, seperti ekstraksi dengan forsep, vakum, atau tindakan seksio sesarea. Penggunaan alat ini dilakukan jika ada indikasi medis, baik dari kondisi ibu maupun janin. Beberapa kondisi yang memerlukan persalinan buatan termasuk distres gawat janin dan pendarahan pervagina.

3. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah tindakan yang dilakukan untuk merangsang dan mempercepat proses persalinan dengan menimbulkan kontraksi rahim. Tindakan ini biasanya melibatkan

pemberian obat-obatan seperti misoprostol, oksitosin drip, dan laminaria. Persalinan anjuran sering dilakukan pada kehamilan post-matur sesuai dengan indikasi medis untuk memastikan kelahiran terjadi dalam waktu yang aman.

c. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Beberapa teori yang dikemukakan mengenai pemicu persalinan meliputi: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot rahim, pengaruh janin, dan teori prostaglandin (Fitriyani, Dian., 2024).

1. Penurunan kadar progesteron

Progesteron berfungsi melemaskan otot-otot rahim, sementara estrogen meningkatkan kelemahan otot tersebut. Selama kehamilan, kadar progesteron dan estrogen dalam darah berada dalam keseimbangan. Namun, menjelang akhir kehamilan, kadar progesteron mulai menurun, yang memicu timbulnya kontraksi rahim atau HIS.

Penuaan plasenta mulai terjadi pada minggu ke-28 kehamilan, di mana jaringan ikat menumpuk dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan penyumbatan. Penurunan produksi progesteron membuat otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, ketika kadar progesteron turun hingga tingkat tertentu, kontraksi otot rahim mulai terjadi.

2. Teori oksitosin

Oksitosin, yang dilepaskan dari kelenjar hipofisis posterior, berperan dalam proses persalinan. Perubahan dalam keseimbangan estrogen dan progesteron dapat memengaruhi sensitivitas otot rahim dan menyebabkan kontraksi Braxton-Hicks menjadi lebih sering. Menjelang akhir kehamilan, penurunan kadar progesteron memicu peningkatan oksitosin, yang pada gilirannya meningkatkan aktivitas otot rahim dan memicu kontraksi serta tanda-tanda persalinan.

Keregangan otot-otot rahim juga berperan dalam proses ini. Otot rahim memiliki kemampuan untuk meregang dalam rentang tertentu, dan setelah mencapai titik tertentu, kontraksi akan terjadi, menandakan dimulainya kelahiran. Sama halnya dengan kandung kemih dan lambung, ketika dinding rahim meregang karena peningkatan isi, kontraksi terjadi untuk mengeluarkan isinya. Seiring bertambahnya usia kehamilan, otot-otot rahim menjadi lebih meregang dan lebih rapuh. Misalnya, pada kehamilan ganda, kontraksi sering kali terjadi setelah sejumlah peregangan tertentu (Fitriyani, Dian, 2024).

3. Pengaruh janin

Kelenjar hipofisis janin dan kelenjar adrenal juga tampaknya berperan dalam proses persalinan. Pada kasus anensefali, di mana hipotalamus kurang berkembang, kehamilan seringkali berlangsung lebih lama dari biasanya. Pemberian kortikosteroid dapat membantu mematangkan janin dan menginduksi persalinan (Fitriyani, Dian, 2024).

4. Teori prostaglandin

Setelah kehamilan mencapai 15 minggu, konsentrasi prostaglandin yang dilepaskan dari desidua mulai meningkat. Prostaglandin yang diproduksi oleh desidua diduga berperan dalam memicu persalinan. Pemberian prostaglandin selama kehamilan dapat menyebabkan kontraksi otot rahim dan mengeluarkan produk konsepsi. Tingginya kadar prostaglandin ditemukan baik dalam cairan ketuban maupun di sekitar ibu hamil menjelang atau saat persalinan, yang mendukung peran prostaglandin dalam memicu kontraksi (Fitriyani, Dian, 2024).

d. Tanda-tanda Persalinan

1. Tanda bahwa persalinan sudah dekat (Mutmainnah, Johan dan Liyod, 2021)

a) Lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

1. Ringan di bagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
2. Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
3. Terjadinya kesulitan saat berjalan.
4. Sering kencing.

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain:

1. Rasa nyeri ringan di bagian bawah
2. Datangnya tidak teratur.
3. Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
4. Durasinya pendek.
5. Tidak bertambah bila beraktivitas.

2. Tanda-tanda timbulnya persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim, dimulai pada 2 face maker yang letaknya di dekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (fundal dominance), kondisi berlangsung secara sinkron

dan harmonis. Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik.

Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, istmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Mutmainnah, Johan dan Liyod, 2021):

- 1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
- 2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
- 3) Terjadi perubahan pada serviks.
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan maka kekuatan hisnya akan bertambah.

b. Keluarnya lendir bercampur darah perbagian (show)

Lendir berasal dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Dengan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria.

d. Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjangnya 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, seperti kertas (Mutmainnah, Johan dan Liyod, 2021).

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan Menurut (Fitriyani, Dian., 2024)

1. Power

Kekuatan kontraksi (kontraksi ritmis otot polos rahim) adalah kekuatan pendorong ibu, keadaan kardiovaskular, pernapasan, dan metabolismenya. Kontraksi uterus terjadi secara teratur dan tidak disengaja serta mengikuti pola yang berulang. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga tahap, yaitu peningkatan (saat mencapai intensitas), puncak (puncak atau maksimum), dan peluruhan (saat relaksasi).

Kontraksi uterus terjadi akibat akumulasi dan pengikatan kalsium di retikulum endoplasma (ER), yang bergantung pada adenotriphosfat (ATP). Sebaliknya, E2 dan F2 mencegah ATP terakumulasi dan meningkat di ER, memungkinkan RE melepaskan kalsium. Kontraksi miofibril ke dalam retikulum endoplasma intraseluler. Setelah miofibril berkontraksi, kalsium kembali ke UGD, mengurangi kadar kalsium intraseluler dan merelaksasi miofibril. Kontraksi uterus bersifat otonom. Artinya sistem saraf simpatis dan parasimpatis hanya bekerja secara bersamaan, meskipun hal ini tidak berada di bawah kendali wanita yang melahirkan peregangan serviks oleh kepala janin akhirnya menjadi cukup kuat untuk menimbulkan daya kontraksi korpus uteri dan akan mendorong janin maju sampai janin dikeluarkan.

2. Passage

Passage adalah suatu keadaan jalan lahir, pada proses persalinan jalan lahir mempunyai peran yang penting dalam proses persalinan pada kelahiran bayi. Dengan demikian evaluasi jalan lahir merupakan salah satu faktor yang menentukan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau sectio caesarea. Pada jalan lahir kepala janin dengan ukuran panggul normal apapun jenis panggulnya, secara normal kelahiran pervaginam janin dengan

berat badan yang normal tidak akan mengalami kesukaran, akan tetapi karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal-hal lain, ukuran panggul dapat menjadi lebih sempit daripada standar normal, sehingga biasa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam atau yang biasa disebut CPD (Cepalo Pelvic Disporpotion).

3. Passanger

Passager adalah janinnya, kepala adalah bagian yang paling besar dan keras dari tubuh bayi, posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan, kepala janin ini pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan, sehingga salah satu pemicu adanya komplikasi dan yang menentukan kehidupan janin kelak, lahir normal, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian badan yang lain akan keluar kemudian dengan mudah (Fitriyani, Dian., 2024).

4. Respon Psikologi

Perasaan optimis dan positif ibu berupa ikhlas, kelegaan hati, dan bahwa proses persalinan adalah suatu fase dalam menjadi "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga dan senang luar biasa ketika melahirkan bisa menghasilkan keturunan. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata. Pada psikologis ibu dipengaruhi oleh melibatkan emosi dan persiapan intelektual ibu, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat istiadat, dukungan dari orang-orang sekitar serta orang terdekat pada kehidupan ibu.

5. Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan harus dapat mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin. Proses persalinan salah satunya tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Fitriyani, Dian., 2024)

f. Tahapan Persalinan

Persalinan dapat dibagi menjadi 4 kala, (Namangdjabar *dkk.*, 2023) yaitu :

1. Kala I

Dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap (10 cm). Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu:

- a. Fase laten: pembukaan <4 cm. (8 jam)
- b. Fase Aktif: pembukaan 4 cm. 10 cm. (6-7 jam) atau 1 cm/jam

Fase aktif terdiri dari 3 periode yaitu

- 1) Fase akselerasi :berlangsung 2 jam, pembukaan 3 menjadi 4 cm
- 2) Fase dilatasi maksimal: berlangsung 2 jam, pembukaan 4-9 cm
- 3) Fase deselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan 9 menjadi 10 cm

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Premi 2 jam multi 1 jam. Pada kala ini his terkoordinir kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa meneran. Karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang (Namangdjabar *dkk.*, 2023).

3. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya placenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri teraba pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya, beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan

pengeluaran urin dalam waktu 5 menit seluruh plasenta terlepas terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis. Seluruh proses berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4. Kala IV (Kala Pengawasan)

- a. Selama Dua jam setelah placenta lahir. Untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.
- b. Setelah placenta lahir mulailah masa nifas (puerperium)

g. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dalam panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi (Fitriyani, Dian., 2024) :

1. Penurunan kepala terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.
2. Engagement, Fiksasi (engagement merupakan tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu).
3. Fleksi, Fleksi disebabkan oleh janin yang terdorong ke depan dan melawan dorongan dari pintu masuk panggul, leher rahim, dinding panggul, atau tepi dasar panggul. Kekuatan yang bertambah membuat hambatan dan ini menyebabkan kepala menekuk.
4. Putaran paksi dalam, Rotasi sumbu medial memutar bagian anterior sehingga bagian anterior kepala janin yang paling bawah berputar ke depan hingga di bawah simfisis pubis. Hal ini untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.
5. Ekstensi, ekstensi terjadi akibat gaya dari dasar panggul yang membentuk lengkungan menengadah yang mengarahkan kepala ke

atas menuju bukaan vulva, sehingga kepala harus meregang untuk melewati bukaan vulva.

6. Putaran paksi luar, pada saat kepala janin berada di pintu bawah panggul, bahu mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulvavagina, dimana ia akan bergeser di bawah simpisis pubis.
 7. Ekspulsi, setelah terjadi putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carus (kurva jalan lahir).
- h. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal dan Partograf
- a) 60 Langkah APN

Menurut (Parwatiningsih *dkk.*, 2021)terdapat 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN), yaitu sebagai berikut:

1. Dengarkan, lihat, dan periksa gejala dan tanda kala dua: dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Pakai celemek plastik.
4. Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir yang bersih.
5. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik.
7. Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa dibasahi air DTT.

8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, bantu ibu menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran.
13. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu merasa belum ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah kepala bayi tampak membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan

kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan Ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Melakukan penilaian selintas
26. Keringkan tubuh bayi : Keringkan bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat :
Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut

Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya

Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

32. Letakkan bayi tengkurang 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 dngan posisi lebih rendah dari puting atau aerola mammae ibu.
33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat secara terkendali
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati.
36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal, maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan
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.
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus. Letakkan telapak tangan di fundus uteri dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

39. Periksa kedua sisi plasenta (maternal- fetal), pastikan telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
43. Pastikan kandung kemih ibu kosong.
44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46. Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik.
48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dari kontaminasi darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan air ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan, lepaskan

secara terbalik dan rendam sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir.
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
56. Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 dengan dosis 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, lalu lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi Hepatitis BO di paha kanan bawah lateral.
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 bersih yang mengalir.
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

b) Partograf

1. Pengertian

Partograf adalah suatu instrument yang digunakan untuk memantau kemajuan persalinan selama kala I fase aktif dan membantu penolong persalinan untuk segera mengambil tindakan yang diperlukan (Aryani, Puspita dan Sholikhah, 2021).

2. Tujuan Penggunaan Partograf

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan
- b. Mendeteksi apakah ada penyulit selamat proses persalinan.

Mendokumentasikan data pelengkap selama proses persalinan, seperti medikamentosa, pemeriksaan laboratorium, dan tindakan yang diberikan selama proses persalinan.

3. Cara Pengisian :

- a. Lengkapi data umum tentang ibu

b. Dokumentasikan DJJ setiap 30 menit (satu kotak). Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan yang lain dengan garis sehingga membentuk seperti grafik.

c. Air ketuban: nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan VT. Kemudian catat dengan menggunakan symbol sebagai berikut :

U: Utuh (selaput ketuban masih utuh / belum pecah)

J: Jernih (selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih)

M: Mekonium (selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium)

Penyusupan: disebut juga molase, merupakan indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap tulang panggul ibu. Pada kasus CPD, derajat molase atau tumpang tindih tulang kepala bayi semakin besar (sutura tidak teraba) (Aryani, Puspita dan Sholikhah, 2021).

Catat hasil pemeriksaan dengan cara sebagai berikut:

1. 0 tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah teraba
2. 1 : tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan
3. 2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
4. 3: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

d. Pembukaan serviks dan penurunan kepala janin.

1. Beri tanda X pada kotak sesuai dengan angka dilatasi serviks (0-10). VT untuk dilatasi serviks dilakukan setiap 4 jam. Ingat satu kotak kecil partograf sama dengan 30 menit.

2. Pencatatan hasil dilatasi serviks yang pertama harus ditemukan dengan garis waspada dan disesuaikan dengan waktu (jam pemeriksaan) yang ditulis di baris waktu (jam).
 3. Hubungkan tanda X pada dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).
 4. Catat penurunan kepala janin seberapa jauh telah memasuki panggul ibu sesuai dengan system perlimaian (0-5) dengan memberikan tanda O
 5. Hubungkan tanda O pada setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus)
 6. Evaluasi hasil pencatatan. Secara normal, garis X yang merupakan tanda dilatasi serviks tidak boleh melebihi gariswaspada. Jika itu terjadi, harus segera mengambil tindakan yang tepat, karena mengindikasikan dilatasi serviks lambat (persalinan tidak maju) atau dengan kata lain perlu waktu lebih dari 6 jam dari awal fase aktif sampai pembukaan lengkap.
- e. Kontraksi (his). Catat his setiap 30 menit (satu kotak kecil). Observasi his selama 10 menit. Angka 1-5 menunjukkan frekwensi his dalam 10 menit. Sedangkan durasi his disi sesuai gambar dalam partograf (<20 detik kotak diisi dengan titik- titik; 20-40 detik kotak diarsir dengan garis melintang, dan >40 detik kotak diisi dengan blok penuh).
 - f. Catat pemberian oksitosin dengan cara menuliskan tetesan per menit jika ibu mendapat drip oksitosin.
 - g. Catat semua obat-obatan yang diberikan ibu selama proses persalinan di baris obat dan cairan IV.
 - h. Dokumentasikan tanda-tanda vital ibu meliputi TD, nadi, dan suhu.

1. TD diisi dengan memberi tanda A untuk systole dan V untuk diastole pada angka yang sesuai, kemudian dihubungkan dengan garis tegak.
2. Nadi dicatat dengan menuliskan tanda titik pada angka yang sesuai kemudian dihubungkan satu sama lain sehingga membentuk grafik.
3. Suhu dituliskan pada kolom suhu.

Lengkapi data isian lain sesuai dengan format yang ada dalam partograf (Aryani, Puspita dan Sholikhah, 2021).

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) 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 2.500-4.000 gram, nilai Apgar > 7 tanpa cacat bawaan (Rivanica dan Oxyandi, 2020). Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2.500-3.000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

b. Ciri-ciri bayi baru lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir normal, (Rivanica dan Oxyandi, 2020) yaitu:

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2.500-4.000 gram.
3. Panjang badan 48-52 cm.
4. Lingkar dada 30-38 cm.
5. Lingkar kepala 33-35 cm.
6. Lingkar lengan 11-12 cm.
7. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
8. Pernapasan 140-60x/menit.
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup

10. Kuku agak panjang dan lemas.
 11. Rambut lanugo tidak terlihat dan biasanya rambut kepala telah sempurna.
 12. Nilai APGAR >7
 13. Gerak aktif.
 14. Bayi lahir langsung menangis kuat
 15. Refleks rooting (mencari puting susu dengan merangsang taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
 16. Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
 17. Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
 18. Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
 19. Genitalia.
 1. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
 2. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora
 20. Eliminasi baik, yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.
- c. Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir
1. Tidak dapat menyusui sejak lahir, atau berhenti menyusui dengan baik
 2. Kejang-kejang atau tidak bisa bergerak sejak lahir
 3. Pernapasan cepat: Dua kali hitungan 60 kali napas atau lebih dalam satu menit
 4. Dada tidak bisa digerakkan
 5. Suhu tinggi: 37,5°C atau lebih
 6. Suhu sangat rendah: 35,4°C atau kurang
 7. Telapak kaki berwarna kuning
 8. Gerakan hanya saat dirangsang, atau tidak ada gerakan bahkan saat dirangsang

9. Tanda-tanda infeksi lokal: pusar merah atau mengeluarkan nanah, bisul pada kulit, atau mata berair nanah

d. Kunjungan Neonatus (KN 1-3)

Asuhan atau kunjungan neonatus yang umum di kenal sebagai KN di bedakan menjadi tiga yaitu KN1, KN2 dan KN3(Rahyani *dkk.*, 2020).

- a. KN 1 pada 6-48 jam, asuhan yang di lakukan yaitu :

1. Pemeriksaan bayi baru lahir
2. Pemberian ASI eksklusif
3. Menjaga bayi tetap hangat
4. Perawatan bayi
5. Tanda bayi sakit dan tanda bahaya
6. Merawat BBLR
7. Konseling

- b. KN 2 pada hari ke-3-7, asuhan yang di lakukan yaitu :

1. Pemeriksaan ulang
2. Pemberian ASI eksklusif
3. Perawatan bayi
4. Tanda bayi sakit dan tanda bahaya
5. Merawat BBLR
6. Konseling

- c. KN 3 pada hari ke-8-28. Asuhan yang di lakukan yaitu :

1. Pemeriksaan ulang
2. Pemberian ASI eksklusif
3. Perawatan bayi
4. Tanda bayi sakit dan tanda bahaya
5. Merawat BBLR
6. Konseling

4. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas, atau puerperium, dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali ke keadaan sebelum kehamilan. Masa nifas biasanya berlangsung sekitar 6 minggu, namun proses pemulihan lengkap alat genital hingga kembali ke kondisi pra-kehamilan memerlukan waktu sekitar 3 bulan (Puspita dkk., 2022).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas pada ibu nifas adalah sebagai berikut (Puspita dkk., 2022):

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik dari segi fisik maupun psikologis, sangat penting selama masa nifas. Peran keluarga sangat krusial dalam asuhan ini, terutama dalam hal penyediaan nutrisi dan dukungan emosional, untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi tetap terjaga.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif selama masa nifas melibatkan bidan untuk melakukan manajemen asuhan kebidanan secara sistematis. Proses ini meliputi pengkajian, interpretasi data, analisis masalah, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi. Dengan pendekatan ini, asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini potensi penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi.
 - a. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu adalah penting jika terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayi. Rujukan harus dilakukan ke fasilitas pelayanan yang sesuai untuk memastikan penanganan yang tepat dan optimal.
 - b. Memberikan pendidikan kesehatan meliputi informasi tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, teknik menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi, dan perawatan bayi yang

sehat. Selain itu, penting juga untuk memberikan pelayanan berencana yang sesuai dengan pilihan ibu dan keluarga.

c. Tahapan Masa Nifas

1. Periode immediate postpartum adalah masa segera setelah plasenta lahir hingga 24 jam berikutnya. Fase ini sangat kritis karena sering terjadi perdarahan postpartum akibat atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan terus-menerus terhadap kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, serta memeriksa tekanan darah dan suhu ibu secara rutin (Puspita dkk., 2022).
2. Periode early postpartum, yang berlangsung lebih dari 24 jam hingga satu minggu setelah persalinan, adalah fase di mana bidan memastikan bahwa involusi uterus berjalan normal, tidak terjadi perdarahan, lochia tidak berbau busuk, ibu tidak mengalami demam, mendapatkan makanan dan cairan yang cukup, serta dapat menyusui dengan baik.
3. Periode late postpartum, yang berlangsung lebih dari satu minggu hingga enam minggu setelah persalinan, adalah fase di mana bidan terus memberikan asuhan dan melakukan pemeriksaan rutin, serta memberikan konseling terkait perencanaan keluarga berencana (KB) (Puspita dkk., 2022).
4. Remote puerperium adalah periode waktu yang diperlukan bagi ibu untuk pulih sepenuhnya dan mencapai kondisi sehat, terutama jika selama kehamilan atau persalinan terdapat penyulit atau komplikasi.

d. Kebutuhan dasar ibu nifas

Kebutuhan dasar ibu nifas (Mertasari dan Sugandini, 2020) yaitu :

1. Kebutuhan nutrisi dan cairan

Ibu nifas memerlukan asupan nutrisi yang cukup dengan gizi seimbang, terutama dalam hal protein dan karbohidrat. Kecukupan gizi pada ibu menyusui sangat berkaitan dengan

produksi ASI, yang esensial bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi. Jika ASI diberikan dengan baik, maka berat badan bayi akan meningkat, kulit tetap sehat, tonus otot baik, serta perilaku bayi yang memuaskan. Ibu menyusui tidak perlu terlalu ketat dalam mengatur pola makannya, yang terpenting adalah konsumsi makanan yang mendukung pembentukan ASI berkualitas dalam jumlah cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya.

2. Kebutuhan Eliminasi (Miksi dan Defekasi)

a. Miksi/BAK

Ibu nifas dalam 3-4 jam harus sudah bisa BAK spontan dengan jumlah minimal 100 cc, bila pada jam ini ibu juga belum BAK masih ditoleransi sampai 8 jam masa nifas.

Ada beberapa tindakan nonfarmakopik yang bisa dilakukan bila ibu nifas tidak bisa BAK spontan, yaitu: memberi aroma peppermint, memercikkan air dingin pada simfisis, meniup air dengan pipet sampai bentuk gelembung, menghidupkan keran, dan basahi kaki. Bila tindakan nonfarmakopik tersebut di atas gagal maka dianggap perlu untuk dilakukan kateterisasi dan apabila setelah kateterisasi masih tetap tidak ada dorongan berkemih atau pengeluaran urine kurang dari 100 cc maka diperlukan bladder training mengingat selama 72 jam pertama nifas, ibu nifas mengalami kenaikan volume urine sebagai akibat diuresis.

b. Buang Air Besar

Sebagian besar ibu nifas baru akan ada dorongan BAB dalam waktu 2-3 hari masa nifas. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh usus yang telah dikosongkan selama persalinan dan mungkin tetap kosong karena tidak ada makanan padat masuk, faktor psikologis ibu yaitu ketakutan terhadap

nyeri/jahitan perineumnya lepas, motilitas usus yang masih lambat karena pengaruh hormon progesteron.

3. Aktivitas dan Istirahat

Early ambulation atau mobilisasi dini adalah kebijakan yang mendorong ibu untuk segera bangun dari tempat tidurnya dan mulai berjalan dalam waktu 24-48 jam setelah melahirkan, asalkan tidak ada komplikasi. Mobilisasi ini dilakukan sedini mungkin untuk mencegah masalah pada miksi (buang air kecil) dan defekasi (buang air besar). Namun, mobilisasi dini tidak dianjurkan bagi ibu nifas yang mengalami penyulit seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan kondisi lainnya yang dapat memperburuk kesehatan ibu.

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, dengan kebutuhan tidur sekitar 8 jam pada malam hari dan tambahan 1 jam pada siang hari. Untuk membantu memenuhi kebutuhan istirahat, ibu dapat melakukan beberapa hal berikut:

- a. Disarankan agar ibu cukup beristirahat.
- b. Lakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan dan bertahap.
- c. Tidur atau beristirahat saat bayi juga tidur.

4. Kebersihan Diri dan Perineum

Meskipun lokia berfungsi sebagai antiseptik alami bagi jalan lahir, pengelolaan yang tidak tepat dapat menyebabkan masalah selama masa nifas. Ibu nifas perlu menjaga kebersihan diri secara ekstra karena secara fisiologis pada masa ini terjadi diaforesis, yang menyebabkan tubuh ibu cepat lengket oleh keringat, menjadi basah, dan berbau. ASI yang dikeluarkan juga dapat meninggalkan bau khas pada pakaian dan tubuh ibu serta bayi. Oleh karena itu, menjaga kebersihan diri setelah menyusui sangat penting untuk mengurangi risiko infeksi dan meningkatkan kenyamanan. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, serta lingkungan sekitar.

5. Seksual

Seksualitas ibu setelah melahirkan dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk derajat ruptur perineum dan penurunan kadar hormon steroid setelah persalinan. Keinginan seksual ibu dapat menurun akibat kadar hormon yang rendah, adaptasi terhadap peran baru sebagai ibu, serta kelelahan akibat kurang istirahat dan tidur. Secara fisik, hubungan seksual dapat dimulai ketika perdarahan postpartum telah berhenti dan ibu merasa nyaman, misalnya, dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

6. Keluarga Berencana

Idealnya, pasangan harus menunggu setidaknya dua tahun sebelum memutuskan untuk hamil lagi. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan keluarga, dengan mempelajari cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Ovulasi bisa terjadi paling cepat tiga minggu setelah persalinan. Penggunaan kontrasepsi menjadi penting karena kembalinya masa subur tidak dapat diprediksi. Menstruasi biasanya kembali sekitar sembilan minggu setelah persalinan pada ibu yang tidak menyusui, dan sekitar 30-36 minggu atau 4-18 bulan pada ibu yang menyusui.

7. Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang optimal, senam nifas sebaiknya dilakukan sesegera mungkin setelah persalinan, asalkan ibu menjalani persalinan normal dan tidak mengalami komplikasi postpartum. Sebelum memulai bimbingan mengenai senam nifas, bidan sebaiknya mendiskusikan dengan pasien tentang pentingnya melatih otot perut dan panggul untuk kembali ke kondisi normal, terutama bagi ibu-ibu nifas yang mengalami diastasis rektus abdominalis.

e. Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

Tanda bahaya masa nifas adalah tanda abnormal yang menunjukkan adanya bahaya atau komplikasi yang mungkin terjadi selama masa nifas. Jika tidak terdeteksi atau dilaporkan, kondisi ini dapat berisiko mengancam nyawa. Tanda-tanda bahaya tersebut meliputi:

1. Perdarahan postpartum yang tidak normal.
 2. Infeksi pada masa nifas.
 3. Lokhia yang berbau busuk.
 4. Subinvolusi uterus (pengecilan uterus yang tidak normal).
 5. Nyeri perut dan panggul.
 6. Pusing, lemas berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur.
 7. Suhu tubuh ibu lebih dari 38°C.
 8. Payudara yang merah, panas, dan nyeri.
 9. Kehilangan nafsu makan yang berkepanjangan.
 10. Rasa sakit, kemerahan, lunak, dan pembengkakan pada wajah atau ekstremitas.
 11. Demam, muntah, dan nyeri saat berkemih.
- f. Kebijakan program masa nifas

Kebijakan Program Nasional Masa Nifas Berdasarkan Kementerian Kesehatan Tahun 2020 (Rinjani *dkk.*, 2024), yaitu :

1. Kunjungan Pertama (KF 1), yang dilakukan 6-8 jam setelah persalinan, memiliki tujuan sebagai berikut:
 - a. Mencegah perdarahan nifas yang disebabkan oleh atonia uteri.
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, serta segera merujuk jika perdarahan berlanjut.
 - c. Memberikan konseling kepada ibu dan anggota keluarga tentang cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.
 - d. Memberikan konseling mengenai pemberian ASI awal.

- e. Melakukan bonding antara ibu dan bayi yang baru dilahirkan.
 - f. Menjaga kesehatan bayi dengan mencegah hipotermia.
 - g. Jika petugas kesehatan membantu persalinan, ia harus tetap bersama ibu dan bayi selama 2 jam pertama atau sampai keadaan ibu dan bayi stabil.
2. Kunjungan Kedua (KF 2), yang dilakukan 3-7 hari setelah persalinan, bertujuan untuk:
- a. Memastikan proses involusi uteri berjalan dengan normal.
 - b. Mengevaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
 - c. Memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
 - e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan bayi.
3. Kunjungan Ketiga (KF 3), yang dilakukan 8-28 hari setelah persalinan, meliputi asuhan yang sama dengan kunjungan kedua.
4. Kunjungan Keempat, yang dilakukan 29-42 hari setelah persalinan, bertujuan untuk:
- a. Menanyakan adanya penyulit-penyulit yang mungkin terjadi.
 - b. Memberikan konseling mengenai kontrasepsi secara dini.

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah upaya untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan cara membatasi kelahiran. Keluarga

berencana mencakup usaha suami istri untuk menentukan jumlah dan jarak anak yang diinginkan melalui kontrasepsi atau pencegahan kehamilan, serta perencanaan keluarga (Wahyuni, 2022).

b. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, kebijakan Keluarga Berencana bertujuan untuk:

1. Mengatur kehamilan yang diinginkan.
2. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak.
3. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan Keluarga Berencana serta kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek Keluarga Berencana.
5. Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

c. Akseptor KB

Akseptor Keluarga Berencana (KB) adalah pasangan yang memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran dengan menggunakan metode kontrasepsi. Jenis-jenis akseptor KB meliputi:

1. Akseptor Aktif : Pasangan yang secara aktif menggunakan satu metode atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.
2. Akseptor Aktif Kembali: Pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 bulan atau lebih tanpa mengalami kehamilan, dan kembali menggunakan metode kontrasepsi yang sama atau berbeda setelah berhenti selama sekitar 3 bulan, bukan karena kehamilan.

3. Akseptor KB Baru: Pasangan yang baru pertama kali menggunakan alat atau obat kontrasepsi, atau pasangan yang kembali menggunakan kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.
 4. Akseptor KB Dini: Ibu yang memulai salah satu metode kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
 5. Akseptor KB Langsung: Ibu yang mulai menggunakan salah satu metode kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.
 6. Akseptor KB Dropout: Akseptor yang menghentikan penggunaan kontrasepsi lebih dari 3 bulan.
- d. Memilih Kontrasepsi rasional
1. Fase menunda kehamilan yaitu dapat dipilih kontrasepsi dengan urutan : Pil, Kondom, Suntikan, Implant dan IUD.
 2. Fase menjarangkan kehamilan dapat dipilih kontrasepsi dengan urutan : IUD, Implant, suntikan, Pil, dan kondom
 3. Fase tidak hamil lagi/menghentikan kehamilan dapat dipilih kontrasepsi dengan pilihan: MOW dan MOP
- e. Metode Kontrasepsi (MAL)
1. Pengertian MAL (Metode Amenore Laktasi)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya (Jalilah dan Prapitasari, 2020).

Metode Amenorea Laktasi (MAL) dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi, apabila:

 - a) Menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari.
 - b) Belum mendapat haid.

c) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

2. Cara Kerja

Metode Amenorea Laktasi (MAL) berfungsi untuk menunda atau mencegah terjadinya ovulasi. Selama menyusui, hormon prolaktin dan oksitosin memainkan peran utama. Peningkatan frekuensi menyusui akan meningkatkan kadar prolaktin dalam tubuh, yang pada gilirannya mengurangi produksi hormon gonadotropin yang berfungsi merangsang ovulasi. Kadar estrogen yang rendah, akibat pengaruh hormon penghambat, mencegah terjadinya ovulasi. Dengan demikian, MAL efektif dalam mencegah kehamilan selama periode laktasi (Jalilah dan Prapitasari, 2020).

3. Efektivitas

Efektivitas Metode Amenorea Laktasi (MAL) mencapai sekitar 98 persen jika digunakan dengan benar dan memenuhi syarat berikut: diterapkan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, ibu belum mengalami menstruasi pasca melahirkan, dan menyusui secara eksklusif tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan. Keberhasilan metode ini juga sangat bergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui.

Namun, MAL tidak direkomendasikan untuk ibu yang positif HIV/AIDS atau mengalami TBC aktif. Penggunaan MAL dalam kondisi tersebut harus dipertimbangkan dengan penilaian medis yang cermat, memperhatikan tingkat keparahan kondisi ibu serta ketersediaan dan penerimaan metode kontrasepsi alternatif (Jalilah dan Prapitasari, 2020).

6. Manajemen kebidanan 7 langkah Varney dan SOAP

a. Konsep manajemen kebidanan

Menurut Helen Varney (1997), penyelesaian masalah adalah salah satu strategi penting dalam manajemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa untuk melakukan manajemen kebidanan yang efektif, bidan

harus memiliki kemampuan berpikir kritis guna menegakkan diagnosis atau mengidentifikasi masalah potensial dalam praktik kebidanan.

b. Langkah asuhan Kebidanan Menurut Varney (1997)

1. Pengumpulan data dasar

Melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data dari laboratorium dan mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data dari laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

2. Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi adat secara benar terhadap diagnosis atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar.

3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

4. Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahapan ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi masalah dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan

masalah di tegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini konsultasi, kolaborasi dan rujukan.

5. Perencanaan asuhan secara menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

6. Pelaksanaan perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun yang ditegakkan. Pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

7. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan. Evaluasi merupakan sebagai bagian dari proses terus menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

Pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode SOAP

Dalam metode SOAP

S adalah data subjektif

O adalah data objektif

A adalah analysis/assessment

P adalah planning

Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran Penatalaksanaan manajemen kebidanan.

1. S (data Subjektif) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama

(pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, dibagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O". tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

2. O (Data Objektif) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
3. A (Assessment) merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis data yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat.
4. P (Planning) planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana

asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter. Dalam Planning juga harus mencantumkan evaluation/evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil melalui efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan.

B. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan berdasarkan Keputusan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No.938/Menkes/SK/VII/2007. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruanglingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

Standar1: Pengkajian

- a) Pernyataan standar Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
- b) Kriteria pengkajian
 1. Data tepat, akurat dan lengkap
 2. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa: Biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).

3. Data Obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

Standar 2: Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

- a) Pernyataan standar Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.
- b) Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah
 1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
 2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
 3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Standar 3: perencanaan

- a) Pernyataan standar Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.
- b) Kriteria perencanaan rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komperhensif.
 1. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
 2. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
 3. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 4. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumber daya serta fasilitas yang ada.

Standar 4: implementasi

- a) Pernyataan standar Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
- b) Kriteria

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
4. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
5. Menjaga privacy klien/pasien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Standar 5: evaluasi

- a) Pernyataan standar Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.
- b) Kriteria evaluasi
 1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
 2. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien/ dan keluarga.
 3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
 4. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Standar 6: pencatatan asuhan kebidanan

- a) Pernyataan standar Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.
- b) Kriteria pencatatan asuhan kebidanan
 1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekammedis/ KMS/ status pasien/ buku KIA)
 2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

3. S adalah subjektif, mencatat hasil anamnesa
4. O adalah data objektif, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
5. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
6. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/follow up.

C. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Permenkes Republik Indonesia No. 28 tahun 2017, kewenangan bidan yaitu:

1. Pasal 18

Dalam rangka penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan: Pelayanan kesehatan ibu; Pelayanan kesehatan anak; dan Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Pasal 19

- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan: Konseling pada masa sebelum hamil; Antenatal pada kehamilan normal; Persalinan normal; Ibu nifas normal; Ibu menyusui; dan Konseling ada masa antara dua kehamilan.
- c. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan: Episiotomi; Pertolongan persalinan normal; Penjahitan jalan lahir tingkat I dan II; Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan; Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil; Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas; Fasilitasi/ bimbingan inisiasi menyusu dini dan promosi air susu ibu eksklusif. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum; penyuluhan dan konseling; bimbingan pada

kelompok ibu hamil; dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 20

- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- b. Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bidan berwenang melakukan:
 - 1) Pelayanan neonatal esensial;
 - 2) Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan;
 - 3) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah; dan
 - 4) Konseling dan penyuluhan.
- c. Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi HB0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- d. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
 1. Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/ atau kompresi jantung. Penanganan awal hipotermi pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut dan fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan kangguru;
 2. Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidoniodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 3. Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

4. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
5. Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

4. Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, bidan berwenang memberikan: Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.

D. Kerangka Pikiran/Pendekatan Masalah

Gambar 2.1

Kerangka pikir menurut (Wulandari *dkk.*, 2021)



