

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Sarwono, masa kehamilan dimulai dari *konsepsi* sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Yulianingtyas, 2014).

Kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi. Kehamilan adalah hasil dari pertemuan sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (*ovum*) betul-betul penuh perjuangan. Dari sekitar 20-40 juta *sperma* yang dikeluarkan, hanya sedikit yang *survive* dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang sudah sedikit itu, hanya satu sperma saja yang bisa membuahi sel telur (Walyani dan Purwoastuti, 2015)

a. Memantau tumbuh kembang janin.

Tabel 2.1 Memantau tumbuh kembang janin

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas <i>simfisis pubis</i>
16 minggu	-	Ditengah, antara <i>simfisis pubis</i> dan <i>umbilicus</i>
20 minggu	20 cm (\pm 2 cm)	Pada <i>umbilicus</i>

22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah, antara <i>umbilikus</i> dan <i>prosesus sifoideus</i>
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada <i>proseussus sifoide</i>

Sumber : Ade Setiabudi, 2016

b. Pemeriksaan diagnosa kebidanan

Menurut Sulistyawati, (2011) pada jurnal Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (2019) pemeriksaan diagnosa untuk menentukan kehamilan dapat dilakukan dengan hal-hal berikut ini :

1) Tes HCG (tes urine kehamilan)

Dilakukan segera mungkin begitu diketahui ada *amenorea* (satu minggu setelah *koitus*). Urin yang digunakan saat test diupayakan urin pagi hari.

2) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan. Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan.

3) Palpasi abdomen

Pemeriksaan Leopold

a) Leopold I

Bertujuan untuk mengetahui TFU (*Tinggi Fundus Uteri*) dan bagian janin yang ada di fundus.

b) Leopold II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri perut ibu.

c) Leopold III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah *uterus*

- d) Leopold IV
Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bagian bawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.

2. Perubahan pada ibu hamil *trimester* ketiga

Perubahan pada ibu hamil *trimester* III menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) yaitu:

- a. Sakit punggung disebabkan karena meningkatnya beban berat yang dibawa yaitu bayi dalam kandungan.
- b. Pernafasan, pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil yang susah bernafas, ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu, tetapi setelah kepala bayi sudah turun kerongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan maka akan merasa lega dan bernafas lebih mudah.
- c. Sering buang air kecil, pembesaran rahim dan penurunan bayi ke PAP membuat tekanan pada kandung kemih ibu.
- d. Kontraksi perut, *brackton-hicks* kontraksi palsu berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur dan kadang hilang bila duduk atau istirahat.
- e. Cairan vagina, peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan pada persalinan lebih cair.

3. Asuhan *antenatal care*

- a. Pengertian asuhan *antenatal care*
Asuhan *antenatal care* adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 78).

b. Tujuan asuhan *antenatal care*

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu juga bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peranan ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

c. Jadwal pemeriksaan *antenatal*

Pelayanan *antenatal* (*Antenatal Care/ANC*) pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di *Trimester* 1, 1x di *Trimester* 2, dan 3x di *Trimester* 3 (Kemenkes RI,2020).

Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di *Trimester* I dan saat kunjungan ke 5 di *Trimester* III.

- 1) ANC ke-1 di *Trimester* I : skrining faktor risiko dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Jika ibu datang pertama kali ke bidan, bidan tetap melakukan pelayanan *antenatal* seperti biasa, kemudian ibu dirujuk ke dokter untuk dilakukan *skrining*. Sebelum ibu melakukan kunjungan *antenatal* secara tatap muka, dilakukan janji temu / Pedoman Pelayanan Antenatal, *teleregistrasi* dengan *skrining anamnesa* melalui media komunikasi (telepon) / secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19.

- a) Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan *swab* atau jika sulit untuk mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid Test*. Pemeriksaan *skrining* faktor risiko kehamilan dilakukan di RS Rujukan.
 - b) Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan *skrining* oleh Dokter di FKTP.
- 2) ANC ke-2 di *Trimester* 1, ANC ke-3 di *Trimester* 2, ANC ke-4 di *Trimester* 3, dan ANC ke-6 di *Trimester* 3 : Dilakukan tindak lanjut sesuai hasil skrining. Tatap muka didahului dengan janji temu/*teleregistrasi* dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19.
- a) Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan *swab* atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid Test*.
 - b) Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan pelayanan *antenatal* di FKTP.
- 3) ANC ke-5 di *Trimester* III Skrining faktor risiko persalinan dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Skrining dilakukan untuk menetapkan :
- a) faktor risiko persalinan,
 - b) menentukan tempat persalinan, dan
 - c) menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak.

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

Tabel 2.2 Informasi penting yang dikumpulkan pada setiap kunjungan *antenatal* lewat Permenkes No. 25 tahun 2014 Pasal 6 ayat 1b tentang pemeriksaan rutin kehamilan.

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
<i>Trimester</i> pertama	Sebelum minggu ke-14	a. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil. b. Mendeteksi masalah dan penanganannya. c. Melakukan tindakan pencegahan seperti <i>tetanus neonatorum</i> , <i>anemia</i> kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan. d. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. e. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan, kebersihan, istirahat, dan sebagainya).
<i>Trimester</i> kedua	Sebelum minggu ke-28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai <i>preeklamsi</i> (tanya ibu tentang gejala-gejala <i>preeklamsi</i> , pantau tekanan darah, evaluasi <i>odema</i> , periksa untuk mengetahui <i>protein uria</i>).
<i>Trimester</i> ketiga	Antara minggu 28-36	Sama seperti diatas, ditambah palpasi <i>abdominal</i> untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
<i>Trimester</i> ketiga		Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

Sumber : Walyani dan Purwoastuti (2015)

d. Pelayanan asuhan standar antenatal care

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2015; 80) pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7 T, dan sekarang menjadi 12 T,

sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14 T, yakni:

1) Timbang berat badan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata-rata antara 6,5 kg sampai 16 kg.

Tabel 2.3 Kategori Indeks Masa Tubuh Pada Ibu Hamil

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	≥ 7
Gemeli	-	16-20,5

2) Tekanan darah

Di ukur setiap kali ibu datang atau berkunjung. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklamsi. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar *systole/diastole*: 110/80-120/80 mmHg.

3) Pengukuran tinggi *fundus uteri*

Pengukuran tinggi *fundus uteri* dapat dilakukan dengan cara palpasi uterus, dimana uterus sudah bisa di palpasi sekitar usia 12 minggu. Berikut tinggi fundus uterus dengan cara *palpasi uterus*

Tabel 2.4 TFU Menurut Pertambahan Per Tiga Jari

Usia Kehamilan (Mg)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	1-2 di atas <i>simfisis</i>
16	Pertengahan pusat – <i>simfisis</i>
20	Tiga jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	Tiga jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat - <i>prosesus xiphoideus</i> (px)
36	Tiga jari di bawah <i>prosesus xiphoideus</i> (px)
40	Pertengah pusat - <i>prosesus xiphoideus</i> (px)

Sumber : Sulistyawati, (2011)

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nomor pada tepi atas *sympisis* dan rentangkan sampai *fundus uteri* (*fundus* tidak boleh ditekan).

Tabel 2.5 Tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan

No.	Tinggi <i>fundus uteri</i> (cm)	UK dalam Minggu (Mg)
1	12 cm	12
2	16 cm	16
3	20 cm	20
4	24 cm	24
5	28 cm	28
6	32 cm	32
7	36 cm	36
8	40 cm	40

Sumber : Walyani dan Purwoastuti, (2015).

4) Pemberian tablet tambah darah (tablet Fe)

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas, karena masa kehamilan kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin. Kebutuhan zat besi 15 mg/hr (untuk orang dewasa), 30 mg/hr (untuk ibu hamil dan menyusui) (Sukarni,2013).

5) Pemberian imunisasi TT

Untuk melindungi dari *tetanus neonatorum*. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah-merahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan.

Tabel 2.6 Jadwal imunisasi TT

Imunisasi	Interval	% perlindungan	Masa perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80 %	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95 %	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99 %	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99 %	25 tahun/seumur hidup

Sumber : Walyani dan Purwoastuti (2015).

6) Pemeriksaan *Haemoglobin* (Hb)

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi *anemia* pada ibu hamil.

7) Pemeriksaan *protein urine*

Untuk mengetahui adanya protein dalam *urine* ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsi.

8) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan *Veneral disease Research Laboratory* (VDRL) untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/penyakit menular seksual, antara lain *syphilis*.

9) Pemeriksaan *urine reduksi*

Dilakukan pemeriksaan *urine* reduksi hanya kepada ibu dengan ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

10) Perawatan payudara

Meliputi senam payudara, perawatan payudara, yang ditunjukkan kepada ibu hamil. Manfaat perawatan payudara adalah menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu. Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada puting susu terbenam). Merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar. Mempersiapkan ibu dalam laktasi. Perawatan payudara dilakukan dua kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan enam bulan.

11) Senam ibu hamil

Bermanfaat membantu ibu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit. Senam Hamil Maryam menitik beratkan pada gerakan gerakan sholat menyerupai gerakan Yoga Hamil.

12) Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus untuk ibu hamil di daerah endemik malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil.

13) Pemberian kapsul minyak *berydium*

Kekurangan *yodium* dipengaruhi faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur *yodium*. Akibat kekurangan *yodium* dapat mengakibatkan gondok dan kreatin

yang ditandai dengan gangguan fungsi mental, gangguan fungsi pendengaran, gangguan pertumbuhan dan gangguan kadar hormon yang rendah.

14) Temu wicara/konseling

Adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi.

4. Tanda-tanda bahaya kehamilan

Menurut Jannah, (2012) tanda-tanda bahaya kehamilan yaitu:

a. Perdarahan pervaginam

Pendarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60- 80 %) disebabkan oleh kelainan *kromosom* yang di temui oleh kelainan *spermatozoa* ataupun *ovum*. Pendarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh *plasenta previa*. Pendarahan ini terjadi sangat terkait dengan luas *plasenta* dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi *implementasi plasenta* tersebut.

Pada *plasenta* yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir umumnya terjadi pendarahan berupa bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka pendarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang mulai membahayakan keselamatan ibu

b. *Preeklamsi*

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu disertai dengan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan *preeklampsia*. Data atau informasi yang

berkaitan dengan tekanan darah sebelum hamil sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronik (yang sudah ada sebelumnya) dengan preeklampsia tanda dan gejala preeklampsia antara lain :

- 1) Sakit kepala yang tidak membaik setelah di obati
- 2) Gangguan pengelihatan
- 3) Nyeri uluhati
- 4) Odema menyeluruh
- 5) Protein urin positif

c. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang dimaksud adalah yang tidak berhubungan dengan persalinan normal. Merupakan nyeri perut yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat bisa berarti *appendicitis*, *abortus*, penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, *gastritis* dan infeksi kandung kemih

d. Gerakan janin kurang aktif

Ibu mulai merasakan gerakan janin selama bulan kelima atau ke enam. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan janin lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit tiga kali dalam periode tiga jam. Biasanya diukur dalam waktu 12 jam yaitu sebanyak 10 kali (Jannah, 2012).

e. Ketuban pecah dini

Dapat di identifikasi dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinan infeksi dalam rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan *morbiditas* dan *mortalitas* ibu dan bayi (Jannah, 2012).

f. Demam

Demam tinggi, terutama yang diikuti dengan tubuh menggigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing biasanya disebabkan oleh malaria (Jannah, 2012).

g. *Anemia*

Pembagian anemia:

- 1) *Anemia* ringan : 9 – 10 gr%
- 2) *Anemia* sedang : 7 – 8 gr%
- 3) *Anemia* berat : < 7 gr%

Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi *abortus*, *partus prematurus*, IUGR, infeksi, *hiperemesis gravidarum*.

Anemia ditandai dengan : bagian dalam kelopak mata, lidah dan kuku pucat, lemah dan merasa cepat lelah, kunang-kunang, napas pendek-pendek, nadi meningkat, dan pingsan (Jannah, 2012; 190).

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Menurut Saifudin, Persalinan adalah proses membuka dan menutupnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan *presentasi* belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Yanti, 2010).

Menurut Yanti, (2010), persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran *plasenta* dan selaput janin dari tubuh ibu. Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

a. Persalinan spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

b. Persalinan buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya *ekstraksi forceps*, atau dilakukan operasi *sectio caesaria*.

c. Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

2. Asuhan persalinan normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Fiandara, 2016)

3. Tujuan asuhan persalinan normal

Mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Sarwono, 2011).

4. Teori terjadinya persalinan

Menurut Yanti, (2010) terdapat beberapa teori kemungkinan terjadinya proses persalinan yaitu;

a. Penurunan kadar *progesterone*

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya *estrogen* meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesterone* dan *estrogen* di dalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesterone* menurun sehingga timbul his.

b. Teori *oxytocin*

Pada akhir kehamilan, kadar *oxytocin* bertambah. Oleh karena itu, timbul kontraksi otot-otot rahim.

c. Keregangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim makin rentan.

d. Pengaruh janin

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

e. Teori *prostaglandin*

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa *prostaglandin* F2 atau E2 yang diberikan secara *intravena* menimbulkan kontraksi *miometrium* pada setiap umur kehamilan.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2016) yang mempengaruhi proses persalinan yaitu:

a. *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah : his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari *ligament*, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

1) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi *uterus* karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat: kontraksi simetris, fundus dominan, kemudian diikuti relaksasi.

Pembagian his dan sifatnya :

- a) His pendahuluan adalah his tidak kuat dan tidak teratur namun menyebabkan keluarnya *bloody show*.
- b) His pembukaan (kala I) adalah his yang menyebabkan pembukaan *servik*, semakin kuat, teratur dan sakit.
- c) His pengeluaran (kala II) adalah his untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinir dan lama, koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, *diafragma* dan *ligament*.
- d) His pelepasan uri (kala III) adalah kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan *plasenta*.
- e) His pengiring (kala IV) adalah kontraksi yang lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

2) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal. Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat.

b. *Passage* (jalan lahir)

Passage adalah faktor jalan lahir yang dibagi atas bagian keras : tulang-tulang panggul dan bagian lunak yaitu otot-otot, jaringan jaringan dan ligament-ligament.

c. *Passanger* (Janin dan *Plasenta*)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah dan posisi janin.

d. *Psycology* (Psikologi Ibu)

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Ibu bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanyai. Perilaku dan penampilan ibu serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu Ibu berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan ibu akan hasil akhir mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien.

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

e. *Psycian* (Penolong)

Penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu atau janin. Bila diambil keputusan untuk melakukan campur tangan, ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati, tiap campur tangan bukan saja membawa keuntungan potensial, tetapi juga risiko potensial. Pada sebagian besar kasus, penanganan yang terbaik dapat berupa “observasi yang cermat”. Dalam menghadapi persalinan seorang calon ibu dapat mempercayakan dirinya pada bidan, dokter umum, dokter spesialis obstetric dan ginekologi, bahkan melakukan pengawasan hamil 12-14 kali sampai pada persalinan. Pertemuan konsultasi dan menyampaikan keluhan, menciptakan hubungan saling mengenal antar calon ibu dengan bidan atau dokter yang akan menolongnya. Kedatangannya sudah mencerminkan adanya “*informed consent*” artinya telah menerima informasi dan dapat menyetujui bahwa bidan atau dokter itulah yang akan menolong persalinannya.

Pembinaan hubungan antara penolong dan ibu saling mendukung dengan penuh kesabaran sehingga persalinan dapat berjalan dengan lancar. Kala I, perlu dijelaskan dengan baik bahwa persalinan akan berjalan aman, oleh karena kepala masuk pintu atas panggul, bahkan pembukaan telah maju dengan baik. Keberadaan bidan atau dokter sangat penting untuk memberikan semangat sehingga persalinan dapat berjalan baik. Untuk menambah kepercayaan ibu, sebaiknya setiap kemajuan diterangkan sehingga semangat dan kemampuannya untuk mengkoordinasikan kekuatan persalinan dapat dilakukan. Pemindahan penderita keruangan dimana anaknya telah menunggu, masih merupakan tanggung jawab bidan atau dokter paling sedikit selama 2 jam pertama (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

6. Tanda-tanda persalinan

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2016) ada empat tanda-tanda persalinan, yaitu :

a. His persalinan

Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifatnya nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut depan, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat dan mempunyai pengaruh pada pendataran dan pembukaan serviks.

b. *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis servikalis* keluar serta disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa *capillair* darah terputus.

c. Keluarnya air ketuban

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama Sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang- layang dalam cairan *amnion*. Ketuban mulai pecah sewaktu – waktu sampai saat persalinan. Jika ketuban yang menjadi tempat perlindungan bayi sudah pecah, maka sudah saatnya bayi harus di keluarkan. Jika ibu hamil merasakan ada cairan yang merembes keluar dari *vagina* dan keluar tanpa bisa di tahan lagi, tanpa dirasakan mulas atau sakit, merupakan ketuban pecah dini, yakni ketuban pecah sebelum adanya tanda persalinan.

Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi, kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, kadang-kadang selaput janin robek

sebelum persalinan. Walaupun demikian, persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

d. Pembukaan *servik*

Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. *Servik* menjadi matang selama periode yang berbeda – beda sebelum persalinan, kematangan *servik* mengindikasikan kesiapan untuk persalinan.

7. Tahapan persalinan

a. Kala I

Menurut Sarwono (2011) kala I persalinan dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi dalam 2 fase yaitu *fase laten* dan *fase aktif*.

1) *Fase laten*

Fase laten dalam persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan *servik* secara bertahap, pembukaan *servik* kurang dari empat cm, biasanya berlangsung hingga dibawah delapan jam.

2) *Fase aktif*

Fase aktif dalam persalinan *frekuensi* dan lama *kontraksi uterus* umumnya meningkat (*kontraksi* dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), *serviks* membuka dari empat cm kesepuluh cm, biasanya dengan kecepatan satu cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm) terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Fase aktif dibagi tiga *subfase*, yaitu:

- a) Fase *akselerasi* : dalam waktu dua jam pembukaan tiga cm menjadi empat cm.

- b) Fase *dilatasi* maksimal : dalam waktu dua jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari empat cm menjadi sembilan cm.
- c) Fase *deselerasi* : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu dua jam pembukaan dari sembilan cm menjadi lengkap.

b. Kala II

Persalinan kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Perubahan *fisiologis* secara umum yang sering terjadi pada persalinan kala II adalah his menjadi lebih kuat dan lebih sering, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul dan lahirnya *fetus*.

Persalinan kala II ditandai dengan ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan ada peningkatan tekanan pada *rektum*, *perineum* menonjol, *vulva* *vagina* dan *spinter ani* membuka serta terjadi peningkatan pengeluaran lendir darah (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

c. Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya *plasenta*. Biasanya ini terjadi antara 5-30 menit dan terjadi pengeluaran darah sekitar 100-200cc. (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

d. Kala IV

Kala IV persalinan dimulai sejak *plasenta* lahir sampai dua jam setelah *plasenta* lahir. Tahap ini digunakan untuk mengawasi bahaya pendarahan yang dilakukan oleh bidan. Dalam kala IV ini petugas atau bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi untuk memastikan bahwa keadaannya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

Dalam asuhan kebidanan pada persalinan kala IV hal-hal yang perlu dievaluasi adalah:

1) Evaluasi *Fundus*

Evaluasi *fundus* dimulai sejak *plasenta* lahir. Tanda-tanda bahwa *kontraksi uterus* dalam keadaan baik adalah konsistensi keras, bila konsistensi lunak harus dilakukan *masase uterus* dan memastikan *fundus* setinggi atau di bawah *umbilicus*.

2) Pemeriksaan *plasenta* dan *laserasi*

Inspeksi *plasenta* segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin. Jika ada bagian *plasenta* yang hilang, *uterus* harus dieksplorasi dan potongan *plasenta* dikeluarkan. Sewaktu suatu bagian dari *plasenta* tertinggal, maka *uterus* tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Tetapi mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa *plasenta*.

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan, yaitu:

- a) Derajat satu : *mukosa vagina, komisura posterior* sampai kulit *perineum*.
- b) Derajat dua : *mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum* dan otot *perineum*.
- c) Derajat tiga : *mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum* dan otot *spingter ani*.
- d) Derajat empat : *mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani* dan dinding depan *rektum*.

3) Penjahitan *laserasi perineum/episiotomy*

Penjahitan *laserasi perineum* dilakukan segera setelah penilaian dan inspeksi *plasenta*. Pengecekan *kontraksi uterus* kembali sebelum melakukan penjahitan harus dilakukan untuk memastikan bahwa tidak terjadi *atonia uteri* yang harus membutuhkan kompresi *bimanual interna* (Yanti, 2010).

4) Pemantauan selama kala IV

Karena terjadi perubahan *fisiologi*, maka pemantauan dan penanganan yang dilakukan oleh tenaga medis adalah:

- a) Pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban setelah kelahiran plasenta
- b) Memperhatikan jumlah darah yang keluar
- c) Pemeriksaan perineum

Evaluasi dilakukan pada ibu meliputi Lokhea dan besarnya robekan. Bila robekan perineum melebihi perobekan perineum tingkat satu harus dijahit. (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

8. Langkah asuhan persalinan normal

Menurut Sarwono, (2011) terdapat 60 langkah asuhan persalinan normal, yaitu :

a. Melihat tanda dan gejala persalinan kala II

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan/atau *vaginanya*
 - c) *Perineum* menonjol
 - d) *Vulva vagina* dan *spingter ani* membuka

b. Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul *oksitosin* 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang

- mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 - 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
- c. Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik
- 1) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT.
 - 2) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
 - 3) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
 - 4) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).
- d. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- 1) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

- 2) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 3) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
 - a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya.
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan peroral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu dua jam meneran untuk ibu primipara atau satu jam untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman.
 - j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

e. Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- 1) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 2) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 3) Membuka partus set.
- 4) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

f. Menolong kelahiran bayi

Lahirnya kepala

- 1) Saat kepala bayi membuka *vulva* 5-6 cm, lindungi *perinium* dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 2) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 3) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
- 4) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir bahu

- 1) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian

dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

- 2) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan *anterior* untuk mengendalikan siku dan tangan *anterior* bayi saat keduanya lahir.
- 3) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.

g. Penanganan bayi baru lahir

- 1) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Bila bayi mengalami asfiksia lakukan resusitasi.
- 2) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin per intramuskular
- 3) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira tiga cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua dua cm dari klem pertama.
- 4) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- 5) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan

kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

- 6) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaki.

h. Manajemen aktif kala III

Oksitosin

- 1) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya janin kedua.
- 2) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 3) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di *gluteus* atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu
Penegangan tali pusat terkendali
- 4) Memindahkan klem pada tali pusat
- 5) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan *palpasi kontraksi* dan menstabilkan *uterus*. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 6) Menunggu *uterus* berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya *inversio uteri*. Jika *plasenta* tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikutnya mulai.

- i. Mengeluarkan *plasenta*
- 1) Setelah *plasenta* terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada *uterus*.
 - a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - b) Jika *plasenta* tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
 - (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
 - (2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - (5) Merujuk ibu jika *plasenta* tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi.
 - 2) Jika *plasenta* terlihat di *introitus vagina*, melanjutkan kelahiran *plasenta* dengan menggunakan kedua tangan. Memegang *plasenta* dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar *plasenta* hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
 - a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril dan memeriksa *vagina* dan *servik* ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau *forcep* DTT atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

- j. Pemijatan *uterus*
Segera setelah *plasenta* dan selaput ketuban lahir, lakukan *masase uterus*, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan *masase* dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus* berkontraksi (*fundus* menjadi keras)
- k. Menilai perdarahan
- 1) Memeriksa kedua sisi *plasenta* baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa *plasenta* dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan *plasenta* di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
 - 2) Mengevaluasi adanya *laserasi* pada *vagina* dan *perineum* dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- l. Melakukan prosedur pasca persalinan
- 1) Menilai ulang *uterus* dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
 - 2) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan *klorin 0,5 %*; membilas kedua tangan yang masih bersarung tersebut dengan air DTT dan mengeringkan dengan kain bersih dan kering.
 - 3) Menempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
 - 4) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
 - 5) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan *klorin 0,5 %*.
 - 6) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya, memastikan handuk dan kainnya bersih atau kering.

- 7) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
- 8) Melanjutkan pemantauan kontraksi *uterus* dan perdarahan *pervaginam*.
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d) Jika *uterus* tidak berkontraksi dengan baik, lakukan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan *anestesia* lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 9) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan *masase uterus* dan memeriksa kontraksi *uterus*.
- 10) Mengevaluasi kehilangan darah
- 11) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 12) Menempatkan semua peralatan didalam larutan *klorin* 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 13) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 14) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT.
- 15) Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 16) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu memberikan ASI. menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan ibu minuman atau makanan yang diinginkan

- 17) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 18) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 19) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 20) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

Tabel 2.7 Parameter Penilaian dan Intervensi Selama Kala I

Parameter	Frekuensi kala I fase laten	Frekuensi kala I fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 Jam
Suhu badan	Setiap 2 atau 4 jam	Setiap 2 atau 4 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
DJJ	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 4 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan kepala	Setiap 4 jam	Setiap 4 Jam
Warna cairan amnion	Setiap 4 jam	Setiap 4 Jam

Sumber : Kemenkes RI., Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, 2013

C. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian nifas

Masa nifas atau puerperium adalah masa dimulai sejak satu jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan enam minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI,

cara menjarangkan kehamilan, imunisasi dan nutrisi bagi ibu (Sarwono, 2010).

Masa nifas adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira enam sampai 8 minggu (Sujiatini dkk, 2010)

2. Tujuan asuhan masa nifas

Adapun tujuan dari asuhan masa nifas menurut Sujiatini dkk (2010; 2) adalah:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrinning secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi.

3. Tahapan masa nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2015) nifas dibagi dalam tiga periode yaitu:

- a. Puerperium dini yaitu suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri atau berjalan-jalan.
- b. Puerperium intermedial yaitu suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

- c. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

4. Kebijakan program nasional masa nifas

Tabel 2.8 Kebijakan program nasional masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 48 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermi 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu kesulitankesulitan yang ia atau bayinya alami 2. Memberikan konseling KB secara dini

Sumber : Sujiyatini dkk, (2010)

5. Adaptasi psikologi masa nifas

Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2015) fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

a. *Fase taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah persalinan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

b. *Fase taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

c. *Fase letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan perawatan diri dan bayinya.

6. Perubahan fisiologis masa nifas (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

a) Pengerutan rahim (*involsi*)

Involsi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan *involsi* uterus ini, lapisan luar menjadi *neurotic* (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui

dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU nya (tinggi fundus uteri).

(1) Pada saat bayi lahir, fundus uterus setinggi pusat dengan berat 1000 gram

(2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari di bawah pusat

(3) Pada 1 minggu *post partum*, TFU teraba pertengahan pusat *simpisis* dengan berat 500 gram.

(4) Pada 2 minggu *post partum*, TFU teraba dia atas *simpisis* dengan berat 350 gram

(5) Pada 6 minggu *post partum*, fundus uteri mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.

b) *Lokhea*

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lokhea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang *nekrotik* dari dalam uterus. *Lokhea* mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 66). *Lokhea* dibedakan menjadi tiga jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

(1) *Lokhea rubra*

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari keempat *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium

(2) *Lokhea sanguinolenta*

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *post partum*.

(3) *Lokhea serosa*

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

(4) *Lokhea alba*

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. *Lokhea alba* ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

c) Perubahan pada serviks

Servik mengalami involusi bersama- sama dengan uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan servik menutup. (Walyani dan Purwoastuti, 2015)

2) *Vulva dan vagina*

Vulva dan *vagina* mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap kendur. Setelah tiga minggu, *vulva* dan *vagina* kembali ke keadaan tidak hamil, dan rugae dalam *vagina* secara berangsurangsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

3) *Perineum*

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

b. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya, ibu menjadi mudah lapar setelah persalinan. Biasanya terjadi pada 1-2 jam post primodial dan dapat ditoleransi dengan diet ringan. Untuk pemulihan nafsu makan, perlu sekitar 3-4 hari hingga normal dan pada masa ini, buang air besar spontan tertunda hingga 2 sampai 3 hari setelah melahirkan (Sujiyatini, 2010).

c. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini bagian ini mengalami *kompresi* (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. *Urine* dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah *plasenta* dilahirkan, Kadar *hormon estrogen* yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut *diuresis*. *Ureter* yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

d. Perubahan sistem *muskuloskeletal*

Otot - otot *uterus* berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini terjadi pada minggu ke-6 hingga minggu ke-8 setelah melahirkan. Sendi-sendi kembali normal meskipun kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan (Sujiyatini dkk, 2010).

e. Perubahan sistem *endokrin*.

1) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 *post partum* dan sebagai *onset* pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 *post partum*.

2) Hormon *pituitary*

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) *Hypotalamik pituitary ovarium*

Lamanya wanita seorang mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar *estrogen* dan *progesteron*.

4) Kadar *estrogen*

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar *estrogen* yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkatkan dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

f. Perubahan tanda vital (Sujiyatini dkk, 2010)

1) Suhu badan

Dalam satu hari (24 jam) *post partum*, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya, pada hari ke-3 suhu akan naik lagi karena adanya pembentukan ASI.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali permenit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan *plasenta* karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* dapat menandakan terjadinya *pre-eklamsi post partum*.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan.

g. Perubahan sistem *kardiovaskuler*

Setelah persalinan, volume darah *relatif* akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitium cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, terjadi pada 3-5 hari *post partum* (Sujiyatini dkk, 2010, 152).

h. Perubahan sistem hematologi

Pada hari pertama *post partum*, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai

15.000 selama proses persalinan akan tetapi dalam beberapa hari *post partum*.

7. Kebutuhan dasar ibu nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) kebutuhan dasar yang diperlukan ibu nifas adalah sebagai berikut:

a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemeliharaan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu ibu.

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu *post partum* diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk, kemudian berjalan.

c. Eliminasi

1) Miksi

Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spingter uretra tertekan oleh kepala janin dan *spasme* oleh *iritasi muskulo spingter ani* selama persalinan, atau dikarenakan oedema kandung kemih selama persalinan. Lakukan kateterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.

2) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari *post partum*. Apabila mengalami kesulitan BAB/obstipasi, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat,

olahraga berikan obat rangsangan per oral/per rektal atau lakukan klisma bilamana perlu.

d. Kebersihan diri dan *perineum*

Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan.

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.

f. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian, hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut.

g. Latihan/senam nifas

Organ-organ tubuh perempuan akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai hari ke sepuluh.

8. Tanda bahaya atau komplikasi pada masa nifas

Menurut Nugroho, dkk (2014) tanda bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi pada masa nifas yaitu :

- a. Perdarahan pervaginam
- b. Infeksi masa nifas
- c. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur
- d. Pembengkakan di wajah atau ekstremitas

- e. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih, payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit
- f. Kehilangan nafsu makan
- g. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan dikaki
- h. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.

9. Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas menurut Sujiyatini dkk, (2010) adalah:

- a. Teman terdekat, sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapi saat-saat kritis masa nifas. Pada awal masa nifas, ibu mengalami masa-masa sulit. Saat itulah, ibu sangat membutuhkan teman dekat yang dapat ia andalkan dalam mengatasi kesulitan yang ia alami.
- b. Pendidik dalam usaha pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga. Masa nifas merupakan masa yang paling efektif bagi bidan untuk menjalankan perannya sebagai pendidik. Dalam hal ini, tidak hanya ibu yang akan mendapatkan materi pendidikan kesehatan, tapi juga seluruh keluarga.
- c. Pelaksana asuhan kepada pasien dalam hal tindakan perawatan, pemantauan, penanganan masalah, rujukan dan deteksi dini komplikasi masa nifas. Dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, bidan sangat dituntut kemampuannya dalam menerapkan teori yang telah didapatnya kepada pasien. Perkembangan ilmu dan pengetahuan yang paling *up to date* harus selalu diikuti agar bidan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien.

D. Konsep Dasar Bayi baru lahir

1. Pengertian Bayi Baru lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010).

2. Penanganan segera bayi baru lahir

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) komponen asuhan bayi baru lahir meliputi:

a. Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan spontan menangis setelah dilahirkan. Apabila bayi tidak segera menangis segera setelah dilahirkan maka bersihkan jalan nafas bayi.

b. Memotong dan Merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah *plasenta* lahir tidak begitu menentukan dan tidak mempengaruhi bayi, kecuali bayi kurang bulan. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril. Sebelum digunting klem terlebih dahulu menggunakan *umbilical cord*. Luka tali pusat di bersihkan dan dibungkus menggunakan kaas *steril* dan diganti setiap hari atau setiap basah atau kotor.

c. Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme pengaturan *temperatur* tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami *hipotermia*. Cara mencegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya: keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan *vernix*, letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi, dan selimuti ibu dan bayi serta pakaikan topi di kepala bayi.

- d. Memberikan Vitamin K
- Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K₁ injeksi 1 mg *intramuskular* setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan BBL akibat *defisiensi* vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.
- e. Memberi obat tetes/salep mata
- Salep mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah satu jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi tersebut mengandung antibiotika *tetrasiklin* 1%. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.
- f. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- Segera setelah dilahirkan bayi, bayi diletakkan di dada atau atas perut ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernafasan, pengendalian suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan *incubator*, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial. Kadar *bilirubin* bayi akan lebih cepat normal karena pengeluaran *mekonium* yang lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir (Sarwono, 2010)
- g. Pemberian imunisasi bayi baru lahir
- Imunisasi *hepatitis* B bermanfaat untuk mencegah infeksi *hepatitis* B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi *hepatitis* B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K₁ pada saat bayi berumur 2 jam. Selanjutnya *hepatitis* B dan DPT diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Dianjurkan BCG dan OPV diberikan pada saat bayi berumur 24 jam (pada saat bayi pulang dari klinik) atau pada usia 1 bulan

(KN). Selanjutnya OPV diberikan sebanyak 3 kali ada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. (<https://www.alodokter.com/imunisasi/> diakses 5 Maret 2020, 08:15 WITA).

h. Pemeriksaan bayi baru lahir

Direktorat Bina Kesehatan Ibu (2012), menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan bayi baru lahir atau neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus minimal tiga kali, yaitu :

- 1) Kunjungan *Neonatal* ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 Jam setelah lahir, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan bayi, berikan ASI *eksklusif*, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi Vitamin K, dan imunisasi HB-0.
- 2) Kunjungan *Neonatal* ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir. Asuhan yang diberikan yaitu menjaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat dan imunisasi.
- 3) Kunjungan *Neonatal* ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, dan imunisasi.

Adapun pemeriksaan bayi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1) Keadaan umum

- a) Memeriksa pernapasan apakah merintih, hitung napas apakah 40-60 per menit, apakah terdapat retraksi dinding dada simetris.
- b) Melihat gerakan: apakah tonus baik dan simetris.
- c) Melihat warna kulit.
- d) Meraba kehangatan: bila teraba dingin atau terlalu panas, lakukan pengukuran suhu.
- e) Melihat adanya hipersalivasi dan/atau muntah.
- f) Melihat adanya kelainan bawaan.
- g) Melihat kepala: adakah bengkak atau memar
- h) Melihat abdomen: apakah pucat atau ada perdarahan tali pusat.
- i) Memeriksa adanya pengeluaran mekonium dan air seni
- j) Menimbang bayi
- k) Menilai cara menyusu.

3. Pemantauan bayi baru lahir

Menurut Sarwono, (2010) tujuan pemantaun bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

a. Dua jam pertama setelah lahir

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi:

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah.
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai.
- 3) Bayi kemerahan atau biru

b. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti :

- 1) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan.
- 2) Gangguan pernapasan. *Hipotermia*.
- 3) *Infeksi*.
- 4) Cacat bawaan dan trauma lahir.

Yang perlu di pantau pada bayi baru lahir adalah suhu badan dan lingkungan, tanda-tanda vital, berat badan, mandi dan perawatan kulit, pakaian dan perawatan tali pusat.

4. Evaluasi nilai APGAR

Nilai apgar bukan hanya dipakai untuk menentukan kapan kita memulai tindakan tetapi lebih banyak kaitannya dalam memantau kondisi bayi dari waktu ke waktu. Nilai APGAR menit pertama untuk menentukan diagnosa (asfiksia/tidak).

Tabel 2.9 Cara penilaian APGAR pada BBL

	Tampilan	0	1	2
A	<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas kebiruan	Seluruh tubuh kemerahan
P	<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
G	<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Menyeringai	Bersin/atuk
A	<i>Activity</i> (kontraksi otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R	<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis kuat
Jumlah nilai APGAR				

Sumber : Walyani dan Purwoastuti, (2015)

5. Tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

Merujuk bayi ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas rujukan apabila bayi:

- a. Tidak dapat menyusu.
- b. Kejang.
- c. Mengantuk atau tidak sadar.
- d. Napas cepat (>60 per menit).
- e. Merintih.
- f. Retraksi dinding dada bawah.
- g. Sianosis sentral.

E. Konsep Dasar Keluarga berencana

1. Pengertian Keluarga berencana

Keluarga berencana merupakan usaha suami - istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (*fertilisasi*) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk *berimplantasi* (melekat) dan berkembang didalam rahim (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

2. Tujuan program KB

Tujuan umumnya adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

Tujuan Khusus adalah meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran (Kementrian Kesehatan RI, 2014)

3. Jenis – jenis alat kontrasepsi

Terdapat berbagai macam jenis kontrasepsi yang dapat diberikan kepada calon akseptor. Dimana tenaga kesehatan dapat memberikan informasi secara lengkap, akurat dan seimbang. Semua jenis alat kontrasepsi pada umum dapat digunakan sebagai kontrasepsi pasca salin (Kementrian Kesehatan RI, 2014)

a. Kondom

Merupakan jenis kontrasepsi penghalang mekanik. Kondom mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk kedalam vagina. Kondom pria dapat terbuat dari bahan *latex* (karet), *polyurethane* (plastik), sedangkan kondom wanita terbuat dari *polyurethane*.

Pasangan yang mempunyai alergi terhadap latex dapat menggunakan kondom yang terbuat dari *polyurethane*. Efektifitas kondom pria antara 85-98 persen sedangkan efektifitas kondom wanita antara 79-95 persen harap diperhatikan bahwa kondom pria dan wanita sebaiknya jangan digunakan secara bersamaan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

b. Kontrasepsi oral (pil)

Kontrasepsi oral ini *efektif* dan *reversibel*, harus diminum setiap hari. Pada bulan pertama pemakaian, efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang, efek samping yang serius sangat jarang terjadi. Dapat digunakan oleh semua perempuan usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum. Dapat dimulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil dan tidak dianjurkan pada ibu menyusui serta kontrasepsi ini dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Sulistyawati, 2013)

c. Suntik/*injeksi*

Kontrasepsi ini sangat efektif dan aman digunakan karena dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Pemakaian kontrasepsi ini menyebabkan kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata empat bulan namun kontrasepsi ini cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI (Sulistyawati, 2013; 75).

d. Implan

Implan nyaman untuk digunakan dan memiliki efektivitas tinggi yaitu 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan. Efektif lima tahun untuk norplant dan tiga tahun untuk jadena, indoplant atau implanon. Dapat digunakan oleh semua perempuan di usia reproduksi. Kontrasepsi ini membuat kesuburan cepat kembali setelah implan dicabut. Efek samping utama dari kontrasepsi ini adalah perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan *amenore*. Kontrasepsi ini aman dipakai pada masa laktasi (Sulistyawati, 2013)

Implan atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4 cm yang di dalamnya terdapat hormon *progestogen*, implan ini kemudian di masukkan kedalam kulit di bagian lengan atas. Hormon tersebut akan di lepaskan secara perlahan dan implan ini dapat efektif sebagai alat kontrasepsi selama 3 tahun. Sama seperti pada kontrasepsi suntik, maka di sarankan penggunaan kondom untuk mindu pertama sejak pemasangan implan kontrasepsi tersebut (Purwoastuti,2014)

e. *Intra Uterine Devices (IUD/AKDR)*

Intra Uterine Devices merupakan alat kecil berbentuk seperti huruf T yang lentur dan diletakkan didalam rahim untuk mencegah kehamilan, efek kontrasepsi didapatkan dari lilitan tembaga yang ada dibadan IUD. IUD merupakan salah satu kontrasepsi yang paling banyak digunakan didunia. Efektifitas IUD sangat tinggi sekitar 99,2-99,9 persen, tetapi IUD tidak memberikan perlindungan bagi penularan penyakit menular seksual (PMS).

Saat ini, sudah ada modifikasi lain dari IUD yang disebut dengan IUS (intra uterine system), bila pada IUD efek kontrasepsi berasal dari lilitan tembaga dan dapat efektif selama 10 tahun maka pada IUS efek kontrasepsi didapat melalui pelepasan hormon progestogen dan efektif selama 5 tahun. Baik IUD dan IUS mempunyai benang plastik yang menempel pada bagian bawah alat, benang tersebut dapat teraba oleh jari didalam *vagina* tetapi tidak terlihat dari luar *vagina*.

Disarankan untuk memeriksakan keberadaan benang tersebut setiap habis menstruasi supaya posisi IUD dapat diketahui. Untuk IUD pasca salin dapat digunakan 10 menit – 48 jam setelah *plasenta* lahir atau 4 minggu – 6 minggu setelah melahirkan (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

f. *Metode operasi wanita (MOW/Tubektomi)*

Tubektomi pada wanita ialah setiap tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi. Kontrasepsi ini hanya digunakan untuk jangka panjang, walau kadang-kadang masih dapat dipulihkan kembali seperti semula (Suliyawati, 2013).

Kontrasepsi mantap pada wanita atau MOW (Metode Operasi Wanita) atau *tubektomi*, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar sel telur tidak dapat dibuahi oleh *sperma*. Kontrasepsi mantap pada pria atau MOP (Metoda Operasi Pria) atau vasektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran benih agar sperma tidak keluar dari buar zakar (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

g. Metode operasi pria (MOP/*vasektomi*)

Vasektomi merupakan suatu operasi kecil dan dapat dilakukan oleh seseorang yang telah mendapat latihan khusus. Selain itu *vasektomi* tidak memerlukan alat yang banyak, dapat dilakukan secara poliklinis, dan pada umumnya dilakukan dengan mempergunakan anastesi lokal (Sarwono, 2011).

F. *Gentle Birth*

Gentle birth merupakan metode persalinan yang menggabungkan persiapan pikiran dan mental dengan latihan *self hypnosis* atau *hipnosis* diri, sejak awal kehamilan hingga proses persalinan berlangsung. Metode persalinan bisa dilakukan secara *konvensional* maupun *alternatif*. Syaratnya, kehamilan harus bebas risiko sama sekali dan bukan kehamilan kembar (dr. Ali Sungkar, 2020).

Gentle birth merupakan proses persalinan alami yang berlangsung dengan lembut untuk menyambut jiwa yang lahir ke dunia. Penolong dan pendamping harus membantu dengan tenang dan suara yang lembut, sehingga pada saat bayi lahir, suasana di sekelilingnya tenang, hening dan penuh kedamaian. Hal ini bertujuan agar ibu tetap dapat mempertahankan kondisi relaksasi yang dalam (*meditatif*) selama persalinan berlangsung (Lanny K, 2019)

Beberapa persyaratan yang harus Anda penuhi terkait kondisi kesehatan dan kehamilan, Jika Anda ingin mencoba berbagai pilihan *Gentle Birth*, Antara lain:

1. Tidak berada pada rentang usia untuk hamil yang berisiko tinggi, yaitu di atas 35 tahun.
2. Merupakan kehamilan tunggal, bukan kembar.
3. Selama masa kehamilan tidak ada masalah kesehatan berarti pada ibu dan janin.
4. Posisi janin normal dan tidak memiliki risiko mengalami gangguan kesehatan.
5. Tidak ada gejala cairan ketuban pecah dini.
6. Tidak ada riwayat komplikasi kehamilan maupun persalinan sebelumnya

Berbagai Pilihan *Gentle Birth*, antara lain:

1. *Home birth* atau melahirkan di rumah.

Tentunya bisa melahirkan di lingkungan dan suasana yang familiar dan nyaman akan sangat menyenangkan. Dalam proses melahirkan, ibu hamil bisa didampingi tenaga medis atau tanpa didampingi tenaga medis –hanya ditemani pasangan, sahabat atau anggota keluarga yang memberi dukungan moral untuk menciptakan rasa aman, nyaman dan bahagia. Namun, di Indonesia cara ini kurang dianjurkan mengingat standar persyaratan higienis dan penunjang lainnya belum terjamin benar.

2. *Silence Birth*.

Tak ada aba-aba seperti : dorong, teruskan, dan sebagainya untuk menyemangati ibu mengejan pada persalinan dengan cara ini. Metode yang dikembangkan oleh Ron L. Hubbard dari aliran Scientology ini menghindari suara, baik oleh ibu yang melahirkan maupun tenaga medis dan pendamping, sehingga tercipta suasana tenang, hening, damai, serta penuh cinta dan kebahagiaan. Suasana seperti itu menunjang ibu

melahirkan mampu menggunakan alam bawah sadarnya untuk menjalani persalinan serta mengalihkan persepsi rasa sakit dalam pikirannya.

3. *Hypno Birthing.*

Sebelum proses persalinan bahkan selama kehamilan ibu melakukan *self hypnosis* untuk mencapai kondisi relaksasi yang dalam (*meditatif*) dan membebaskan diri dari rasa takut melalui latihan pernapasan. Dalam kondisi ini, tubuh akan memproduksi senyawa pereda rasa sakit alami yaitu hormon *endorfin*. Rasa sakit selama proses persalinan akan teralihkan dan minimal, atau hingga tak terasa. Pada prosesnya ibu juga disemangati untuk melakukan *visualisasi positif* bahwa melahirkan itu lembut, bebas dari rasa takut, dan mudah.

4. *Water Birth.*

Rasa sakit pada saat persalinan dikurangi dengan menggunakan sarana berupa air hangat. Ibu yang akan melahirkan dibiarkan bebas mengatur sendiri posisi yang paling nyaman. Ibu yang akan melahirkan masuk ke dalam air setelah mencapai pembukaan 6, karena masuk ke dalam kolam atau bak mandi terlalu awal malah akan memperlama proses melahirkan karena air hangat membuat tubuh menjadi relaks. Sebelum masuk air, ibu harus minum banyak air putih karena berendam dalam air hangat dapat menyebabkan dehidrasi dan menurunkan *level* energi. *Dehidrasi* menghambat otot-otot tubuh bergerak *efisien* dan menyebabkan lelah.

Mongan (2007) mengemukakan bahwa tubuh wanita seperti tubuh makhluk-makhluk lainnya yang secara naluriah mengetahui bagaimana cara untuk melahirkan. Penelitian yang dilakukan oleh Dundes (dalam Kuswandi, 2014) menunjukkan bahwa posisi melahirkan sambil berbaring dan mengangkat kaki tidak didasari dengan kajian ilmiah, namun dilakukan untuk memudahkan dokter dalam menangani persalinan.

Kuswandi (2014) mengungkapkan adanya pergeseran paradigma dalam persalinan ini membuat perubahan pada diri manusia. Persalinan

berubah seolah-olah menjadi proses medis di mana wanita yang tidak memiliki pengetahuan cukup langsung menyerahkan begitu saja tubuhnya kepada pihak yang dianggap lebih tahu tanpa memerhatikan insting-insting alamiah yang otomatis muncul. Berawal dari fenomena ini, muncul kesadaran untuk kembali kepada persalinan yang alami mengandung kesatuan antara *mind*, *body*, dan *spirit*.

Menurut Aprillia (2018), *gentle birth* merupakan metode persalinan yang tenang, lembut, dan minim trauma. *Gentle birth* memanfaatkan semua unsur alami dalam tubuh ibu. Mongan (2007) menjelaskan bahwa ketika rasa takut akan persalinan tidak ada, maka rasa sakit juga tidak akan ada. Perasaan takut akan membuat pembuluh-pembuluh arteri yang menuju ke rahim berkontraksi dan menegang sehingga menimbulkan rasa nyeri. Ketika seorang ibu merasa relaks, otot-otot akan melemas dan melentur, leher rahim (*serviks*) dapat menipis dan membuka secara alami saat kontraksi dan mendorong bayi dengan mudah.

Gentle birth memandang bahwa proses melahirkan adalah proses yang penuh cinta kasih dan selayaknya dilakukan dengan nyaman. Ibu adalah orang yang memutuskan lewat jalan seperti ia akan melahirkan bayinya, selama ibu dan bayi merasa nyaman. Tugas orang lain seperti bidan, dokter, dan keluarga hanyalah sebagai pendamping. Para pendukung persalinan mengedepankan, mengupayakan, dan mengandalkan reaksi alami tubuh ibu terlebih dahulu sehingga intervensi medis dapat diminimalisasi sebab dalam *gentle birth*, seorang ibu harus melakukan persiapan diri selama masa kehamilan, bahkan jika memungkinkan sejak sebelum hamil (Aprillia, 2018).

G. Pendokumentasian SOAP

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan (Sudarti, 2011).

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan (Sudarti, 2011).

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP, yaitu :

1. Data subjektif

Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah 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 akan menguatkan diagnosis yang disusun (Sudarti, 2011).

Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup) (Walyani dan Purwoastuti, 2016)

2. Data objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama adalah pengkajian data, terutama yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan ke dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Sudarti, 2011).

3. Analisa (*Assesment*)

Analisa merupakan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan data objektif. 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. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisa data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat (Sudarti, 2011).

Analisa merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menuntut kewenangan bidan meliputi tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien (Sudarti, 2011).

4. Penatalaksanaan

Pendokumentasian P dalam SOAP adalah pelaksanaan asuhan yang sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali tindakan yang dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisa juga berubah maka rencana asuhan maupun implementasinya kemungkinan berubah atau harus disesuaikan.

Dalam penatalaksanaan ini juga harus mencantumkan evaluasi yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil telah tercapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP

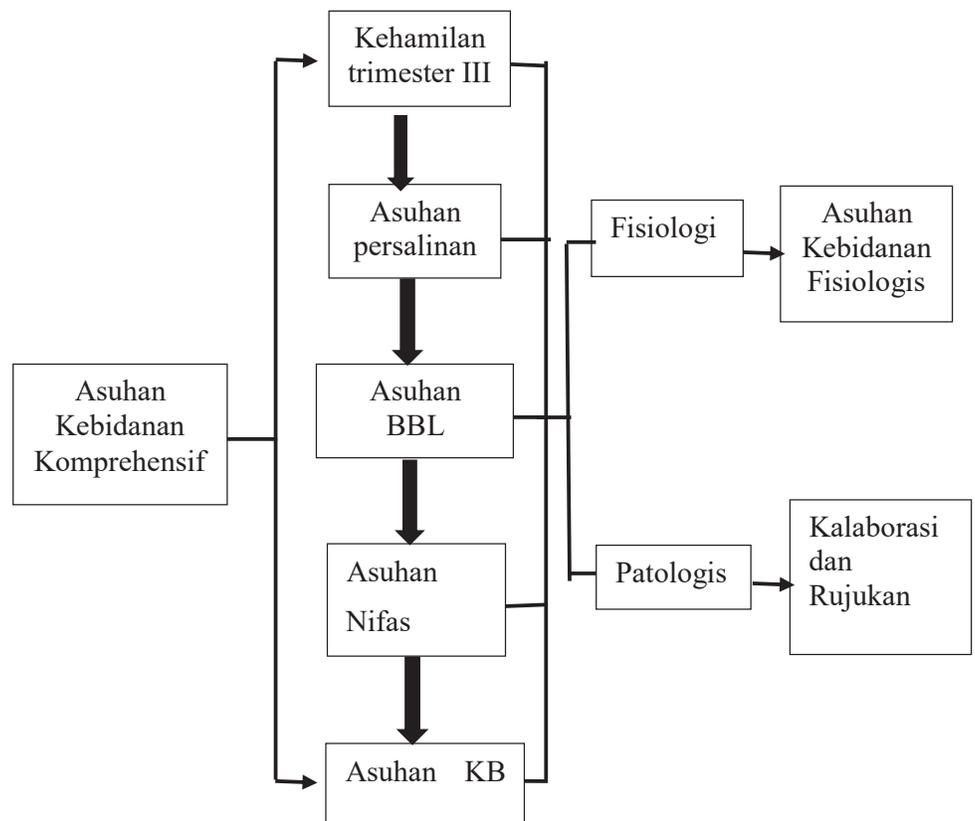
H . Kerangka Pikir

Kerangka pikir asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu “KM” selama masa kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir yaitu sebagai berikut:



Variabel yang diteliti

Gambar 2.1



Bagan Kerangka Pikir Asuhan Kebidanan Ny “YS”