

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan menurut BKKBN merupakan sebuah proses bertemunya sel telur yang sudah matang dengan sperma, hingga pada akhirnya membentuk sel baru yang akan tumbuh. Definisi kehamilan menurut WHO adalah proses sembilan bulan atau lebih di mana seorang perempuan membawa embrio dan janin yang sedang berkembang di dalam rahimnya (Anwar *et al.*, 2022).

b. Proses Terjadinya Kehamilan

Proses terjadinya kehamilan di antaranya yaitu:

1) Ovulasi

Ovulasi merupakan proses lepasnya sel telur dari ovarium menuju tuba falopi, hari ke-14 pada siklus menstruasi 28 hari. Selama masa subur berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi (Haslan, 2020).

Fase ovulasi terjadi ketika ovarium melepaskan sel telur yang telah matang. Sel telur akan keluar dari ovarium pada saat kadar LH dalam tubuh mencapai optimal. Sel telur

yang telah keluar akan menuju rahim untuk yang siap dibuahi oleh sel sperma. Apabila tidak dibuahi, sel telur akan melebur dalam waktu 24 jam. Waktu ovulasi biasanya berkisaran 13-15 hari setelah masa menstruasi (Fadella and Jamaludin, 2019).

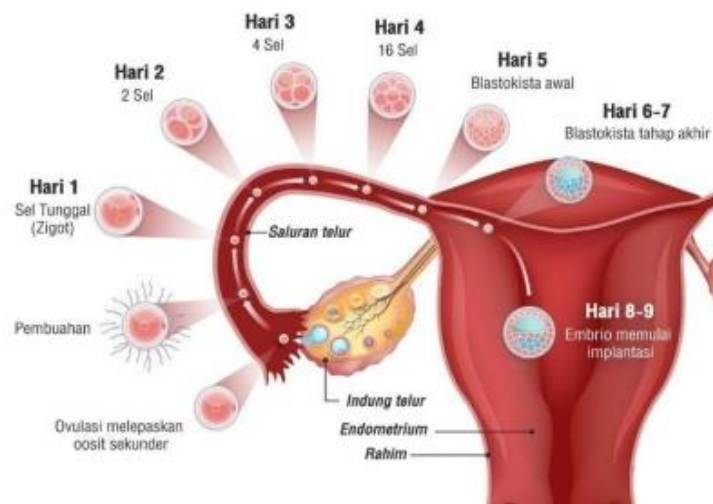
2) Konsepsi

Pada saat kopulasi antara pria dan wanita (senggama koitus) terjadi ejakulasi sperma dari saluran reproduksi pria di dalam vagina wanita, dimana akan melepaskan cairan mani berisi sel sperma ke dalam saluran reproduksi wanita. Jika senggama terjadi dalam masa ovulasi, maka ada kemungkinan sel sperma dalam saluran reproduksi wanita akan bertemu dengan sel telur wanita yang baru dikeluarkan pada saat ovulasi. Pertemuan sel sperma dan sel telur inilah yang disebut sebagai konsepsi/ fertilisasi (Andera *et al.*, 2023).

3) Nidasi atau Implantasi

Nidasi adalah masuknya hasil konsepsi ke dalam *endometrium*. Pada umumnya nidasi terjadi pada depan atau belakang rahim dekat fundus uteri. Terkadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut tanda hartman. Pada hari ke 4 hasil konsepsi mencapai stadium *blastula* disebut *blastokista*, suatu bentuk

yang di bagian luarnya adalah *trofoblas* dan di bagian dalamnya disebut massa *inner cell*. Masa *inner cell* ini berkembang menjadi janin dan *trofoblas* akan berkembang menjadi plasenta. Sejak *trofoblas* terbentuk produksi hormon hCG yang dimulai, dimana hormon akan memastikan bahwa *endometrium* akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio (Andera *et al.*, 2023).



Gambar 1. Proses Nidasi

Sumber: Umiyah *et al* (2021)

4) Pembentukan Plasenta

Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan *amnion* membentuk kantong kuning telur sedangkan selain membentuk ruangan *amnion*, sedangkan plat *embrio* terbentuk diantara dua ruangan *amnion* dan kantong kuning telur tersebut. Ruangan *amnion* dengan cepat mendekati

korion sehingga jaringan yang terdapat diantara *amnion* dan *embrio* padat dan berkembang menjadi tali pusat. *Vili korealis* menghancurkan desidua sampai menjadi tali pusat. *Vili korealis* menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 10 sampai 11 setelah konsepsi sedangkan arteri pada hari ke 14 sampai 15. Bagian desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 *kotiledon* maternal pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 *kotiledon fetus* dan setiap *kotiledon fetus* terus bercabang dan mengambang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pertumbuhan (Haslan, 2020).

c. Tanda-tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan yaitu:

1) Tanda Dugaan Hamil

a) *Amenorea*

Amenorea merupakan keadaan tidak adanya menstruasi pada seorang wanita. *Amenorea* dapat dibagi menjadi *amenorea* primer dan *amenorea* sekunder. *Amenorea* primer merupakan suatu keadaan tidak terjadinya menstruasi pada wanita usia 16 tahun.

Keadaan ini terjadi pada wanita usia reproduksi 0,1-2,5%. Sedangkan *Amenorea* skunder merupakan tidak terjadinya menstruasi selama tiga siklus atau 6 siklus setelah sebelumnya mendapatkan siklus menstruasi biasa (Sari, Handayani and Sustiyani, 2021).

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan *folikel de graaf* dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya *amenorea* dapat diformasikan dengan memastikan hari pertama hari terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, *amenorea* juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Situmorang *et al.*, 2021).

b) *Nause* (mual) dan *Emesis* (muntah)

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Pengaruh *esterogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual dan muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini

masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemesis gravidarum* (Situmorang *et al.*, 2021).

c) Ngidam

Ngidam atau dalam istilah kedokteran disebut dengan *emesis* merupakan fase wanita hamil mengalami mual dan berujung muntah-muntah. Dari segi psikologis ngidam merupakan suatu cara wanita hamil yang ingin diperhatikan (Irmawati, 2018).

d) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu (Hatijar, Saleh and Yanti, 2020a).

e) Kelelahan

Merasa lelah, tidak berenergi, dan cenderung ingin tidur yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-

BMR) pada kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi (Hatijar, Saleh and Yanti, 2020a).

f) **Struktur dan Ukuran Payudara Membesar**

Pengeluaran hormon kehamilan *estrogen* dan *progesteron* yang tinggi berdampak pada perubahan ukuran payudara menjadi besar dan terasa tidak nyaman, hal ini normal terjadi karena persiapan untuk pembentukan ASI sebagai asupan nutrisi yang direkomendasikan ilmunan, dimana kerja dari hormon *estrogen* dan *progesteron* ini menstimulasi *duktus* dan *alveoli* payudara, sehingga kelenjar payudara terasa kencang dan bertambah besar (Rahmah, Malia and Maritalia, 2021).

g) **Sering *Miksi***

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus ke kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang akan membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih (Rahmah, Malia and Maritalia, 2021).

h) Konstipasi atau Obstipasi

Konstipasi terjadi karena tonus otot usus menurun oleh pengaruh hormon *steroid*. Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltic usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Hatini, 2018).

2) Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini (Dartiawan and Nurhayati, 2019):

a) Pembesaran Perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b) Tanda *Hegar*

Tanda *hegar* adalah pelunakan dan dapat ditekannya *isthmus* uteri.

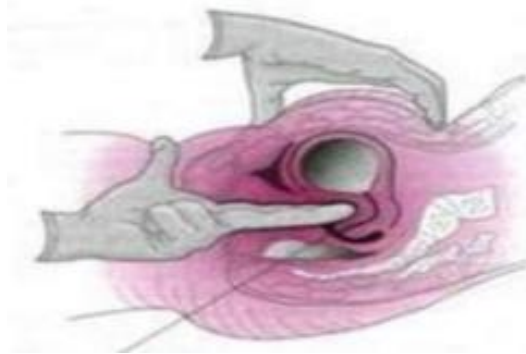


Gambar 2. Tanda Hegar

Sumber: Situmorang *et al* (2021)

c) Tanda *goodel*

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.



Gambar 3. Tanda Goodel

Sumber: Situmorang *et al* (2021)

d) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.



Gambar 4. Tanda Chadwick

Sumber: Situmorang *et al* (2021)

e) Tanda *Piscaseck*

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan korpus sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f) Kontraksi *braxton hicks*

Merupakan sel-sel otot uterus, akibat peregangan meningkatnya *actomysin* didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati pada pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

g) Teraba *Ballottement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan *myoma* uteri.

h) Pemeriksaan tes biologi kehamilan (*planotest*) positif
Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *human chorionic gonadotropin* (hCG) yang diproduksi oleh *sinsiotropoblastik* sel selama kehamilan hormon disekresi ini peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan disekresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130 (Dartiawan and Nurhayati, 2019).

3) Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini:

a) Gerakan Janin Dalam Rahim

Gerakan janin ini harus diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b) Denyut Jantung Janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal *electocardiograf* (misalnya

dopler). Dengan *stethoscope laenec*, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c) Bagian-bagian Janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d) Kerangka Janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Hatijar, Saleh and Yanti, 2020a).

d. Perubahan Fisiologi dalam Kehamilan Trimester III

Terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia Wanita mengalami perubahan. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomotropin, estrogen dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada:

1) Uterus

a) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat *hypertrofi* dan *hyperplasia* otot polos rahim,

serabut-serabut kolagennya menjadi *higroskopik*, dan endometrium menjadi desidua (Manurung and Nasution, 2019).

b) Berat

Berat uterus yang semula dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir bulan karena mengalami *hypertrofi* dan *hyperplasia*, sehingga otot rahim menjadi lebih besar lunak dan mengikuti pembesaran rahim menjadi 1.000 gram (Manurung and Nasution, 2019).

c) Posisi Rahim Selama Kehamilan

Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi. Pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga pelvis. Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Pada ibu hamil, rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri (Manurung and Nasution, 2019).

2) Ovarium

Selama kehamilan ovulasi berhenti. Pada awal kehamilan masih terdapat korpus *luteum* dengan diameter sebesar 3 cm yang dapat ditemukan pada ovarium sampai terbentuknya plasenta pada usia kehamilan 16 minggu. Setelah plasenta terbentuk korpus luteum mengecil dan

korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron (Rahmah, Malia and Maritalia, 2021).

3) Serviks Uteri

Vaskularisasi pada serviks terjadi peningkatan selama kehamilan menyebabkan serviks teraba lunak dan terlihat berwarna biru. *Glandula servikalis* memproduksi lebih banyak mucus yang diproduksi oleh *kanalis servikalis* sehingga mengurangi risiko infeksi genetalia (Rahmah, Malia and Maritalia, 2021).

4) Vagina dan Vulva

Akibat dari pada *vaskularisasi* pada vagina dan vulva menyebabkan keduanya tampak lebih merah dan agak kebiruan (*livide*) yang dikenal dengan tanda *chadwick*. Diketahui pH vagina 3,5-6 yang diakibatkan oleh produksi asam laktat oleh *lactobacillus acidophilus*. Kadar estrogen dan glukosa yang tinggi selama kehamilan akan mendukung pertumbuhan *candida* dan jamur yang menyebabkan terjadinya iritasi lokal dan produksi sekret yang berwarna kuning (Rahmah, Malia and Maritalia, 2021).

5) Payudara

Payudara sebagai organ untuk proses laktasi mengalami banyak perubahan sebagai persiapan setelah janin lahir. Selama kehamilan payudara akan terlihat membesar dan

tegang yang diakibatkan oleh hormon *somatotropin*, estrogen dan progesteron tetapi belum mampu memproduksi ASI. Hiperpigmentasi pada areola disebabkan oleh pembentukan lemak payudara menjadi lebih banyak. Kolostrum mulai diproduksi pada kehamilan di atas 12 minggu (Rahmah, Malia and Maritalia, 2021).

e. Perubahan Psikologis dalam Kehamilan Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian. Dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil merasakan kembali ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dia butuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester ketiga menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan (Rustikayanti, Kartika and Herawati, 2019).

f. Antenatal Care (ANC)

1) Pengertian

Antenatal Care adalah perawatan kesehatan yang diajukan kepada ibu hamil sebelum dan selama hamil dengan tujuan mendeteksi secara dini masalah kesehatan ibu dan janin,

memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan dan perencanaan persalinan (Hatini, 2018).

2) Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan *Antenatal Care* terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu 6 kali pemeriksaan selama kehamilan. Jadwal ANC pertrimester dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a) Trimester I: satu kali pada usia kehamilan 0-12 minggu
- b) Trimester II: dua kali pada usia kehamilan di atas 12-24 minggu
- c) Trimester III: tiga kali pada usia kehamilan di atas 24-40 minggu kehamilan atau persalinan (Umiyah *et al.*, 2021).

3) Tujuan

Tujuan Asuhan kehamilan pada kunjungan awal yaitu: mengumpulkan informasi mengenai ibu hamil yang dapat membantu bidan dalam membangun membina hubungan yang baik saling percaya antara ibu dan bidan, mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi, menggunakan data untuk menghitung usia kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan, merencanakan asuhan khusus yang dibutuhkan ibu (Hatini, 2018).

4) Standar ANC

Dalam melakukan pemeriksaan *Antenatal care*, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas

sesuai standar berdasarkan Kemenkes RI (2020) pelayanan antenatal meliputi 10T, yaitu:

a) Timbang Berat Badan dan Tinggi Badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

Tabel 1. Klasifikasi Nilai IMT

Status Gizi	Kategori	IMT
Sangat kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	>17,0
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17 - < 18,5
Normal		18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	> 25,0 – 27,0
Obesitas	Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27,0

Sumber: Kemenkes RI (2020)

Tabel 2. Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan

IMT Pra hamil (kg/m²)	Kenaikan BB Total selama Kehamilan (kg)	Laju Kenaikan BB pada Trimester III (rentang rerata kg/minggu)
Gizi kurang/ KEK (<18,5)	12,71-18,16	0,45(0,45-0,59)
Normal (18,5-24,9)	11,35-15,89	0,45(0,36-0,45)
Kelebihan BB (25,0-29,9)	6,81-11,35	0,27(0,23-0,32)
Obesitas (≥30,0)	4,99-9,08	0,23(0,18-0,27)

Sumber: Kemenkes RI (2020)

b) Ukur Tekanan Darah

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

c) Nilai Status Gizi

Selain IMT, penapisan status gizi pada perempuan juga dilakukan dengan pengukuran menggunakan pita LiLA untuk mengetahui adanya risiko KEK pada ibu hamil. Ambang batas LiLA pada ibu hamil dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila hasil pengukuran kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LiLA, artinya perempuan tersebut mempunyai risiko KEK, dan

diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah.

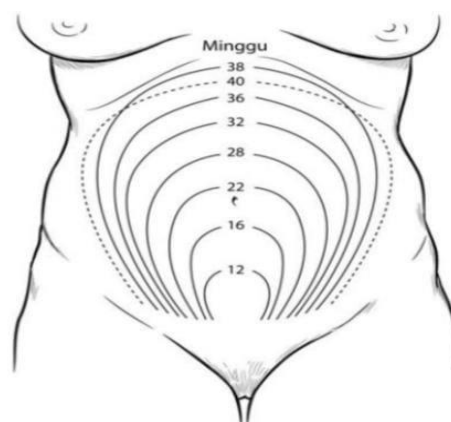
d) Ukur Tinggi Puncak Rahim (Fundus Uteri)

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

Tabel 3. Pengukuran TFU berdasarkan usia kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	2 jari di atas simfisis pubis
16 minggu	Pertengahan simfisis pubis-pusat
20 minggu	2 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	2 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat-PX
36 minggu	2 jari di bawah PX
40 minggu	3 jari di bawah PX

Sumber: Haslan (2020)



Gambar 5. Tinggi Fundus Uteri

Sumber: Ariana (2022)

- e) Tentukan presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui letak janin, penilaian janin dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya pada setiap kunjungan antenatal. Denyut jantung janin lambat kurang dari 120 kali/ menit atau DJJ cepat lebih dari 120 kali/ menit menunjukkan adanya gawat janin.

- f) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus differi (Td) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, sesuai dengan status imunisasi saat ini.

Tabel 4. Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu	Lama Perlindungan
TT1		Awal
TT2	4 minggu	3 tahun
TT3	6 bulan	5 tahun
TT4	1 tahun	10 tahun
TT5	1 tahun	>25 tahun

Sumber: Ariana (2022)

g) Pemberian tablet tambah darah

Ibu hamil rentan menderita anemia karena adanya peningkatan volume darah selama kehamilan untuk pembentukan plasenta, janin dan cadangan zat besi dalam ASI. Kadar (Hb) pada ibu hamil menurun pada trimester I dan terendah pada trimester II, selanjutnya meningkat kembali pada trimester III. Penurunan kadar (Hb) pada ibu hamil yang menderita anemia sedang dan berat akan mengakibatkan peningkatan risiko persalinan, peningkatan kematian anak dan infeksi penyakit. Upaya pencegahan anemia pada ibu hamil dilakukan dengan memberikan satu tablet setiap hari selama kehamilan minimal sembilan puluh tablet, dimulai sedini mungkin dan dilanjutkan sampai masa nifas.

h) Tes Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin yaitu pemeriksaan golongan darah, hemoglobin darah, protein urin, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/ epidemi (malaria, IMS, HIV, dll).

i) Tata laksana/ penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang

ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk dengan sistem rujukan.

j) Temu Wicara/ konseling

Bertujuan untuk membantu ibu menerima kehamilannya sebagai upaya preventive terhadap hal-hal yang tidak diinginkan dan membantu ibu untuk menemukan ashan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan.

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin (Andria *et al.*, 2022).

b. Teori Terjadinya Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Agaknya banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: teori estrogen-progesteron, teori oksitosin, *fetal endocrine control theory*, teori menuanya plasenta, teori

berkurangnya nutrisi janin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

1) Teori Estrogen-Progesteron

Kira-kira 1 sampai 2 minggu sebelum partus dimulai kadar hormon estrogen dan progesteron menurun sedangkan fungsi kedua hormon ini yakni progesteron merupakan penenang bagi otot-otot uterus sedangkan estrogen berfungsi sebagai meningkatkan sensitivitas otot rahim (memudahkan rangsangan dari luar). Dengan menurunnya kedua hormon tersebut mengakibatkan perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron sehingga memicu oksitosin dikeluarkan dari hipofisis posterior mengakibatkan kontraksi *braxton hicks* (Andria *et al.*, 2022).

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parst posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan (Legawati, 2019).

3) Teori menuanya Plasenta

Dengan tuanya kehamilan, maka *villi koriales* mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesteron menurun. Keadaan uterus yang semakin membesar dan menjadi tegang mengakibatkan *iskemia* otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplaster*, sehingga plasenta akan mengalami degenerasi. Berkurangnya nutrisi pada janin, maka hasil konsepsi akan segera di keluarkan (Andria *et al.*, 2022).

4) Teori keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya (Legawati, 2019).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Dalam persalinan ada beberapa faktor penting yang mempengaruhi kelancaran persalinan tersebut. Faktor-faktor tersebut dikenal dengan istilah 5P. Faktor-faktor tersebut diantaranya:

1) *Passage*; jalan lahir

Terdiri dua bagian yang terdiri dari: bagian keras yaitu tulang panggul dan bagian lunak ialah otot-otot dan ligamen. Jalan lahir menjadi tempat utama yang akan dilewati oleh bayi dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina, Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Andria *et al.*, 2022).

2) *Power*; kekuatan ibu (his dan tenaga mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot – otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament. Jenis kekuatan yang dimaksud ada 2 yaitu:

a) His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang di mulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang

terdapat dari dinding uterus daerah tersebut. Pada waktu kontraksi, otot – otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna memiliki sifat:

- (1) Kontraksi simetris
- (2) Fundus dominan
- (3) Relaksasi (Subiastutik and Maryanti, 2022).

b) Kekuatan sekunder (mengejan)

Segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar, wanita merasa ingin mengedan atau usaha untuk mendorong kebawah (kekuatan sekunder) (Subiastutik and Maryanti, 2022).

3) *Passanger*; hasil konsepsi (janin dan plasenta)

Yang dimaksud penumpang dalam hal ini adalah bayi dan plasenta. Plasenta disebut penumpang karena juga harus melalui jalan lahir, yang dianggap sebagai penumpang penyerta bayi. Pergerakan penumpang (bayi dan plasenta) dipengaruhi oleh interaksi dari beberapa faktor diantaranya:

a) Ukuran kepala janin

Karena ukuran dan sifatnya yang relatif kaku, kepala janin sangat mempengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri dari dua tulang *parietal*, dua

tulang *temporal*, satu tulang *frontal*, dan satu tulang *oksipital*. Tulang- tulang ini disatukan oleh sutura membranosa: *sagitalis*, *lambdoidalis* , *koronalis*, dan *frontalis* (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).

b) Presentasi

Presentasi janin yang dimaksud disini adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Ada 3 presentasi utama janin yaitu presentasi kepala (kepala terlebih dahulu), presentasi bokong (sungsang) dan presentasi bahu. Faktor yang menentukan bagian presentasi janin adalah letak janin, sikap janin dan ekstensi atau fleksi kepala janin (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).

c) Letak Janin

Letak merupakan hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang ibu. Ada 2 macam letak janin yaitu:

(1) Letak memanjang atau vertikal

Letak janin dikatakan letak memanjang atau vertikal apabila sumbu panjang punggung janin paralel atau sejajar dengan sumbu panjang punggung ibu. Letak memanjang dapat berupa

presentasi bokong dan presentasi kepala (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).

(2) Letak melintang atau horizontal

Letak janin dikatakan melintang apabila sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).

4) *Psych*; psikologis ibu (kecemasan dan kesiapan menghadapi persalinan)

Persiapan psikologis ibu menjadi satu hal yang penting dalam menjalani persalinan. Semakin ibu memahami bahwa proses persalinan adalah sesuatu yang normal dan dijalani oleh setiap wanita maka ibu akan menjadi mudah bekerja sama dengan petugas kesehatan yang menolong persalinannya. Hal yang harus dipahami adalah pemeran utama dalam persalinan adalah ibu, sehingga penting menjaga psikologis dan kesiapan ibu dalam kelancaran proses persalinan itu sendiri. Ibu perlu diberi keyakinan yang positif dalam menjalani proses persalinan, sehingga keyakinan positif tersebut dapat menimbulkan semangat bagi ibu. Semangat ini yang akan menjadi kekuatan bagi ibu untuk melahirkan bayinya dengan lancar (Legawati, 2019).

5) Penolong

Dalam persalinan, ibu tidak mengerti apa yang dinamakan dorongan ingin mengejan asli atau yang palsu. Untuk itu bidan dapat membantunya mengenali tanda dan gejala persalinan sangat dibutuhkan. Tenaga ibu akan menjadi sia-sia jika saat untuk mengejan yang ibu lakukan tidak tepat (Legawati, 2019).

d. Tanda-tanda Persalinan

Ada 3 tanda yang paling utama yaitu:

1) Kontraksi (His)

Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (*Braxton hicks*) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan tegang pada bagian perut yang makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk

mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).

- 2) Pembukaan serviks, dimana primigravida >1,8 cm dan multigravida 2,2 cm

Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher) (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).

- 3) Pecahnya ketuban dan keluarnya *bloody show*.

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tsb akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di

dalam selaput ketuban (*korioamnion*) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).

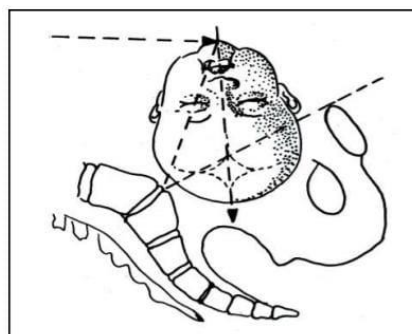
e. Mekanisme Persalinan

1) *Engagement*

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. *Engagement* adalah peristiwa ketika diameter biparetal (Jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan

bila saat masuk ke dalam panggu dengan sutura sagaitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut *sinklitismus*. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura *sagaitalis* lebih dekat ke *promontorium* atau ke simfisis maka hal ini disebut *asinklitismus*. Ada dua macam *asinklitismus*, *asinklitismus* posterior dan *asinklitismus* anterior (Andria *et al.*, 2022).

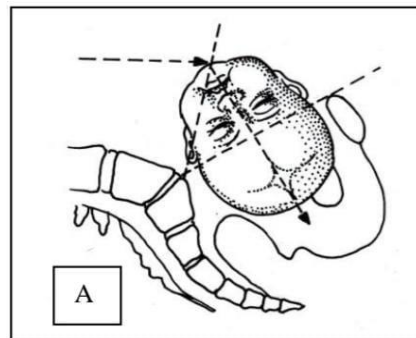
a) *Asinklitismus* Posterior yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symfisis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang belakang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh simfisis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkungan sakrum yang luas (Andria *et al.*, 2022).



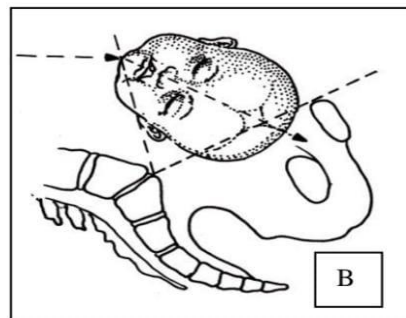
Gambar 6. Asynclitismus Posterior

Sumber: Kurniarum (2016)

b) *Asinklitis* Anterior yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promontorium dan tulang parietal depan lebih rendah dari pada tulang parietal belakang (Andria *et al.*, 2022).



Gambar 7. Synclitismus
Sumber: Kurniarum (2016)



Gambar 8. Asynclitismus Anterior
Sumber: Kurniarum (2016)

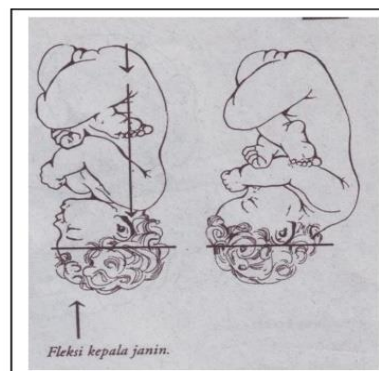
2) Penurunan Kepala

Dimulai sebelum persalinan/ inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu: (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019)

- a) Tekanan cairan amnion
- b) Tekanan langsung fundus pada bokong
- c) Kontraksi otot-otot abdomen
- d) Ekstensi dan penelusuran badan janin atau tulang belakang janin.

3) Fleksi

- a) Gerakan fleksi di sebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terlambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul.
- b) Kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm.
- c) Posisi dagu bergeser kearah dada janin.
- d) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).



Gambar 9. Kepala Fleksi
Sumber: Kurniarum (2016)

4) Putaran Fleksi Dalam

Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi *spina*) atau setelah didasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil mengarah ke jam 12 (Andria *et al.*, 2022).

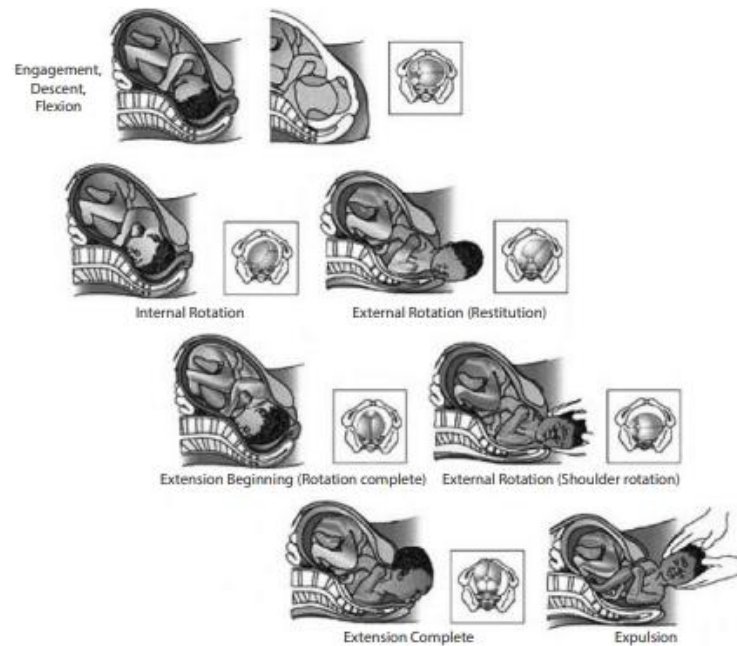
5) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesak nya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput

tertahan pada pinggir bawah simpisis akan maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutaran disebut *hypomochlion* (Andria *et al.*, 2022).

6) Putaran Paksi Luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin. Pada putaran paksi luar bahu melintasi Pintu Atas Panggul (PAP) dalam kondisi miring dan di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu setelah itu bahu belakang kemudian bayi lahir seluruhnya (Zakiyah, Palifiana and Ratnaningsih, 2020).



Gambar 10. Defleksi dan Putaran Paksi Luar

Sumber: Yulizawati *et al* (2019)

7) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan seluruhnya (Zakiyah, Palifiana and Ratnaningsih, 2020).

f. Tahapan persalinan

1) kala I (kala pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai

pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif (Zakiyah, Palifiana and Ratnaningsih, 2020).

a) Fase Laten Persalinan

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap, pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam (Zakiyah, Palifiana and Ratnaningsih, 2020).

b) Fase Aktif Persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm). terjadi penurunan bagian terendah janin (Zakiyah, Palifiana and Ratnaningsih, 2020).

(1) Fisiologi Kala I

(a) Uterus

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik (Zakiyah, Palifiana and Ratnaningsih, 2020).

(b) Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut yaitu *Effacement* (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah – ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh. Selain itu dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/ diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm. Saat serviks sudah

mencapai diameter 10 cm *blood show* (lendir) ibu pada umumnya akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks (Zakiyah, Palifiana and Ratnaningsih, 2020).

2) Kala II (Pengeluaran)

Berdasarkan Andria *et al* (2022) persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Pada kala II ini memiliki ciri sebagai berikut:

- a) His terkoodinir, kuat cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali.
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara *reflektoris* menimbulkan rasa ingin mengejan.
- c) Tekanan pada rectum, ibu merasa ingin BAB.
- d) Anus membuka.

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang, dengan his dan mengejan yang terpimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin (Andria *et al.*, 2022).

3) Kala III (Kala Uri)

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kala III persalinan, *miometrium* berkontraksi

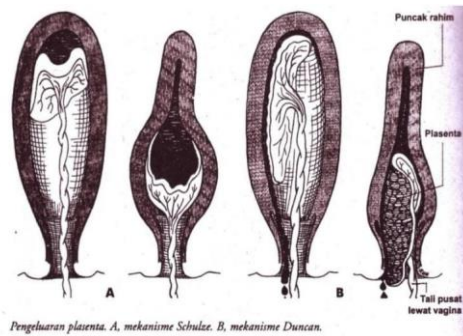
mengikuti penyusupan volume rongga uterus setelah bayi lahir. Penyusupan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat dan kemudian terlepas dari dinding uterus dan akan turun ke bagian bawah uterus atau dalam vagina. Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta yakni adanya perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang serta adanya semburan darah mendadak dan singkat. Pada penatalaksanaan kala III dilakukan manajemen aktif kala III yang meliputi pemberian oksitoksin, penegangan tali pusat terkendali, pengeluaran plasenta dan masase uterus (Andria *et al.*, 2022).

4) Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam pasca persalinan. Pada kala IV penatalaksanaan yang dilakukan meliputi monitoring kontraksi uterus dan evaluasi tinggi fundus uteri, estimasi perdarahan, pemeriksaan kemungkinan perdarahan dari laserasi, evaluasi keadaan umum, tanda-tanda vital, serta keadaan kandung kemih ibu (Andria *et al.*, 2022).

g. Tanda-tanda dari Pelepasan Plasenta

- 1) Semburan darah.
- 2) Pemanjatan tali pusat.
- 3) Perubahan dalam posisi uterus: uterus naik di dalam abdomen (Subiastutik and Maryanti, 2022).



Gambar 11. Pengeluaran Plasenta

Sumber: Kurniarum (2016)

h. Asuhan Kebidanan Persalinan

1) Pengertian

Asuhan persalinan adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca-persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir (Subiastutik and Maryanti, 2022).

2) Tujuan

Adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan

lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Subiastutik and Maryanti, 2022).

3) Asuhan Persalinan Kala I

Asuhan Persalinan Kala I yaitu :

- a) Mengatur aktivitas dan posisi ibu.
- b) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his.
- c) Menjaga kebersihan ibu.
- d) Pemberian cairan dan nutrisi.
- e) Menjaga kandung kemih tetap kosong.
- f) Pantau kondisi ibu secara rutin dengan menggunakan partograf (Diana, Mail and Rufaida, 2019).

4) Asuhan Persalinan Kala II, III, dan IV

Asuhan persalinan kala II, III, dan IV merupakan kelanjutan data yang dikumpulkan dan dievaluasi selama kala yang dijadikan data dasar untuk menentukan kesejahteraan ibu dan janin selama kala II, III, dan IV persalinan. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dari keluarnya bayi, kala III dari bayi lahir hingga plasenta lahir dan kala IV

dimulai dari lahirnya plasenta hingga 2 jam postpartum (Diana, Mail and Rufaida, 2019).

5) Asuhan Persalinan Normal (APN)

Asuhan Persalinan Normal (APN) merupakan asuhan yang diberikan secara bersih dan aman selama persalinan berlangsung. APN terdiri dari 60 langkah yaitu:

Melihat Tanda dan gejala Kala Dua

- 1) Melihat tanda dan gejala kala dua yaitu: Ibu mempunyai dorongan ingin meneran, Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada anus, Perineum menonjol, Vulva dan sfingter ani membuka

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 dibawah 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 DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set/ wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengotaminasi tabung suntik).

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan cara seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah 9).
- 8) 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.

- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelup kantong yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit).

Menyiapkan Ibu dan keluarga untuk Membantu proses

Pimpinan Meneran

- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin bayi. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. Menolong kelahiran bayi lahirnya kepala.
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan 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 meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi: Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan

lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu

- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior

- 23) 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 (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

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

Penanganan Bayi Baru Lahir

25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi asfiksia, lakukan resusitasi.

26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitoksin.

27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang

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

- 30) Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya Oksitoksin
- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitoksin 10 IU secara IM di *gluteus* atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali

pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika tali pusat tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit Mengulangi pemberian oksitoksin 10 IU. Menilai kandung kemih dan dilakukan katektisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

- 39) 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).

Menilai perdarahan

- 40) Memeriksa kedua plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban

lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta didalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan prosedur pasca persalinan

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Menyelimuti kembali bayi atau menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan vagina 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan, Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan, Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri, Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan pada ibu/ keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) 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.

- 53) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas pakaian setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang di gunakan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalik kan bagian dalam ke luar untuk merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) (Zikra, 2016).

3. Nifas

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas adalah proses yang akan dialami oleh setiap ibu bersalin. Masa nifas terjadi sejak plasenta lahir hingga dengan 42 hari setelah bersalin. Masa nifas merupakan masa yang krusial pada ibu pasca bersalin sehingga sangat memerlukan perhatian dan pemantauan khusus. Postpartum merupakan periode esensial, sehingga sangat dibutuhkan bantuan dan motivasi serta asuhan yang tepat dari tenaga kesehatan (Pasaribu *et al.*, 2023).

b. Tahapan masa nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Periode *Immediate Post Partum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi

uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu. (Kasmiati, 2023a).

2) Periode *Early Post Partum* (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusio uteri dalam keadaan normal, tidak ada pendarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik (Kasmiati, 2023a).

3) Periode *Late Post Partum* (1 minggu-5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Kasmiati, 2023a).

c. Perubahan fisiologi masa nifas

Nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau masa puerperium mulai setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira enam minggu atau 42 hari (Kemenkes RI, 2019).

Perubahan-perubahan fisiologi yang terjadi pada masa nifas diantaranya:

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan pada sistem reproduksi secara keseluruhan disebut proses involusi, disamping itu juga terjadi

perubahan-perubahan penting lain yaitu terjadinya hemokonsentrasi dan timbulnya laktasi. Organ dalam sistem reproduksi yang mengalami perubahan yaitu:

a) Uterus

Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar. Pada masa pasca persalinan uterus mengalami involusi. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Uterus hamil (diluar berat bayi, plasenta, cairan dll) memiliki berat sekitar 1000 gram. Setelah 6 minggu pasca persalinan, beratnya akan berkurang hingga mendekati ukuran sebelum hamil yaitu sekitar 50-100 gram. Segera setelah melahirkan, fundus uterine akan teraba setinggi umbilikus. Setelah itu, mengecilnya uterus terutama terjadi pada 2 minggu pertama pascapersalinan, dimana pada saat itu uterus akan masuk ke dalam rongga pelvis. Pada beberapa minggu setelah itu, uterus perlahan-lahan akan kembali ke ukurannya sebelum hamil, meskipun secara keseluruhan ukuran uterus tetap akan sedikit lebih besar sebelum hamil (Kemenkes RI, 2019).

b) Vulva dan Vagina

Pada sekitar minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul rugae kembali. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap seperti ukuran sebelum hamil pada minggu ke 6-8 setelah melahirkan. Rugae akan terlihat kembali pada minggu ke 3 atau ke 4 (Kemenkes RI, 2019).

c) Perineum

Jalan lahir mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, sehingga menyebabkan mengendurnya organ ini bahkan robekan yang memerlukan penjahitan, namun akan pulih setelah 2-3 minggu (Kemenkes RI, 2019).

d) Perubahan Payudara

Persiapan payudara untuk siap menyusui terjadi sejak awal kehamilan. Laktogenesis sudah terjadi sejak usia kehamilan 16 minggu. Pada saat itu plasenta menghasilkan hormon progesteron dalam jumlah besar yang akan mengaktifkan sel-sel alveolar matur di payudara yang dapat mensekresikan susu dalam jumlah kecil. Setelah plasenta lahir, terjadi penurunan kadar progesteron yang tajam yang kemudian akan memicu mulainya produksi air susu disertai dengan

pembengkakan dan pembesaran payudara pada periode postpartum. Proses produksi air susu sendiri membutuhkan suatu mekanisme kompleks. Pengeluaran yang reguler dari air susu (pengosongan air susu) akan memicu sekresi prolaktin. Penghisapan puting susu akan memicu pelepasan oksitosin yang menyebabkan sel-sel mioepitel payudara berkontraksi dan akan mendorong air susu terkumpul di rongga alveolar untuk kemudian menuju duktus laktoferus. Jika ibu tidak menyusui, maka pengeluaran air susu akan terhambat yang kemudian akan meningkatkan tekanan intramamae. Distensi pada *alveolar* payudara akan menghambat aliran darah yang pada akhirnya akan menurunkan produksi air susu. Selain itu peningkatan tekanan tersebut memicu terjadinya umpan balik inhibisi laktasi (FIL= *feedback inhibitory of lactation*) yang akan menurunkan kadar prolaktin dan memicu involusi kelenjar payudara dalam 2-3 minggu (Kemenkes RI, 2019).

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu menjadi lapar dan siap untuk makan pada 1-2 jam setelah bersalin. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal puerperium akibat dari kurangnya makanan dan

pengendalian diri terhadap BAB. Ibu dapat melakukan pengendalian terhadap BAB karena kurang pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila BAB (Kemenkes RI, 2019).

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Terjadi *diuresis* yang sangat banyak dalam hari-hari pertama puerperium. Pelebaran (dilatasi) dari pelvis *renalis* dan ureter akan kembali ke kondisi normal pada minggu ke dua sampai minggu ke 8 pasca persalinan (Kemenkes RI, 2019).

4) Perubahan Tanda-tanda Vital

Tekanan darah seharusnya stabil dalam kondisi normal. Temperatur kembali ke normal dari sedikit peningkatan selama periode intrapartum dan menjadi stabil dalam 24 jam pertama postpartum. Nadi dalam keadaan normal kecuali partus lama dan persalinan sulit (Kemenkes RI, 2019).

d. Perubahan psikologis masa nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan psikologi yang mempengaruhi kemampuan ibu dalam merawat. Dalam perubahan psikologis terdapat beberapa periode (Kasmiati, 2023a):

1) Periode *Taking In*

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah kelahiran ibu pasif dan tergantung, dia khawatir akan tubuhnya.

- b) Ibu akan mengulang-ngulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan.
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting bila ibu ingin mencegah gangguan tidur. Pusing, ititabel, interference dengan proses pengembalian keadaan normal.
- d) Peningkatan nutrisi (Kasmiati, 2023a).

2) Periode *Taking Hold*

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum, ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab bayinya (Kasmiati, 2023a).
- b) Pada masa ini ibu sedikit sensitiv dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan atau perawat karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahan ini bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi, ibu konsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, buang air kecil, buang air besar, keluatan, dan ketahanan tubuhnya. Ibu berusaha keras untuk menguasai tentang keterampilan tentang perawatan bayi misalnya: menggendong, menyusui, memandikan dan memasang popok (Kasmiati, 2023a).

3) Periode *Letting Go*

- a) Pada masa ini ibu sudah menerima tanggung jawab dan peran barunya yakni mampu merawat bayinya (Kasmiati, 2023a).
- b) Pada masa ini ibu sudah terhindar dari *syndrome baby blues* maupun *post partum depression* (Kasmiati, 2023a).

e. Kebutuhan dasar ibu nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Masalah nutrisi perlu mendapat perhatian karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari. Diet berimbang protein, mineral dan vitamin. Minum sedikitnya 2 liter tiap hari (+8 gelas). Fe/ tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan. Kapsul Vit. A 200.000 unit (Azizah and Rosyidah, 2019).

2) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24 – 48 jam postpartum. Hal ini

dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung penyakit paru-paru, demam dan sebagainya (Azizah and Rosyidah, 2019).

3) Eliminasi

a) Buang Air Kecil

Hendaknya BAK dapat dilakukan sendiri secepatnya kadang-kadang mengalami sulit BAK karena springter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan juga oleh karena adanya oedema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan sulit kencing sebaiknya dilakukan kateterisasi (Azizah and Rosyidah, 2019).

b) Buang Air Besar

BAB seharusnya dilakukan 3 – 4 hari postpartum. Bila masih sulit BAB dan terjadi obstipasi dapat diberika obat rangsangan per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa dapat dilakukan klisma (Azizah and Rosyidah, 2019).

4) Istirahat

Ibu postpartum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya.

Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu postpartum dalam beberapa hal diantaranya adalah sebagai berikut:

- a) Mengurangi jumlah ASI.
- b) Memperlambat proses involi uterus, sehingga berisiko memperbanyak pendarahan.
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Azizah and Rosyidah, 2019).

5) Seksual

Dinding vagina akan kembali ke keadaan seperti sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri setelah berhentinya perdarahan, dan ibu dapat mengecek dengan menggunakan jari kelingking yang dimasukkan ke dalam vagina. Begitu darah merah berhenti dan ibu merasa tidak ada gangguan, maka aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri di saat ibu merasa siap. Banyak budaya yang mempunyai tradisi memulai hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 60 hari setelah persalinan. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan

aman ketika luka episiotomy telah sembuh dan lokia telah berhenti. Sebaliknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali (Azizah and Rosyidah, 2019).

6) Keluarga Berencana

Menurut WHO, jarak kehamilan sebaiknya 24 bulan atau 2 tahun. Ibu postpartum dan keluarga juga harus memikirkan tentang menggunakan alat kontrasepsi setelah persalinan untuk menghindari kehamilan yang tidak direncanakan. Penggunaan alat kontrasepsi setelah persalinan dapat melindungi ibu dari resiko kehamilan, karena menjalani proses kehamilan seorang wanita membutuhkan fisik dan mental yang sehat serta stamina yang kuat. Untuk mengatur jarak kehamilan ibu dapat menggunakan alat kontrasepsi sehingga dapat mencapai waktu kehamilan yang direncanakan. Bagi wanita yang baru saja melahirkan, saat yang tepat untuk sebenarnya untuk melakukan KB yakni setelah persalinan sebelum meninggalkan ibu rumah sakit/ klinik. Namun kondisi ini tergantung dari jenis alat/ metode KB yang dipilih ibu, serta apakah Ibu memiliki rencana menyusui bayinya atau tidak (Azizah and Rosyidah, 2019).

f. Kebijakan kunjungan nifas

Kunjungan nifas dilaksanakan paling sedikit empat kali dilakukan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi. Adapun kebijakan kunjungan nifas sebagai berikut:

- 1) Kunjungan Nifas 1 (KF1) dilakukan pada masa 6-48 jam setelah bersalin
- 2) Kunjungan Nifas 2 (KF2) dilakukan pada masa 3-7 hari setelah bersalin
- 3) Kunjungan Nifas 3 (KF3) dilakukan pada masa 8-28 hari setelah bersalin
- 4) Kunjungan Nifas 4 (KF4) dilakukan pada masa 29-42 jam pasca bersalin (Kemenkes RI, 2019).

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi baru lahir normal adalah bati yang lahir dengan umur kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500–4000 gram (Faizah, Yulistin and Windyarti, 2023).

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Berikut adalah ciri- ciri bayi lahir normal adalah

- 1) Berat badan 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan lahir 48-52 cm.
- 3) Lingkar dada 30-38.
- 4) Lingkar kepala 33-35.
- 5) Frekuensi jantung 180 denyut/ menit, kemudian menurun sampai 120-140 denyut/ menit.
- 6) Pernafasan pada beberapa menit pertama cepat, kira - kira 80 kali/ menit, kemudian menurun setelah tenang kira - kira 40 kali/ menit.
- 7) Kulit kemerah - merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verniks kaseosa.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genetalia: labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki).
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks moro sudah baik, jika terkejut bayi akan memperlihatkan.
- 13) Gerakan tangan seperti memeluk.

- 14) Eliminasi baik urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama (Yulianti and Ningsi Sam, 2019).

Tabel 5. Penilaian APGAR Score

Tanda	0	1	2
Appearance (Warna Kulit)	Biru, pucat tungkai biru	Badan pucat,muda	Semuanya merah
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak teraba	<100	>100
Grimace (Reaksi Terhadap Rangsangan)	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Activity (Tonus Otot)	Lemas/ lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi tungkai	Aktif/ feksi tungkai baik/ reaksi melawan
Respiratory (Usaha Nafas)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat.

Sumber: (Yulianti and Ningsi Sam, 2019)

Klasifikasi klinik nilai APGAR:

1. Nilai 7-10: bayi normal
2. Nilai 4-6: bayi asfiksia ringan - sedang
3. Nilai 0-3: bayi asfiksia berat

c. Tanda-tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda – tanda bahaya bayi baru lahir sebagai berikut:

- 1) Bayi lemas atau gerakan bayi berkurang.
- 2) Gerakan bayi berulang/ Kejang.
- 3) Suara nafas merintih.

- 4) Nafas Cepat (≥ 60 kali/ menit), Nafas lambat (≤ 40 kali/ menit), tarikan dinding dada bagian bawah kedalam.
- 5) Sesak nafas/sukar bernafas/ henti nafas.
- 6) Perubahan warna kulit (kebiruan,kuning, pucat).
- 7) Badan teraba dingin (suhu $< 36,5$).
- 8) Badan teraba demam (suhu $> 37,5$).
- 9) Malas tidak bisa menyusui atau minum.
- 10) Telapak kaki dan tangan teraba dingin.
- 11) Telapak kaki dan tangan terlihat kuning.
- 12) Mata bayi bernanah banyak.
- 13) Pusar kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm atau bernanah (Kemenkes RI, 2019).

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir merupakan asuhan kebidanan yang dilakukan segera bayi lahir, pada saat proses persalinan fokus asuhan ditujukan pada dua hal yaitu kondisi ibu dan kondisi bayi, dalam kondisi optimal, memberikan asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir merupakan bagian esensial asuhan bayi baru lahir (Yulizawati, Aldina Ayunda, *et al.*, 2019).

1) Pencegahan Infeksi

- a) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.

- b) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir De Lee dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- d) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop.

2) Melakukan Penilaian

- a) Apakah bayi cukup bulan/ tidak
- b) Apakah air ketuban bercampur mekonium/ tidak
- c) Apakah bayi menangis kuat dan/ atau bernafas tanpa kesulitan.
- d) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap–megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

3) Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme kehilangan panas:

- a) Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

b) Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, seperti: meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda–benda tersebut.

c) Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.

d) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda–benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda–benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

4) Membebaskan Jalan Napas

Dengan cara sebagai berikut yaitu bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, apabila bayi tidak

langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- a) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
 - b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
 - c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokkan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
 - d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
 - e) Alat penghisap lendir mulut (De Lee) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah ditempat.
 - f) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung.
 - g) Memantau dan mencatat usaha bernapas yang pertama (Apgar Score).
 - h) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.
- 5) Merawat Tali Pusat

- a) Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitkan klem plastik tali pusat pada puntung tali pusat.
- b) Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klonin 0,5 % untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- c) Bilas tangan dengan air matang atau disinfeksi tingkat tinggi.
- d) Keringkan tangan (bersarung tangan) tersebut dengan handuk atau kain bersih dan kering.
- e) Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang disinfeksi tingkat tinggi atau klem plastik tali pusat (disinfeksi tingkat tinggi atau steril). Lakukan simpul kunci atau jepitankan secara mantap klem tali pusat tertentu.
- f) Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan dilakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada sisi yang berlawanan.
- g) Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan di dalam larutan klonin 0,5%.
- h) Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik.

6) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus di bungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermi) beresiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal, jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti mungkin akan mengalami hipoterdak, meskipun berada dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah sangat rentan terhadap terjadinya hipotermia.

7) Pencegahan Infeksi

a) Memberikan Vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan perlu di beri vitamin K per oral 1 mg/ hari selama 3 hari, dan bayi beresiko tinggi di beri vitamin K parenteral dengan dosis 0,5–1 mg IM.

b) Memberikan salep mata

Untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) perlu diberikan obat mata

pada jam pertama persalinan, yaitu pemberian obat mata eritromisin 0.5 % atau tetrasiklin 1 %, sedangkan salep mata biasanya diberikan 5 jam setelah bayi lahir.

8) Identifikasi Bayi

- a) Alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu di pasang segera pasca persalinan. Alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada bayi setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.
- b) Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, di kamar bersalin dan di ruang rawat bayi.
- c) Alat yang digunakan, hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas.
- d) Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu.
- e) Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi.

e. Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

- 1) Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan 6-48 jam setelah lahir (Kemenkes RI, 2019).
- 2) Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir (Kemenkes RI, 2019).
- 3) Kunjungan neonatus ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir (Kemenkes RI, 2019).

B. Manajemen Asuhan Kebidanan 7 Langkah Varney

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

- a. Riwayat Kesehatan.
- b. pemeriksaan fisik pada Kesehatan.
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Nuraini, 2018).

2. Langkah II: Identifikasi Diagnosis/ masalah aktual

Pada langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosis. Sebagai contoh yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan persalinan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori "*nomenklatur standar diagnosis*" tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa sakit (Nuraini, 2018).

3. Langkah III: Identifikasi Diagnosis/ masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien,

bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial benar-benar terjadi (Nuraini, 2018).

4. Langkah IV: Identifikasi Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu, atau nilai *APGAR* yang rendah. Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya *prolaps* tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter (Nuraini, 2018).

5. Langkah V: Perencanaan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/ data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah diberikan penyuluhan, konseling, dan apakah merujuk klien bila ada masalah-masalah yg berkaitan dengan sosial ekonomi, kultur atau masalah psikologis. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh klien (Nuraini, 2018).

6. Langkah VI: Implementasi

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap

memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien (Nuraini, 2018).

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ke-7 ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Nuraini, 2018).

C. Pendokumentasian SOAP

1. *Subjective (S)*

Subjektif berhubungan dengan masalah sudut pandang orang lain tentang apa yang dirasakannya atau diyakininya. Keterampilan komunikasi efektif sangat diperlukan dalam pendokumentasian subjektif. Subjektif merupakan hasil dari inspeksi. Inspeksi melibatkan indra penglihat, pencium, dan pendengaran. Data yang diambil terfokus dan menyeluruh diawali dari keluhan utama atau alasan pasien dalam menghubungi/ datang ke fasilitas kesehatan. Data ini juga mencatat tentang pola/gaya hidup serta kebiasaan yang mungkin dapat dikaitkan dengan kondisi yang sedang dialami oleh pasien saat ini (Aisa *et al.*, 2018).

2. *Objective (O)*

Data objektif merupakan data yang didapatkan dari pengembangan data subjektif dan berperan penting dalam menentukan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan. Data objektif di ambil dari pemeriksaan umum dalam asuhan kebidanan yait pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), antropometri, dan head-to toe atau pemeriksaan yang dilakukan mulai dari kepala sampai keujung kaki. Selain itu dilakukan dan di dapatkan dari hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh bidan sendiri sesuai wewenangnya atau melalui kolaborasi (Aisa *et al.*, 2018).

3. *Assessment (A)*

Assessment adalah rangkuman/ ringkasan kondisi pasien yang segera dilakukan dengan mengenal atau mengidentifikasi diri tanda-tanda utama/ diagnosis, termasuk memprediksi diagnosis yang berbeda karena adanya tanda-tanda yang mungkin sama dengan diagnosis utama. Diagnosis dapat disusun mulai dari yang temuan data yang paling beralasan sampai dengan yang alasannya paling sedikit. Penegakan diagnosis bagi bidan didefinisikan sebagai kesimpulan dari kondisi pasien yang di intervensi (Aisa *et al.*, 2018).

4. *Plan (P)*

Plan atau rencana, rencana harus ideal dan sesuai dengan standar prosedur oprasional (SPO) atau standar operating procedure

(SOP) dan didalamnya terdapat tujuan, sasaran, dan tugas-tugas invertensi. Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Aisa *et al.*, 2018).