

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Tinjauan Teori Klinis**

##### **1. Konsep Dasar Kehamilan**

###### **a. Pengertian Kehamilan**

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga kelahiran bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2010). Pada praktiknya, trimester pertama secara umum dipertimbangkan berlangsung pada minggu pertama hingga ke-12 (12 minggu), trimester ke dua pada minggu ke-13 hingga ke-27 (15 minggu), dan trimester ke tiga pada minggu ke-28 hingga ke-40 (13 minggu) (Varney, dkk, 2007).

###### **b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III**

###### **1) Sistem Reproduksi**

###### **a) Uterus**

Pembesaran uterus menyebabkan adanya kontraksi *Braxton Hicks* karena peregangan sel-sel otot uterus dan terus mengalami peningkatan frekuensi, durasi dan intensitas serta mencapai

keteraturan menuju persalinan serta dapat menimbulkan pembesaran abdomen (Varney, dkk, 2007).

b) Serviks Uteri

Peningkatan ukuran pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus menyebabkan vaskularisasi, kongesti dan edema yang menyebabkan serviks bertambah lunak dan warnanya lebih biru sampai keunguan yang disebut tanda Chadwick. Dalam persiapan persalinan, esterogen dan hormon plasenta relaxin membuat servix lebih lunak yang disebut juga tanda Goodell (Varney, dkk, 2007).

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, akibat adanya hormon somatomotropin korionik (*Human Placental Lactogen* atau HPL) (Varney, dkk, 2007).

3) Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, curah jantung meningkat sampai 30-50%. Perubahan ini terjadi karena adanya janin yang terus tumbuh menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu dan pada akhir kehamilan rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu. Pada kehamilan fisiologis terjadi adanya pencairan darah yang disebut haemodilusi yang terlihat dari kadar hematokrit yang rendah yang dikenal dengan anemia fisiologis yang sering terjadi sampai usia kehamilan 32 minggu (Varney, dkk, 2007).

#### 4) Tractus Urinaria

Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul dan menekan kandung kemih akan menimbulkan keluhan sering berkemih (Saifuddin, 2010).

#### 5) Sistem Metabolisme

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya, payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler (Saifuddin, 2010).

Tabel 1. Rekomendasi Penambahan Berat Badan selama Kehamilan berdasarkan 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
Gemelli		16 – 20,5

#### c. Antenatal Care

Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, dkk, 2007).

Pemeriksaan antenatal di negara berkembang dilakukan sebanyak 4 kali, dengan ketentuan sebagai berikut minimal satu kali pada trimester pertama (K1), minimal satu kali pada trimester kedua

(K2), dan minimal dua kali pada trimester ketiga (K3 dan K4) (Manuaba, dkk, 2010).

d. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Upaya terobosan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia salah satunya melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitik beratkan 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. Pelaksanaan P4K diharapkan mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiap-siagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat (Kementrian Kesehatan RI, 2015).

e. Faktor risiko kehamilan

Menurut Rochjati (2011) faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya

komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/bayinya.

1) Kelompok faktor risiko:

- a) Faktor Risiko (FR I): Primi Muda, Primi Tua, Primi Tua Sekunder, Anak Terkecil < 2 th atau terlalu cepat punya anak lagi, Grande Multi, terlalu banyak punya anak yaitu 4 atau lebih, Umur  $\geq$  35 tahun, terlalu tua hamil umur 35 tahun atau lebih, Tinggi badan  $\leq$  145 cm, Pernah gagal kehamilan yang lalu yaitu hamil kedua yang pertama gagal, hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali, Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vacum, pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim, pernah di infus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan, Pernah operasi sesar sebelum kehamilan ini.
- b) Faktor Risiko II (FR II): Penyakit ibu hamil (anemia, malaria, tuberkulosa paru, payah jantung, kencing manis, dll), preeklampsia ringan, hamil kembar/gemeli, hamil kembar air/hydramnion, hamil lebih bulan/ hamil serotinus, janin mati di dalam rahim ibu, kelainan letak sungsang dan letak lintang.
- c) Faktor Risiko III (FR III): Perdarahan sebelum bayi lahir yaitu mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi, preeklampsia berat dan eklampsi.

f. Anemia dalam kehamilan

1) Pengertian

Anemi dalam kehamilan adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital ibu dan janin menjadi berkurang (Varney, dkk, 2007). Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11gr % pada trimester 1 dan 3 atau kadar  $< 10,5$  gr % pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Saiffudin, 2009). Penurunan ringan kadar hemoglobin selama kehamilan disebabkan oleh ekspansi volume plasma yang relative lebih besar dibandingkan dengan peningkatan volume sel darah merah. (Cunningham, dkk, 2012).

2) Etiologi Anemia

Menurut Manuaba, dkk (2007) penyebab anemia pada kehamilan adalah:

1) Kekurangan asupan zat besi

Kecukupan akan zat besi tidak hanya dilihat dari konsumsi makanan sumber zat besi tetapi juga tergantung variasi penyerapannya. Yang membentuk 90% Fe pada makanan non daging (seperti biji-bijian, sayur, telur, buah) tidak mudah diserap tubuh.

## 2) Peningkatan kebutuhan fisiologi

Kebutuhan akan Fe meningkat selama kehamilan untuk memenuhi kebutuhan ibu, janin, dan plasenta serta untuk menggantikan kehilangan darah saat persalinan.

## 3) Malabsorpsi

Gangguan penyerapan zat besi pada usus dapat menyebabkan pemenuhan zat besi pada ibu hamil terganggu.

## 3) Kebutuhan Zat Besi pada Wanita Hamil

Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Jika persediaan cadangan Fe minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan Fe tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya. Pada kehamilan relatif terjadi anemia pada ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30-40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu (Manuaba, dkk, 2010).

## 4) Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang – kunang, dan keluhan mual – muntah lebih hebat pada hamil muda.

Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli (Manuaba, 2010) dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	tidak anemia
Hb 9-10 g%	anemia ringan
Hb 7-8 g%	anemia sedang
Hb <7 g%	anemia berat

5) Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil

1) Pola konsumsi Fe

Pada trimester II dan III faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya anemia kehamilan adalah konsumsi tablet besi (Fe). Hal ini disebabkan kebutuhan zat besi pada masa ini lebih besar dibandingkan trimester I dan menunjukkan pentingnya pemberian tablet besi (Fe) untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan dan nifas (Saifuddin, 2009).

2) Kepatuhan mengkonsumsi tablet besi

Anemia juga disebabkan karena tidak semua ibu hamil yang mendapatkan tablet besi tidak meminumnya secara rutin yang menyebabkan ibu hamil kekurangan besi. mengkonsumsi tablet besi dapat menimbulkan efek samping yang mengganggu sehingga orang cenderung menolak tablet yang diberikan (Arisman, 2009).



Penelitian yang dilakukan oleh Anasari dan Hidayah tahun 2010 bahwa ada hubungan antara kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet Fe dengan kejadian anemia di Desa Pageraji Kecamatan Cilongok Kabupaten Banyumas dengan nilai  $p = 0,005$ .

3) Konsumsi zat besi bersamaan dengan kalsium

Mengkonsumsi zat besi bersama dengan kalsium misalnya yang terkandung pada susu atau keju dapat menghambat penyerapan zat besi, dianjurkan untuk memberi sela selama 2 jam sebelum atau sesudah mengkonsumsi zat besi (Ani, 2013).

6) Pengaruh anemia

Menurut Manuaba, dkk (2010), anemia pada kehamilan memberikan pengaruh terhadap kehamilan itu sendiri maupun terhadap janin.

1) Pengaruh anemia terhadap kehamilan

a) Bahaya yang terjadi selama kehamilan, yaitu dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ( $Hb < 6 \text{ g\%}$ ), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).

- b) Bahaya yang dapat terjadi saat persalinan, yaitu gangguan his (kekuatan mengejan), kala satu dapat berlangsung lama, terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala tiga dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.
- c) Bahaya yang dapat terjadi saat nifas, yaitu dapat menyebabkan subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerpurium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan, anemia pada masa nifas, dan mudah terjadi infeksi payudara.

## 2) Pengaruh anemia terhadap janin

Meskipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk: abortus, kematian intrauterine, persalinan dengan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat

bawaan, bayi mudah mendapatkan infeksi sampai kematian perinatal, dan intelegensia rendah.

- 7) Tanda dan gejala anemia: letih, sering mengantuk, malaise, pusing, lemah, nyeri kepala, luka pada lidah, kulit pucat, membran mukosa pucat (misal, konjungtiva), bantalan kuku pucat, tidak ada nafsu makan, mual, dan muntah (Varney, dkk, 2007).
- 8) Tatalaksana anemia
  - 1) Apabila diagnosis anemia telah ditegakkan, lakukan pemeriksaan apusan darah tepi untuk melihat morfologi sel darah merah.
  - 2) Menurut Siswono dalam Mandrasekar (2007), cara mencegah anemia defisiensi besi antara lain dengan mengkonsumsi sayuran hijau, daging, hati dan produk olahan susu, mengkonsumsi suplemen zat besi, mengkonsumsi vitamin C untuk membantu proses penyerapan zat besi dalam saluran pencernaan, menghindari kafein, misalnya kopi/teh dalam jumlah banyak karena dapat mengganggu penyerapan zat besi. Adapun upaya penanggulangan anemia defisiensi besi yang mudah dan murah adalah dengan pemberian tablet besi folat (Fe).

## 2. Konsep Dasar Persalinan

### a. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, dkk, 2010).

### b. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecah ketuban sebelum awitan persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi. Keluhan yang biasanya dirasakan ibu (subjektif) yaitu semburan cairan yang banyak diikuti keluarnya cairan yang terus menerus, keluarnya sedikit cairan yang terus menerus (jernih, keruh, kuning, atau hijau), perasaan basah pada celana dalamnya.

#### 1) Diagnosis KPD

Cara untuk menegakkan diagnosis KPD salah satunya dengan Nitrazine positif yaitu kertas berwarna mustard-emas yang sensitif terhadap pH ini akan berubah warna menjadi biru gelap jika kontak dengan bahan bersifat basa. Nilai pH vagina normal adalah  $\leq 4,5$ . Selama kehamilan, terjadi peningkatan jumlah sekresi vagia akibat eksfoliasi epitelium dan bakteri, sebagian besar *Lactobacillus*, yang menyebabkan pH vagina lebih asam. Cairan amnion memiliki pH 7,0 sampai 7,5 (Varney, dkk, 2007).

Menurut Saifuddin (2010) diagnosis KPD dapat ditegakkan dengan :

- a) Menentukan pecahnya selaput ketuban, dengan adanya cairan ketuban divagina.
  - b) Jika tidak ada, coba dengan menggerakkan sedikit bagian terbawah janin, atau meminta pasien batuk atau mengedan.
  - c) Pemeriksaan tes lakmus (Nitazin test) merah menjadi biru.
  - d) Tentukan usia kehamilan.
  - e) Pemeriksaan USG.
  - f) Tentukan ada tidaknya infeksi.
    - (1) Suhu badan  $> 38^{\circ}\text{C}$ .
    - (2) Air ketuban keruh dan berbau.
    - (3) Leukosit darah  $> 15.000/\text{mm}^3$ .
    - (4) Janin yang mengalami takikardi
    - (5) Tentukan tanda-tanda persalinan
    - (6) Skoring pelvik.
    - (7) Tentukan adanya kontraksi yang teratur
    - (8) Pemeriksaan dalam jika terminasi kehamilan
- 2) KPD pada waktu aterm

Sembilan puluh persen pasien dengan KPD akan memasuki partus spontan dalam masa 24 jam dan tidak banyak menimbulkan problema penanganan. Beberapa penelitian memperlihatkan kenaikan kematian perinatal dan infeksi dengan streptokokus grup

B bila masa laten melewati 24 jam. Mencoba dengan agresif melakukan induksi pada gravida yang serviksnya masih panjang dan tertutup (nilai Bishop tidak baik) biasanya akan disertai oleh kenaikan persalinan operatif. Oleh sebab itu diperlukan penanganan ekspektatif atau menggunakan produk prostaglandin E<sub>2</sub> intravagina dengan tetap berhati-hati mengevaluasi infeksi dan *Fetal Heart Rates* (FHR) yang abnormal (William dan Carey, 2005).

### 3) Mekanisme Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester III selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis (Saifuddin, 2010).

### 4) Penatalaksanaan

Menurut Manuaba (2010) bidan merujuk ke RS/puskesmas kemudian tindakan yang diberikan adalah memberikan antibiotika, batasi pemeriksaan dalam, pemeriksaan air ketuban, kultur, dan bakteri, observasi tanda infeksi dan distress janin. Selanjutnya dinilai apakah kehamilannya aterm atau tidak.

### Penatalaksanaan Aktif

- a) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan Misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada infeksi berikan penisilin, gentamisin dan metronidazole kemudian lahirkan bayi. Bila tidak ada infeksi lahirkan bayi berikan penisilin atau ampisilin.
- b) Bila ada tanda – tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri:

Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea. Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam (Saifuddin, 2010).

Tabel 2. Skor Bishop

TABEL SKOR BISHOP				
SKOR	0	1	2	3
Pembukaan	0	1-2	3-4	5-6
Pendataran	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Station	-3	-2	-1	+1,+2
Konsistensi	Keras	Sedang	Lunak	Amat lunak
Posisi ostium	Posterior	Tengah	Anterior	Anterior
CARA PEMAKAIAN				
Tambah 1 angka untuk		Kurangi 1 angka untuk		
Preeklampsi		<i>Post dare</i>		
Setiap Partus normal		Nullipara		
		Ketuban negatif/lama		
Bila skor	total	KEMUNGKINAN :		
		BERHASIL	GAGAL	
0-4		50-60%	40-50%	
5-9		90%	10%	
10-13		100%	0%	

c. Tanda tanda persalinan

Tanda mulai persalinan yaitu timbulnya his persalinan dengan ciri:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang.
- 3) Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan.
- 4) Dengan aktivitas his persalinan bertambah (Manuaba, 2010).
- 5) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan robekan kecil pada serviks.
- 6) Kadang kadang ketuban pecah dengan sendirinya (Sofian, 2012).

d. Tahapan Proses Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan *serviks*, hingga mencapai pembukaan lengkap ( 10 cm ). (Saifuddin, 2010).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

- a) Fase laten, dimana pembukaan *serviks* dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam (Mochtar, 2012). Fase laten yang berkepanjangan apabila lebih dari 20 jam untuk nulipara dan 14 jam untuk multi para



(Saifuddin, 2010). KPD dapat menyebabkan fase laten berlangsung lama karena tekanan intrauterine turun sehingga pembukaan serviks berlangsung lama (Cunningham, 2012).

Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu :

- (1) Denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam.
  - (2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam
  - (3) Nadi diperiksa setiap 30-60 menit
  - (4) Suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam
  - (5) Tekanan darah diperiksa setiap 4 jam
  - (6) Pembukaan *serviks* dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali (Saifuddin, 2009).
- b) Fase aktif (pembukaan *serviks* 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase (Mochtar, 2012).
- c) Partograf

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala 1 persalinan sampai dengan kelahiran bayi sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm. (Saifuddin, 2010).

## 2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan *serviks* sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini

biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Saifuddin, 2009).

a) Tanda dan gejala kala II:

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik
- (2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak (Manuaba, 2010).
- (3) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- (4) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina
- (5) Perineum terlihat menonjol
- (6) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka (Saifuddin, 2010).

b) Episiotomi

Episiotomi adalah tindakan untuk melebarkan jalan lahir lunak dengan jalan melakukan insisi pada daerah perineum. Tujuan melakukan episiotomi adalah meluaskan jalan lahir sehingga persalinan dapat berlangsung lebih cepat dan mengupayakan agar tepi robekan perineum menjadi teratur untuk memudahkan menjahitnya kembali. Ada 3 jenis irisan yaitu medialis, mediolateralis, lateralis (Manuaba, 2010).

Tabel 3. Derajat robekan Perineum

Derajat robekan/laserasi	Penjelasan
1	Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja
2	Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani
3	3 Kerusakan pada otot sfingter ani 3a: robekan < 50% sfingter ani eksterna 3b: robekan > 50% sfingter ani eksterna 3c: robekan juga meliputi sfingter ani interna
4	Robekan stadium tiga disertai robekan epitel anus

Sumber: Kementerian Kesehatan RI, 2013

c) Penatalaksanaan Kala II, yaitu :

- (1) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu
- (2) Menjaga kebersihan ibu
- (3) Mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu
- (4) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu
- (5) Mengatur posisi ibu.
- (6) Menjaga kandung kemih tetap kosong
- (7) Memberikan minum yang cukup (Saifuddin, 2009).

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. (Prawiroharjo, 2009). Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Penataksanaan aktif kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau megurangi perdarahan pasca persalinan (Saifuddin, 2009).

#### 4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut. (Saifuddin, 2009). Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- a) Kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2jam dengan interval pemeriksaan setiap jam (Manuaba, 2010).

### 3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

#### a. Pengertian

Bayi Baru Lahir adalah bayi segera setelah lahir sampai usia 4 minggu (Manuaba, 2010).

#### b. Tanda-Tanda Bayi Lahir Sehat

Menurut Kemenkes (2010), tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu:

- 1) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 2) Umur kehamilan 37 – 40 mg

- 3) Bayi segera menangis
  - 4) Bergerak aktif, kulit kemerahan
  - 5) Mengisap ASI dengan baik
  - 6) Tidak ada cacat bawaan
- c. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir
- 1) Sistem Pernafasan  

Bayi normal mempunyai frekuensi pernafasan 30-60 kali per menit, pernafasan diafragma dada dan perut naik dan turun secara bersamaan (Fraser dan Cooper, 2009).
  - 2) Penurunan Berat Badan Awal  

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. Dalam minggu pertama berat bayi mungkin turun dahulu tidak lebih dari 10% dalam waktu 3-7 hari kemudian naik kembali dan hal ini normal (Direktorat kesehatan anak khusus, 2010). Jika bayi normal mendapatkan makanan yang sesuai, berat lahir biasanya dicapai kembali pada hari kesepuluh.
  - 4) Sistem Kardiovaskuler dan darah  

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit.

### 5) Sistem Pencernaan

Mekonium yang telah ada di usus besar sejak usia 16 minggu kehamilan, dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Bayi dapat berdefekasi 8-10 kali perhari atau berdefekasi tidak teratur sekitar 2 atau 3 hari.

#### d. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran (Saifuddin, 2009). Segera bayi lahir jangan menunggu untuk menentukan nilai apgar, langsung melakukan 4 penilaian awal bayi baru lahir. Bila salah satu atau lebih pertanyaan dijawab 'tidak' maka melakukan langkah awal resusitasi. Bila semua pertanyaan dijawab dengan 'ya' maka melakukan perawatan rutin. Perawatan rutin ialah memberikan kehangatan, membuka/membersihkan jalan nafas, mengeringkan dan menilai warna (Saifuddin, 2010).

#### e. Penanganan bayi baru lahir meliputi:

##### 1) Pencegahan Kehilangan Panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat (Saifuddin, 2010).

## 2) Pembersihan Jalan Napas

Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lender yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut (Fraser dan Cooper, 2009).

## 3) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih (Saifuddin, 2010).

## 4) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Saifuddin, 2010).

## 5) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Untuk mencegah perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K 1 (phthomenadione) sebanyak 1mg dosis tunggal, intra muskuler pada anterolateral paha

kiri. Vitamin K1 dilakukan setelah IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B (Kementrian kesehatan RI, 2010).

6) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin (Saifuddin, 2010).

f. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

- 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

g. Ikterus

1) Pengertian

Ikterus adalah keadaan transisional normal yang mempengaruhi hingga 50 % bayi aterm yang mengalami peningkatan progresif pada kadar bilirubin tak terkonjugasi dan ikterus pada hari ketiga. (Fraser dan Cooper, 2009).



## 2) Ikterus fisiologis

- a) Ikterus fisiologis adalah ikterus yang timbul pada hari ketiga lalu menghilang setelah sepuluh hari atau pada akhir minggu kedua.
- b) Tidak mempunyai dasar patologis
- c) Kadarnya tidak melebihi kadar yang membahayakan
- d) Tidak mempunyai potensi menjadi kern ikterus
- e) Tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi
- f) Sering dijumpai pada bayi dengan berat lahir rendah.

Ikterus dapat dikatakan fisiologis apabila sesudah pengamatan dan pemeriksaan selanjutnya tidak ditemukan dasar patologis dan tidak mempunyai potensi berkembang menjadi kern iktrus. Kern iktrus adalah suatu kerusakan otak akibat pelengketan bilirubin direk pada otak (Saifuddin, 2009).

## 3) Cara menentukan ikterus secara visual

WHO dalam panduannya menerangkan cara menentukan ikterus secara visual, sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan dilakukan dengan pencahayaan yang cukup (di siang hari dengan cahaya matahari).
- b) Tekan kulit bayi dengan lembut dengan jari untuk mengetahui warna di bawah kulit dan jaringan subkutan.
- c) Tentukan keparahan ikterus berdasarkan umur bayi dan bagian tubuh yang tampak kuning.

Tabel 4. Rumus Kramer

DERAJAT IKTERUS	LUAS IKTERUS	KADAR BILIRUBIN (mg%)
I	Kepala dan leher	5
II	Daerah I + badan bagian atas	9
III	Daerah I, II + badan bagian bawah dan tungkai	11
IV	Daerah I, II, III + lengan dan kaki dibawah dengkul	12
V	Daerah I, II, III, IV + tangan dan kaki	16

Sumber : Saifuddin, 2009

## 2) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ikterus menurut Saifuddin, 2009.

Tabel 5. Penanganan Ikterus Bayi Baru Lahir

Tanda-tanda	Warna kuning pada kulit dan sklera mata ( tanpa hematomegali, perdarahan kulit, dan kejang-kejang)				
Kategori Penilaian	Normal	Fisiologik		Patologik	
1. Daerah ikterus (rumus Kramer)	1	1+2	1 sampai 4	1 sampai 5	1 sampai 5
2. Kuning hari ke:	1-2	> 3	3	> 3	> 3
3. Kadar bilirubin	≤5 mg%	5-9 mg%	1-15 mg%	> 15-20 mg%	> 20
Panganan					
Bidan atau Puskesmas	Terus diberi ASI	a) Jemur dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit b) Badan bayi telanjang, mata ditutup c) Terus diberi ASI d) Banyak minum			a) Rujuk kerumah sakit b) Banyak minum
Rumah Sakit	Sama dengan diatas	Sama dengan diatas	Terapi sinar	Terapi sinar	a) Periksa golongan darah ibu dan bayi b) Periksa kadar bilirubin Waspadaai bila kadar bilirubin naik > 0,5 mg/jam (coomb's test)

## 4. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

### a. Pengertian

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. (Saifuddin, 2010).

b. Tujuan Perawatan Nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik.
- 2) Melaksanakan skrining yang komperhensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Saifuddin, 2010).

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Normal

1) Involusi Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan (Varney, dkk, 2007).

Tabel 6. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

Sumber : Sofian, 2012

## 2) Lochea

Menurut Sofian (2012) lochia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas :

### (a) Lochea Rubra (cruenta)

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.

### (b) Lochea Sanguilenta

Berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pascapersalinan.

### (c) Lochea Serosa

Berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.

### (d) Lochea Alba

Cairan putih, setelah 2 minggu.

## 3) Vagina dan Perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema 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 (Varney, 2007).

#### 4) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu (Varney, 2007).

#### d. Kebutuhan Ibu nifas

##### 1) Pola Eliminasi

Miksi harus secepatnya dilakukan secepatnya. Apabila wanita tidak bisa berkemih sendiri maka harus dilakukan kateterisasi. Defekasi harus dilakukan 3 hari postpartum (Wiknjosastro, 2006).

##### 2) Pola Istirahat

Ibu nifas dianjurkan tidur siang dan beristirahat selagi bayi tidur merupakan cara untuk mencegah kelelahan pada ibu nifas (Saifuddin, 2009). Istirahat cukup dibutuhkan karena apabila kurang istirahat akan mempengaruhi produksi air susu ibu, memperlambat proses involusi, dan menyebabkan depresi (Saifuddin, 2010).

### 3) Personal Hygiene

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar dan mengganti pembalut minimal dua kali sehari (Saifuddin, 2009)

#### 1. Waktu kunjungan nifas

Menurut kementerian kesehatan RI (2015) ibu dianjurkan melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali :

- 1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinannya.
- 2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2) adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan.
- 3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan

## **5. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN KB**

### a. Alat kontrasepsi pascapartum

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.

b. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif bila pemberian  $\geq 8$  x sehari), belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan.

2) Cara Kerja

Penundaan atau penekanan ovulasi.

3) Keuntungan

(a) Keuntungan kontrasepsi

- (1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).
- (2) Segera efektif
- (3) Tidak mengganggu senggama
- (4) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (5) Tidak perlu pengawasan medik
- (6) Tidak perlu obat atau alat
- (7) Tanpa biaya

(b) Keuntungan non kontrasepsi

(1) Bagi bayi : mendapatkan kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai

(2) Bagi ibu : Mengurangi pendarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia , meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

4) Keterbatasan Metode Amenore Laktasi (MAL)

(a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.

(b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.

(c) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.

(d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

5) Yang dapat Menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

6) Yang Seharusnya tidak pakai MAL

a) Sudah mendapat haid setelah bersalin

b) Tidak menyusui secara eksklusif



- c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
- d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

(Saiffudin, 2012).

c. Senggama Terputus (Coitus Interruptus)

1) Pengertian

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

2) Cara Kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

3) Manfaat

(a) Kontrasepsi

- (1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI
- (3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya.
- (4) Tidak ada efek samping
- (5) Dapat digunakan setiap waktu
- (6) Tidak membutuhkan biaya

- (b) Nonkontrasepsi
  - (1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
  - (2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.
- 4) Keterbatasan
  - a) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun)
  - b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.
  - c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual
- 6. Dapat dipakai untuk
  - a) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana
  - b) Pasangan yang taat beragama atau tidak mau menggunakan metode lain
  - c) Pasangan yang memerlukan metode kontrasepsi segera
  - d) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.
- 7. Tidak dapat dipakai untuk
  - a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
  - b) Suami yang sulit melakukan senggama terputus

- c) Suami yang memiliki kelainan fisik atau fisiologis
- d) Istri yang mempunyai pasangan suami yang sulit diajak bekerjasama
- e) Pasangan yang kurang berkomunikasi (Saiffudin, 2012).

## **B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan**

### **1. Pengertian Asuhan Kebidanan**

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 (Kementrian Kesehatan RI, 2007).

### **2. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan**

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 kegawat daruratan.

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 (Kementrian Kesehatan RI, 2007).

### 3. Standar Kompetensi Bidan

- a. Kompetensi ke 1 : Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
- b. Kompetensi ke-2 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua
- c. Kompetensi ke-3 : Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- d. Kompetensi ke-4 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

- e. Kompetensi ke-5 : Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan mneyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
  - f. Kompetensi ke-6 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
  - g. Kompetensi ke-7 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).
  - h. Kompetensi ke-8 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
  - i. Kompetensi ke-9 : Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi (Kementrian Kesehatan RI, 2007).
4. Langkah-langkah Manajemen Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan yang digunakan berdasarkan KEPMENKES nomer 938/menkes/SK/VII/2007 mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatatan asuhan kebidanan.

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 obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
- c) Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan.

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c) 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) Mempertimbangan 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, sumber daya serta fasilitas yang ada.
- d. Standar IV: Implementasi
- 1) Pernyataan standar
  - 2) Bidan melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.
  - 3) Kriteria
    - a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-kultural.
    - b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*).

- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
  - d) Melibatkan klien/pasien dalam asuhan tindakan.
  - e) Menjaga privasi klien/pasien.
  - f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
  - g) Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
  - h) Menggunakan sumber daya, sarana, fasilitas yang ada dan sesuai.
  - i) Melakukan tindakan sesuai standar.
  - j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.
- e. Standar V: Evaluasi

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria evaluasi

- a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga.
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.



f. Standar VI:

1) Pernyataan standar

Pencatatan Asuhan Kebidanan Bidan melakukan pencatatan secara akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2) Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

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

b) Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP.

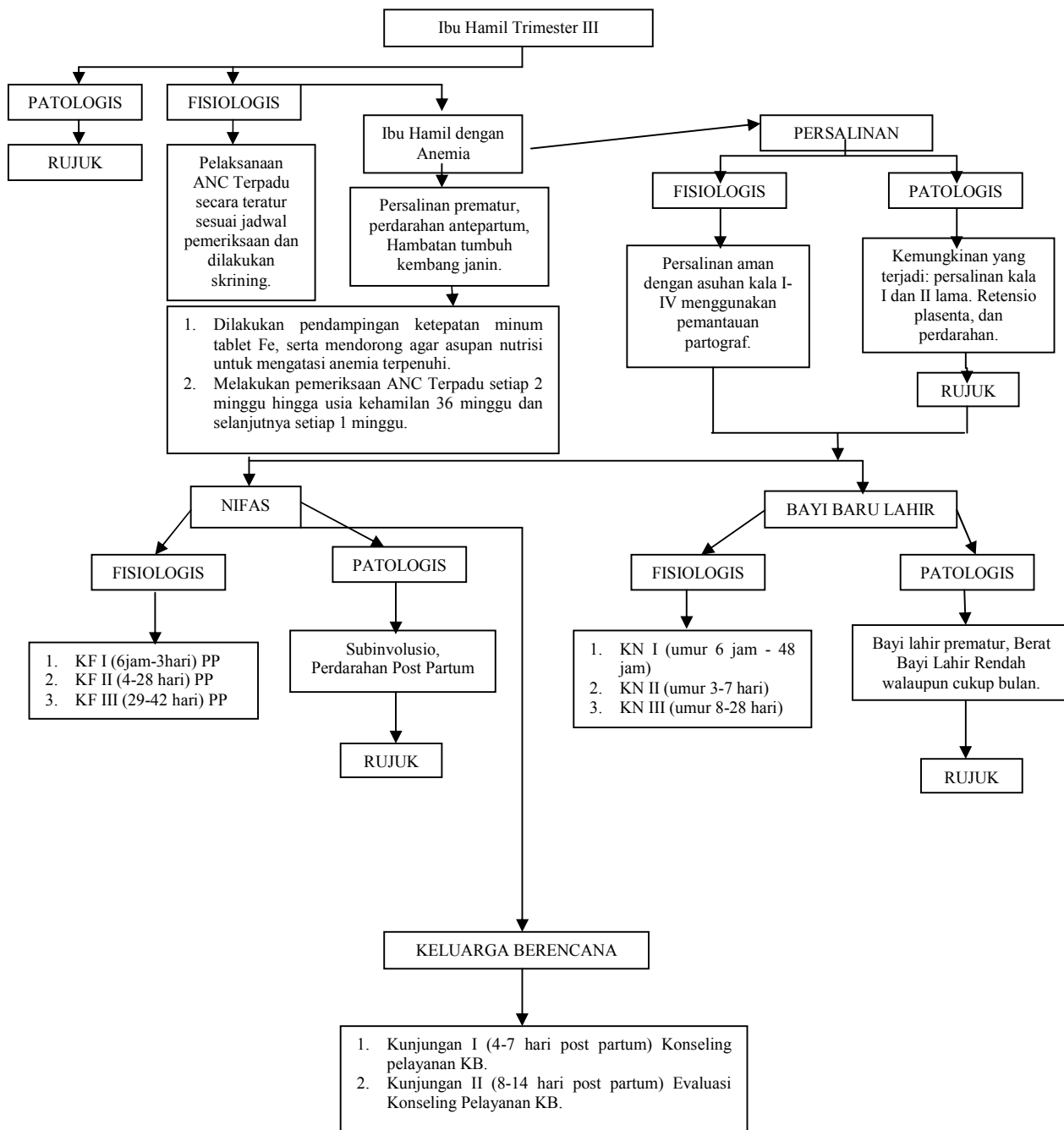
c) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

d) O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

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

f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, *follow up* dan rujukan (Kementrian Kesehatan RI, 2007).

C. Flowchart Asuhan Berkesinambungan



Gambar 2. Flowchart Asuhan Berkesinambungan (Modifikasi Kementerian Kesehatan RI 2010 dengan Manuaba 2010).