BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kehamilan

   a. Pengertian Kehamilan

   Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. Lama kehamilan normal dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu trimester pertama mulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua mulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, trimester ketiga mulai dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

   b. Perubahan Psikologis Trimeter III

   Masa kehamilan merupakan masa transisi yaitu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang didalam kandungan dan kehidupan nanti setelah melahirkan. Semua emosi yang dirasakan wanita hamil cukup labil, ibu hamil memiliki perasaan cukup ekstrem dan suasana hati cepat berubah.Wanita menjadi sangat sensitif dan cenderung bereaksi berlebihan. Disaat seperti ini merupakan saat yang tepat untuk memberi saran dan arahan yang dibutuhkan (Cunningham, 2011).

Trimester ketiga periode penantian dengan penuh kewaspadaan terjadi pada trimester ketiga. Wanita hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kelahiran bayi. Perasaan was-was muncul mengingat bayi bisa lahir kapan saja. Perhatian terfokus pada bayi yang akan lahir. Wanita hamil pada trimester ketiga menjadi lebih protektif terhadap bayi, mulai menghindari keramaian, seseorang atau apapun yang dianggap berbahaya bagi bayi. Sejumlah ketakutakan muncul, seperti apakah nanti bayinya lahir abnormal, terkait persalinan dan pelahiran. Depresi ringan merupakan hal umum yang terjadi dan wanita hamil menjadi lebih bergantung pada orang lain serta menutup diri karena perasaan rentannya. Pada trimester ketiga hasrat seksual menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan (Cunningham, 2011).

Peran suami terhadap ibu yang sedang mengandung dan setelah melahirkan amat besar.Ibu hamil harus mendapatkan dukungan yang sebesar-besarnya dari suami. Dukungan suami dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti: memberi ketenangan pada istri, membantu sebagian pekerjaan istri atau bahkan sekedar memberi pijatan ringan bila istri merasa pegal. Dengan dukungan suami diharapkan istri dapat melewati masa kehamilannya dengan perasaan senang dan jauh dari depresi (Jhaquin, 2010).

c. Antenatal Care

Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) adalah suatu progam yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan. ANC mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan (Mufdlilah, 2009).

Pedoman Pelayanan Antenatal Care Terpadu terdiri dari:

1) Timbang berat badan

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

Tabel 1. Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasar Indeks Masa Tubuh (IMT)

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

Sumber: Saifuddin (2010)

2) Ukur Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK) dimana LiLa kurang dari 23,5 cm.

3) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan.

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran TFU pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

Tabel 2. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan

No	TFU (cm)	TFU (Leopold)	Umur Kehamilan (minggu)
1	12	3 jari atas simfisis	12
2	16	Pertengahan pusat dan simfisis	16
3	20	3 jari dibawah pusat	20
4	24	Sepusat	24
5	28	3 jari atas pusat	28
6	32	Pertengahan pusat dan processus xifoideus (px)	32
7	36	1-2 jari bawah px	36
8	40	2-3 jari bawah px	40

Sumber: Saifuddin (2010)

5) Hitung Denyut Jantung Janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal.

6) Tentukan Presentasi Janin

Pemeriksaan presentasi janin biasanya dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan palpasi Leopold untuk menentukan letak janin, presentasi, posisi, dan jumlah janin. Palpasi Leopold terbagi menjadi 4 antara lain:

a) Palpasi Leopold I untuk menentukan TFU danbagian teratas pada uterus.

b) Palpasi Leopold II untuk mengidentifikasi punggung janin.

c) Palpasi Leopold III untuk menentukan bagian terbawah pada uterus antara kepala atau bokong

d) Palpasi Leopold IV untuk menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin masuk pada pintu atas panggul (Fraser dan Cooper, 2009).

7) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining status imunisasi TT-nya dan pemberian disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

8) Beri Tablet Tambah Darah (Tablet Fe)

Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

9) Periksa Laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi; Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein dalam urin, pemeriksaan kadar gula darah, pemeriksaan darah malaria, pemeriksaan tes sifilis, pemeriksaan HIV, pemeriksaan BTA.

10) Tatalaksana/Penanganan Kasus

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

11) KIE Efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal.

d. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Indikasi pemeriksaan USG pada trimester II dan III untuk menentukan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, terduga kematian janin, terduga kehamilan kembar, terduga kelainan volume cairan amnion, evaluasi kesejahteraan janin, ketuba pecah dini atau persalinan preterm, penentuan presentasi janin, membantu tindakan versi luar, terduga inkompetensia serviks, terduga plasenta previa, terduga solusio plasenta, terduga kehamilan mola, terdapat nyeri pelvik atau nyeri abdomen, terduga kehamilan ektopik (Prawirohardjo, 2010)

e. Kebijakan Pemerintah

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitikberatkan fokus totalitas monitoring yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar. Dalam stiker P4K harus didapatkan informasi identitas ibu, taksiran persalinan, rencana penolong

persalinan, pendamping dan tempat persalinan serta calon pendonor, transportasi yang digunakan dan pembiayaan. Semua harus disiapkan dengan baik. Selain itu perencanaan KB pasca bersalin juga perlu direncanakan (Kemenkes, 2014).

f. Faktor Risiko Kehamilan

Faktor risiko pada kehamilan adalah suatu keadaan atau ciri tertentu pada seseorang atau suatu kelompok ibu hamil yang dapat menyebabkan risiko/bahaya kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan (Saifuddin, 2010).

Tabel 3. Faktor Risiko Kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan –Kondisi Ibu
1.	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤16 tahun
2.	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥35 tahun b. Terlalu terlambat hamil, setelah kawin ≥4 tahun
3.	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥10 tahun
4.	Anak terkecil <2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil <2 tahun
5.	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6.	Umur ≥35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7.	Tinggi badan ≤145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan: a. Hamil pertama b. Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/ spontan dengan bayi cukup buan, dan hidup
8.	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu: a. Hamil kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga/ lebih mengalami gagal
		(abortus, lahir mati) 2 (dua) kali
9.	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/ vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah di infus/transfusi pada perdarahan pasca melahirkan
10.	Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber : Rochjati, 2010

Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), jumlah skor 6-10, kode warna kuning dapat dengan FR tunggal dari kelompok FR I, II, atau III, dan dengan FR ganda 2 dari Kelompok FR I dan II.

1) Multigravida

Frekuensi plasenta previa meningkat dengan meningkatnya paritas dan umur. Frekuensi plasenta previa pada primigravida yang berumur lebih dari 35 tahun kira-kira 2 kali lebih besar dibandingkan dengan primigravida yang berumur kurang dari 25 tahun, pada para 3 atau lebih yang berumur lebih dari 35 tahun kira-kira 3 kali lebih besar dibandingkan dengan para 3 atau lebih yang berumur kurang dari 25 tahun (Saifuddin, 2009).

Menurut Mochtar (2013), plasenta previa lebih sering terjadi pada paritas tinggi dari pada paritas rendah. Penelitian lain yang dilakukan oleh Umar, A (2010), menunjukkan bahwa wanita multigravida memiliki ririko 2,53 kali lebih besar mengalami plasenta previa dari pada primigravida.

Pada kehamilan berikutnya dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervilous. Aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannnya sehingga menutupi pembukaan jalan lahir sehingga terjadilah plasenta previa.

Hal ini sesuai dengan teori (Wiknjosastro, 2007) bahwa plasenta previa dapat terjadi pada ibu yang paritas tinggi, bahwa apabila aliran darah ke plasenta tidak cukup atau diperlukan lebih banyak seperti pada kehamilan kembar, plasenta yang letaknya normal sekalipun akan memperluas permukaannya, sehingga

mendekati atau menutupi sama sekali pembukaan jalan lahir. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal.Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Pada kehamilan berikutnya dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervilous, hal ini meningkatkan risiko plasenta previa (Manuaba, 2010). Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dicegah atau dikurangi dengan keluarga berencana (Wiknjosastro, 2007).

2) Riwayat Abortus

Riwayat obstetrik jelek terutama dalam hal ini riwayat abortus dapat mengakibatkan adanya keguguran berulang, plasenta previa, dan kelahiran prematur. Menurut hasil penelitian Utami (2007) jarak kelahiran, umur, dan riwayat abortus mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian plasenta previa.

Berdasarkan Manuaba (2010), plasenta previa terjadi karena endometrium fundus uteri belum siap menerima implantasi. Selain hal tersebut, juga di sebabkan oleh endometrium yang tipis, sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk memberikan nutrisi. Paritas, usia lanjut, cacat rahim misalnya bekas bedah sesar, kerokan, mimektomi, dan sebagainya berperan dalam proses peradangan dan kejadian atrofi di endometrium yang semuanya

dapat dipandang sebagai faktor risiko bagi terjadinya plasenta previa (Prawirohardjo, 2010).

g. Asuhan Yang Diberikan

Menurut Roedjati (2011) asuhan yang harus diberikan yaitu dengan perawatan kehamilan yang teratur, menjelaskan pada ibu dan keluarga risiko yang dapat terjadi pada ibu, melakukan perencanaan persalinan dengan suami dan anggota keluarga.

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Saifuddin, 2010).

b. Tanda-Tanda Persalinan

1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kkuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah (Manuaba, 2010).

2) Pengeluaran lendir dan darah

His persalinan akan menimbulkan perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadinya perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (Manuaba, 2010).

3) Pengeluaran cairan

Beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Manuaba, 2010).

c. Fase Persalinan

1) Kala 1

Kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga dapat berjalan jalan. Lama kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Manuaba, 2010).

Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan tetapi belum ada pembukaan sehingga saat memasuki inpartu perlunakan dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan (Manuaba, 2010).

d. Asuhan yang diberikan:

a) Pemantauan Kesejahteraan Janin

American Academy of Pediatrics dan American College of Obstetricians and Gynecologist (2007) merekomendasikan bahwa selama persalinan kala detak jantung janin harus diperiksa segera setelah kontraksi 30 menit sekali saat fase aktif (Cunningham, dkk, 2012).

b) Kontraksi Uterus

Kualitas dan kuantitas kontraksi dapat dievaluasi dengan meletakkan telapak tangan di fundus. Intensitas dapat dinilai dari mulainya uterus berkontraksi. Kemudian diperhatikan waktu menghilangnya kontraksi (Cunningham, dkk, 2012).

c) Pemeriksaan Dalam

Frekuensi pemeriksaan dalam yang diperlukan selama persalinan bergantung pada kasus individu, sering kali satu atau dua pemeriksaan sudah cukup, normalnya pemeriksaan

dilakukan 4 jam sekali. Jika terjadi ketuban pecah sangat penting untuk membatasi jumlah pemeriksaan dalam untuk mencegh terjadinya infeksi (Reeder, 2011).

d) Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsistensi dan jumlah sesuai dengan kondisi pasien (Cunningham, dkk, 2012).

e) Mengajarkan Teknik Relaksasi

Wanita yang telah dipersiapkan untuk melahirkan telah diajarkan teknik pernafasan saat memasuki persalinan (Cunningham, dkk, 2012).

f) Posisi Ibu

Ibu harus menghindari posisi berbaring karena berat uterus yang membesar dapat menekan pembuluh darah besar ibu. Adanya sumbatan pada vena kava membuat lairan darah balik ke jantung menurun. Posisi nyaman dapat mengurangi ansietasnya yang memiliki efek fisiologi (Reeder, 2011).

g) Dukungan Persalinan

Dukungan persalinan yang dapat diberikan salah satunya yaitu dengan memberikan dorongan semangat dapat dilakukan pelayan kesehatan maupun keluarga sesaat setelah kontraksi dengan memberikan beberapa kata semangat bahwa ibu dapat melewati proses persalinannya. Ibu yang sudah dibuat merasa

bahwa ia sanggup akan merespon dengan terus berusaha (Sumarah, dkk, 2008).

2) Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul.

Selama kala dua persalinan, intensitas kontraksi meningkat, berlangsung selama 50 sampai 70 detik, dan terjadi pada interval 2 atau 3 menit. Jika ketuban belum pecah, maka pecah ketuban sering kali terjadi pada awal kala ini, dengan semburan cairan ketuban yang membungkus kepala bayi baru lahir.

Saat kepala janin atau bagian presentasi janin menurun dan mencapai dasar perineum. Saat kontraksi berlangsung, wanita menegang atau mengejan dengan seluruh kekuatan sehingga wajahnya memerah dan pembuluh darah di lehernya mengalami distensi. Akibat pengerahan tenaga ini, ia akan berkeringat dengan sangat banyak. Selama kala ini wanita mengerahkan seluruh tenaganya untuk melahirkan bayi (Manuaba, 2010).

3) Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Segera setelah lahir, mulai berlangsung pelepasan plasenta, karena sifat retraksi otot uterus. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan melihat tanda-tanda: uterus dapat dirasakan berbentuk globular yang keras, uterus terdorong di atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darahan. (Manuaba, 2010).

4) Kala IV

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Periode ini juga penting untuk pembentukan awal hubungan ibu dan bayi. Interaksi awal orang tua dengan bayi baru lahir dan bayi baru lahir dengan orang tua dipercaya mempengaruhi kualitas hubungan mereka selanjutnya.

Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah :

a) Tingkat kesadaran penderita
b) Pemeriksaan tanda vital, tekanan darah, nadi, pernafasan
c) Kontraksi uterus

d) Terjadinya perdarahan (Prawirohardjo, 2010).

e. Faktor Risiko Persalinan

1) Multigravida

Bagi ibu hamil paritas 2-3 merupakan paritas yang paling aman ditengah dari sudut kematian maternal (Winkjosastro, 2007). Seorang yang mengalami kehamilan ≥4 kali mungkin mengalami kontraksi yang lemah pada saat persalinan dan perdarahan setelah melahirkan (Saifuddin, 2010). Insiden perdarahan pasca persalinan sebesar 0,3% terjadi pada wanita dengan paritas rendah tetapi meningkat 1,9% pada wanita dengan paritas empat atau lebih (Cunningham, 2010).

Penelitian yang dilakukan Nola Eriza. dkk, (2013) mengenai Hubungan Perdarahan Postpartum dengan Paritas di RSUP Dr. M. Djamil menyebutkan bahwa persentase paritas ibu yang mengalami perdarahan postpartum dengan paritas 1 sebesar 30,6%, paritas 2 dan 3 sebesar 31,9%, dan paritas >3 sebesar 37,5%. Hal ini menunjukkan meskipun tidak bermakna secara statistik, perdarahan postpartum meningkat seiring dengan peningkatan paritas dan sesuai dengan yang dikemukakan Cunningham pada tahun 2010 bahwa paritas tinggi merupakan salah satu faktor risiko untuk terjadinya perdarahan postpartum.

Paritas tinggi mempengaruhi keadaan uterus ibu, karena semakin sering ibu melahirkan maka uterus cenderung bekerja

tidak efisien dalam semua kala persalinan sehingga menimbulkan kegagalan kompresi pada tempat implantasi plasenta akibatnya terjadi perdarahan postpartum primer.Selain itu, paritas tinggi dapat memicu tertinggalnya sebagian jaringan plasenta di uterus dan dapat menyebabkan perdarahan postpartum sekunder.

3. Bayi Baru Lahir

a. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama. Asuhan bayi baru lahir meliputi Pencegahan infeksi (PI), penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi, pemotongan dan perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan incubator, menjaga kolonialisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegahinfeksi nosokomial, pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu menyelimuti kepala dan tubuh bayi, pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri, pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan, pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata antibiotika dosis tunggal, serta pemberian ASI eksklusif.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Lihat Postur, Tonus dan Aktivitas

Posisi tungkai dan lengan fleksi pada bayi sehat akan bergerak aktif.

2) Lihat Kulit

Kulit wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.

3) Hitung dan Lihat Pernapasan

Lihat tarikan dinding dada bawah ,ketika bayi sedang tidak menangis, frekuensi napas normal 40-60 kali per menit dan tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam.

4) Hitung Denyut Jantung

Menghitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis.Frekwensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit.

5) Ukur Suhu

Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan thermometer, suhu normal adalah 36,5 - 37,5º C.

6) Lihat dan Raba Bagian Kepala

Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atautidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis.

7) Lihat Mata

Pada pemeriksaan mata yang normal adalah tidak ada kotoran/secret, konjungtiva berwarna merah muda dan sclera berwarna putih.

8) Lihat Bagian dalam Mulut

Pada pemerksaan, yang normal adalah bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah. Hal ini dapat dilakukan dengan memasukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, meraba langit-langit dan menilai kekuatan isap bayi. Sebagai reflek normalnya, bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa.

9) Lihat Tali Pusat

Tidak ada perdarahan,pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat.atau kemerahan sekitar tali pusat.

10) Lihat Punggung dan Raba Tulang Belakang

Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang.

11) Pemeriksaan Ekstremitas Atas dan Bawah

Tidak terdapat sindaktili, polidaktili, siemenline, dan kelainan kaki.

12) Lihat Lubang Anus

Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus. Penampakan yang normal adalah terlihat lubang anus dan

periksa apakah mekonium sudah keluar, atau tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar. Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir.

13) Lihat dan Raba Alat Kelamin Luar

Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil. Pada bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan. Pada bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis dan teraba testis di skrotum. Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir.

14) Refleks

Refleks rooting adalah refleks dimana bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Refleks isap terjadi apabila terdapat benda yang menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan. Refleks moro adalah timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan. Refleks mengeluarkan lidah terjadi apabila diletakkan benda di dalam mulut yang ditafsirkan bayi menolak makanan atau minuman.

15) Timbang Bayi

Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil penimbangan dikurangi berat selimut. Berat lahir normal adalah 2,5-4 kg. Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu (tidak melebihi 10% dalam waktu 3-7 hari) baru kemudian naik kembali.

16) Mengukur Panjang dan Lingkar Kepala Bayi

Panjang lahir normal adalah 48-52 cm dan lingkar kepala normal adalah 33-37cm (Panduan Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir Berbasis Perlindungan Anak, 2010).

c. Perawatan Neonatus

Menurut Kemenkes RI (2012) beberapa hal yang harus diperhatikan ketika memberikan perawatan pada bayi antara lain :

1) Buang Air Kecil dan Air Besar Pada Bayi

Bayi buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) dalam 24 jam pertama. Bila dalam 24 jam bayi belum BAK atau BAB maka perlu perhatian khusus. Bayi BAK 5-6 kali per hari dan BAB 3- 4 kali per hari.

2) Menjaga Kehangatan Bayi

Setelah bayi dilahirkan dan berhasil melalui adaptasi intra ke ekstra uterin, bayi harus dijaga agar tetap hangat. Keringkan bayi segera setiap kali terkena air, air kencing, dan atau faeces.

3) Perawatan Tali Pusat

Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat. Jangan membungkus putung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke putung tali pusat. Lipat popok dibawah putung tali pusat. Jika putung tali pusat kotor, membersihkan dengan air matang dan sabun kemudian segera

dikeringkan dengan kain bersih atau kassa agar tidak terjadi infeksi tali pusat.

d. Tanda Bahaya Bayi

Tidak mau minum atau memuntahkan semua, kejang, bergerak hanya karena dirangsang, nafas cepat (≥60 kali/menit), nafas lambat (≥30 kali/menit), tarikan dinding dada kedalam, menangis merintih, teraba demam atau dingin, pusar kemerahan atau berdarah, nanah, berbau, tampak kuning dan diare.

e. Pemantauan Berat Badan Bayi

Karena mungkin kurang mendapat nutrisi selama 3 atau 4 hari pertama kehidupan dan pada saat yang sama mengeluarkan urin, feses, dan keringat dalam jumlah yang bermakna, neonatus secara progresif mengalami penurunan berat tubuh sampai diberikan air susu ibu. Jika bayi normal mendapatkan makanan yang sesuai, berat lahir biasanya dicapai kembali pada hari kesepuluh.

f. Nutrisi Seimbang untuk Bayi

Sumber makanan untuk bayi adalah ASI, ASI dianggap memiliki lebih dari 200 komponen yang hingga saat ini masih terus diidentifikasi. Komposisinya yang unik untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi. ASI mengandung asam dekosa heksaenoid (DHA) sehingga bayi yang diberi ASI secara

bermakna akan mempunyai IQ yang lebih tinggi dibanding dengan bayi yang diberi susu formula (Erna, dkk, 2005).

g. Kunjungan Neonatus

1) Kunjungan Neonatus I (KN I) pada 6 jam sampai 48 jam setelah lahir.

2) Kunjungan Neonatus II (KN II) pada hari ke 3 sampai 7 hari.

3) Kunjungan Neonatus III (KN III) pada hari ke 8 sampai 28 hari.

4. Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan 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).

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Involusi uterus dan pengeluaran lokhea

Tabel 4. TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

No	Waktu involusi	TFU	Berat Uterus
1	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
2	Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusapertengahan pusat simfisis	750 gram
3	1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram

No	Waktu involusi	TFU	Berat Uterus
4	2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
5	6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
6	8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Rukiyah (2011)

Lokhea adalah cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina pada masa nifas.

Lokhea terbagi atas :

a) Lokhea rubra (cruenta) yaitu berisi darah dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua,vernik kaseosa,lanugo, dan mekonium selam 2 hari pascapersalinan.

b) Lokhea sanguilenta yaitu berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, hari ke 3 sampai ke 7 pascapersalinan.

c) Lokhea serosa yaitu berwarna kuning, cairan tidak berubah lagi, terdapat pada hari ke 7 sampai ke 14 pascapersalinan.

d) Lokhea alba yaitu terdapat cairan putih setelah 2 minggu (Panduan Operasional Kemkes RI, 2015).

2) Involusi Tempat Melekatnya Plasenta

Segera setelah pelahiran, tempat melekatnya plasenta kira-kira berukuran sebesar telapak tangan, tetapi dengan cepat ukurannya mengecil. Pada akhir minggu kedua, diameternya hanya 3 sampai 4 cm (Cuningham , 2010).

3) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan. 18 jam pascapartum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematosa, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan (Cuningham, 2010).

4) Endometrium

Dalam waltu 2 atau 3 jari setelah pelahiran, sisa berdiferensiasi menjadi dia lapisan. Stratum superfisial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lokhea. Dalam 1 minggu atau lebih, permukaan bebas menjadi tertutup oleh epitel dan seluruh endometrium pulih kembali dalam minggu ketiga (Cuningham, 2010).

5) Vagina dan Perineum

Segera setelah pelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya dan umumnya longgar. Ukuranya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar minggu ketiga

pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit lebih besar daripada sebelum kelahiran pertama (Varney, 2008).

6) Laktasi/Pengeluaran Air Susu Ibu

Ketika laktasi terbentuk, teraba suatu massa (benjolan), tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak, dan suatu cairan kekuningan, yakni kolostrum dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai, payudara teraba hangat dan keras ketika di sentuh. Rasa nyeri akan menetap selama 48 jam (Varney, 2008).

7) Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2008).

b) Nadi

Denyut nadi dan volume sekuncup serta curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke-8 sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil (Varney, 2008).

c) Tekanan Darah

Setelah kelahiran bayi, dilakukan pengukuran tekanan darah dasar. Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait dengan hipertensi, biasanya tekanan darah kembali ke kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Oleh karena itu, pengukuran tekanan darah tidak perlu dilakukan secara rutin tanpa indikasi klinis (Fraser dan Cooper, 2009).

d) Respirasi

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2008).

8) Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta, dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan. Penentu utama penurunan berat badan pascapartum adalah peningkatan berat badan saat hamil (Varney, 2008).

9) Perubahan Psikologis yang Terjadi Pada Masa Nifas

Cukup sering seorang ibu menunjukan gejala depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi ringan sesaat, atau postpartum blues tersebut, paling mungkin terjadi sebagai akibat sejumlah faktor.

Penyebab-penyebab yang menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan post partum, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya (Cuningham, 2010).

c. Gizi Seimbang untuk Ibu Menyusui

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 800 Kkal. Karena itu ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 800 Kkal yaitu 600 Kkal untuk memproduksi ASI dan 200 Kkal untuk aktivitas ibu selama menyusui. Kebutuhan kalori ibu menyusui 2200 Kkal untuk kebutuhan normal ditambah 800 Kkal sehingga menjadi 3000 Kkal sehari.

Tambahan nutrien lain dalam sehari adalah protein sebanyak 50 gram, kalsim 0,5-1 gram, zat besi 20 mg, vitamin C 100 mg, vitamin B1 1,3 mg, vitamin B2 1,3 mg, dan air 8 gelas

sehari. Selain itu ibu menyusui dianjurkan mengkonsumsi asam lemak omega 3. Asam lemak omega 3 banyak terdapat pada ikan laut. Asam lemak omega 3 akan diubah menjadi *DHA* dan akan dikeluarkan melalui ASI. Zat besi terdapat pada daging, hati golongan *sea food* dan bayam. Zink banyak terdapat pada makanan laut. Vitamin C terdapat dalam buah-buahan yang memiliki rasa asam dan kecut. Vitamin B1 terdapat dalam padi, kacang-kacangan, hati, telur dan ikan.

Food and Nutrition Board, National Academy of Science-National Research Councel menganjurkan untuk wanita Amerika yang sedang menyusui tambahan setiap harinya adalah energi 500 Kkal, protein 200 gram, vitamin A 400 µg, vitamin D 5 µg, vitamin E 3 mg, vitamin C 40 mg, vitamin B1 0,5 mg, vitamin B2 0,5 mg, niasin 5 mg, vitamin B6 0,5 mg, asam folat 100 µg, vitamin B12 1,0 µg, kalsium 400 mg, fosfor 400 mg, magnesium 150 mg, zat besi 30-60 mg, zink 10 mg, iodium 50 µg. Tambahan zat-zat gizi dapat diperoleh dengan 600 cc susu sapi atau formula yang dibuat khusus bagi ibu menyusui ditambah dengan daging, ikan, sayur mayur dan buah-buahan (Erna, dkk 2005).

d. Waktu Kunjungan Nifas

Tabel 5. Jadwal Kunjungan Nifas

No	KF 1 (6-12 jam)	KF 2 (3-6 hari)	KF 3 (2 minggu pasca salin)
1	Pemeriksaan tanda-tanda vital	Pemeriksaan tanda-tanda vital	Pemeriksaan tanda-tanda vital
2	Memastikan involunsi uterus berjalan normal, kontraksi, dan tinggi fundus.	Memasikan involusi uterus berjalan normal, kontraksi, dan tinggi fundus	Menanyakan pada ibu penyulit yang dialami

No	KF 1 (3 jam-6 hari)	KF 2 (4 hari-28 hari)	KF 3 (29 hari-42 hari)
3	Menilai adanya tanda-tanda bahaya nifas	Menilai adanya tanda-tanda bahaya nifas	Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tanda bahaya yang dialami
4	Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup	Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup	Menanyakan ibu mengenai suasana emosinya
5	Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi	Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi	
6	Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda	Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda	
No	KF 1 (3 jam-6 hari)	KF 2 (4 hari-28 hari)	KF 3 (29 hari-42 hari)
	Penyulit	Penyulit	
7	Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan perawatan pada bayi	Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan perawatan pada bayi	

Sumber :Panduan Pelayanan Operasional Persalinan dan Nifas Normal Bagi Tenaga Kesehatan, 2015.

5. Keluarga Berencana

Menurut Affandi (2012) macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim.

a. Pil Progestin

Metode progesteron diperkenalkan sebagian untuk menghindari efek samping estrogen yang terkandung dalam pil kombinasi. Yang kini tersedia adalah pil progesteron-saja (POP, *progestogen only pill*). Dosis progesteron yang diberikan sangat beragam sesuai dengan metode yang digunakan. (Myles, 2009).

b. Cara Kerja

Kerja utama POP dianggap menebalkan lendir serviks sehingga mempersulit penetrasi sperma, dan memodifikasi

endometrium sehingga menghalangi implantasi; selain itu juga mempunyai efek yang beragam pada tuba uterina. (Myles, 2009).

c. Manfaat

Manfaat umum penggunaan POP meliputi: efek samping metabolik yang lebih sedikit dibandingkan dengan pengguanaan kombinasi; dapat digunakan saat menyusui; dapat mengurangi gejala pramenstruasi (Guillebaud 1999); perlindungan terhadap PID; manfaat lain meliputi kemampuannya melindungi dari resiko kanker endometrium dan ovarium (Myles, 2009).

d. Kerugian

Kerugian penggunaan metode ini adalah gangguan menstruasi meliputi perdarahanyang tidak teratur, kadang-kadang memanjang, oligomenorea, atau amenorea; kista ovarium fungsional. Kontraindikasi pemakaian meliputi kehamilan, perdarahan pervaginam abnormal yang tidak terdiagnosis, penyakit arteri berat, mola hidatidiformis (hingga serum HCG tidak terdeteksi lagi) (Myles, 2009).

e. Penggunaan POP

POP diminum setiap hari; tidak ada hari tanpa pil sehingga tablet diminum sepanjang periode. Jika tablet pertama diminum pada hari pertama menstruasi, efek kontrasepsi bekerja dengan segera. Jika POP diminum dihari lain pada siklus menstruasi,

kontrasepsi tambahan, contohnya kondom, harus digunakan selama 7 hari pertama (Myles, 2009).

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Asuhan kebidanan

Keputusan Menteri Kesehatan No. 369 tahun 2007 menyatakan bahwa asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

2. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 369 tahun 2007, pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup

pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

3. Langkah-Langkah Asuhan Kebidanan

Langkah-langkah asuhan kebidanan sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.938/Menkes/SK/VIII/2007. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Standar asuhan Kebidanan terdiri dari 6 standar, yaitu:

a. Standar I: Pengkajian

1) Pernyataan Standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Kriteria Pengkajian

a) Data tepat, akurat, dan lengkap.

b) Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya).

c) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

1) Pernyataan Standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

a) Kriteria perumusan diagnosa.

b) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.

c) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

d) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

c. Standar III: Perencanaan

1) Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2) Kriteria perencanaan

a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.

b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.

c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.

d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan

memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumberdaya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV: Implementasi

1) Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara berkesinambungan, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

2) Kriteria

a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.

b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya *(informed consent).*

c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.

d) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.

e) Menjaga privasi klien/pasien.

f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.

h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.

i) Melakukan tindakan sesuai standar.

j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakuakan.

e. Standar V: Evaluasi

1) Pernyataan Standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistimatis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2) Kriteria Evaluasi

a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.

c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

f. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

1) Pernyataan Standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan dan dilakuakan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2) Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

a) Pencatatan dilakuakan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/ status pasien/ Buku KIA).

b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

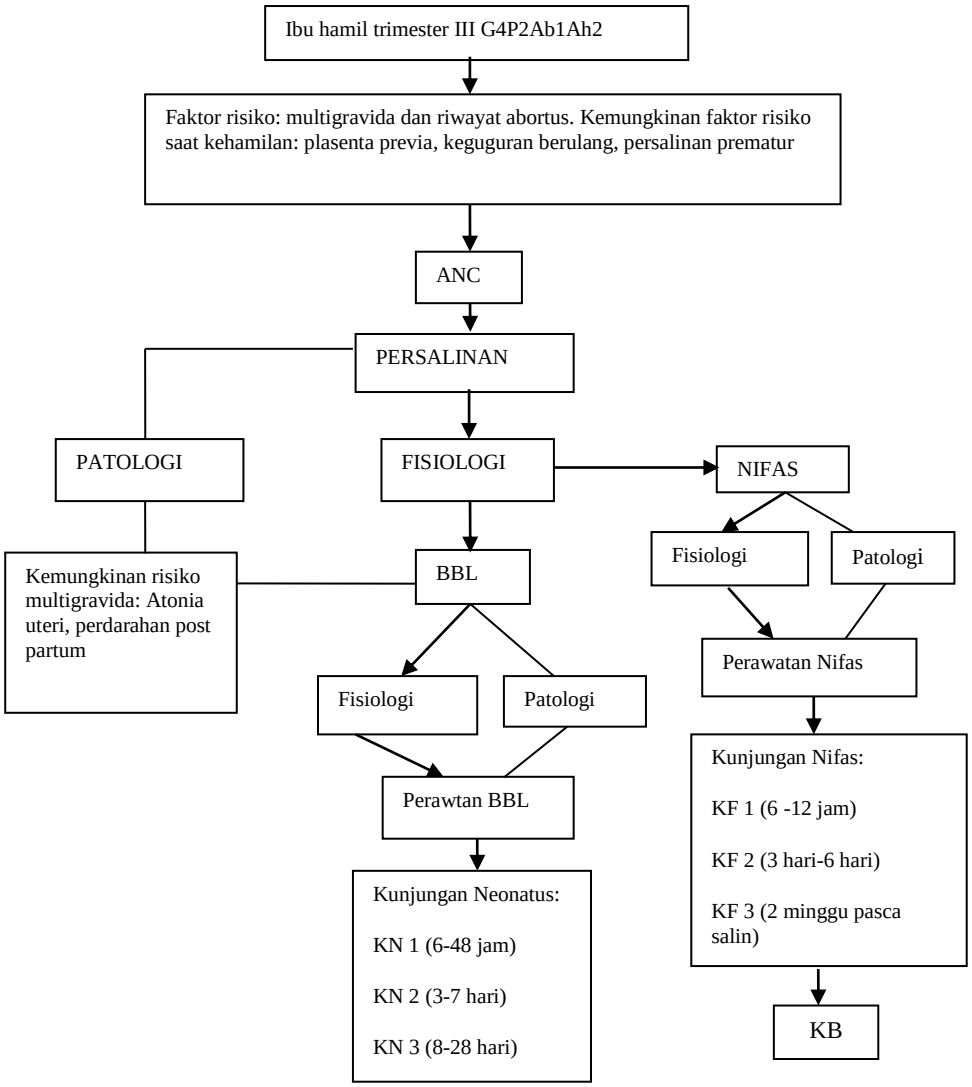
c) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

d) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

f) P adalah pentalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara berkesinambungan, penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/*follow up* dan rujukan.

C. Flow Chart Asuhan Berkesinambungan



Gambar 1. Flowchart asuhan kebidanan berkesinambungan

Sumber: Pudji Rochjati, 2011