

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Kehamilan

a. Definisi

Proses Kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

b. Tanda – tanda Kehamilan

Tanda-tanda pasti hamil yaitu teraba gerakan janin didalam rahim, terdengar bunyi denyut jantung, pada pemeriksaan rontgen dan ultrasonografi terlihat kerangka janin, kantong kehamilan (Manuaba, 2012).

c. Perubahan Anatomi dan Fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih (Varney dkk, 2007).

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat –prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : Manuaba dkk, 2010

Menurut Saifuddin (2009), dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide) (Wiknjosastro, 2007).

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut kolostrum (Varney dkk, 2007).

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen (Medforth dkk, 2013).

4) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat (Wiknjosastro, 2007).

5) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *Basal Metabolic Rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya (Wiknjosastro, 2007). Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin dkk, 2009).

Tabel 2. 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

Sumber : Saifuddin dkk, 2009

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya *melanophore stimulating hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide (Wiknjosastro, 2007).

d. Faktor Risiko

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 atau bayinya. (Rochjati, 2011)

1) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO, terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, Ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan .

Tabel 3. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I

Faktor Risiko I	Batasan – Kondisi Ibu
Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
Anak Terkecil <2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≤ 2 tahun
Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
Umur >35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
Tinggi badan <145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan, dan hidup
Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali
Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam Rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan Operasi Sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: Rochjati, 2011

Abortus disebabkan tiga faktor yaitu faktor maternal, faktor janin, dan faktor paternal (Mochtar, 2012). Riwayat abortus pada penderita abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang. Kejadiannya sekitar 3 – 5 %. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali abortus pasangan punya risiko 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali, risikonya akan meningkat 25%. Beberapa studi meramalkan bahwa risiko abortus setelah 3 kali abortus berurutan adalah 30 – 45%. (Prawirohardjo, 2009)

Riwayat obstetri 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 memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian plasenta previa.

Selanjutnya dijelaskan pada penelitian Rahmawati (2006) bahwa abortus spontan dapat meningkatkan risiko terjadinya kelahiran prematur pada kehamilan berikutnya. Riwayat persalinan yang sulit, dilatasi, dan kuretase yang dilakukan untuk pembersihan rahim pada tindakan abortus dan inkompetensia serviks dapat mengakibatkan kelahiran prematur.

2) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

Tabel 4. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II

Faktor Risiko II	Batasan – Kondisi Ibu
Penyakit ibu hamil	
Anemia	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-kunang.
Malaria	Panas tinggi, menggigil keluar keringat, sakit kepala.
Tuberkulosa Paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu, dan kurus.
Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak.
Kencing manis	
PMS, dll	Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan laboratorium. Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan laboratorium.
Preeklampsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi.
Hamil kembar/Gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat.
Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil.
Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan.
Janin mati di dalam Rahim ibu	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil.
Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
Letak lintang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di samping perut; kepala bayi di dalam Rahim terletak di sebelah kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati, 2011

3) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO, terdapat 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Tabel 5. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III

Faktor Risiko III	Batasan – Kondisi Ibu
Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi.
Preeklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin.
Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang.

Sumber: Rochjati, 2011

e. *Antenatal Care*

Menurut Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014, pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas:

- 1) Penimbangan berat badan;
- 2) Pengukuran LILA;
- 3) Pengukuran tekanan darah
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- 5) Penentuan denyut jantung janin (DJJ);
- 6) Penentuan presentasi janin;

- 7) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- 8) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
- 10) Tatalaksana kasus;
- 11) KIE efektif (Kemenkes RI, 2010).

2. Persalinan

a. Definisi

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung kurang lebih 18 jam, tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin,2009).

b. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Kennedy (2014) terdapat 4 faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan yaitu :

- 1) *Passage* (jalan lahir) yang meliputi ukuran panggul, bentuk panggul dan kemampuan serviks untuk membuka dan kemampuan vagina untuk meregang.
- 2) *Passenger* (janin) yang meliputi ukuran janin, terutama kepala janin, sikap janin, yang mendeskripsikan hubungan antara kepala, bahu,

dan tungkai janin terhadap satu sama lain, letak janin, yang menunjukkan hubungan antara aksis panjang janin dengan aksis panjang ibu, presentasi janin, yang mendeskripsikan bagian janin yang masuk panggul pertama kali, posisi janin, yang menunjukkan arah bagian presentasi menghadap yaitu depan, samping, atau belakang panggul ibu.

- 3) *Power* (tenaga) yang meliputi frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus, tekanan abdomen yang terjadi akibat mengejan pada kala II persalinan.
- 4) *Psyche* (kondisi psikis) yang meliputi persiapan fisik, emosi, dan intelektual ibu, pengalaman kelahiran ibu sebelumnya, sikap budaya ibu, dukungan dari orang yang penting bagi ibu.

c. Tanda Persalinan

Menurut Yanti (2010), tanda-tanda persalinan diantaranya adalah :

- 1) Kontraksi uterus (rasa nyeri dari punggung menjalar ke perut intensitas nyeri semakin bertambah dan tidak berkurang untuk istirahat) minimal 2-3 kali setiap 10 menit dengan durasi 40 detik.
- 2) Keluarnya lendir darah (*bloody show*) yang disebabkan karena adanya penipisan dari servik.
- 3) *Premature rupture membrane* adalah keluarnya cairan banyak dari jalan lahir yang terjadi akibat ketuban pecah atau selaput yang robek.

d. Partus Lama

Partus lama adalah fase laten laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir.

Menurut Saifuddin (2010), jenis partus lama meliputi :

1) Fase laten yang memanjang (*Prolonged Latent Phase*).

Pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam in partu dengan his yang teratur.

2) Fase aktif yang memanjang

Pembukaan serviks melewati kanan garis waspada partograf. Faktor penyebabnya yaitu:

a) Inersia uteri

Frekuensi his kurang dari 3 his per 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik.

b) Disproporsi sefalopelvik

Pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tidak maju, sedangkan his baik.

c) Obstruksi kepala

Pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tidak maju dengan kaput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda ruptura uteri imminens, gawat janin.

d) Malpresentasi dan malposisi

Malpresentasi merupakan posisi abnormal dari verteks kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap

panggul ibu. Malposisi adalah semua presentasi lain dari janin selain presentasi vertex.

Distosia atau partus tak maju adalah indikasi paling sering untuk SC. Tidak majunya persalinan merupakan alasan bagi 68% SC nonelektif pada presentasi kepala (Cunningham, 2006).

3. Masa Nifas/ Puerperium

a. Definisi

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu (Marmi, 2012).

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Normal

Pada masa nifas, terjadi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis pada ibu. Perubahan fisiologis yang terjadi sangat jelas, walaupun dianggap normal, di mana proses-proses pada kehamilan berjalan terbalik. Perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis dalam masa nifas yaitu meliputi :

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

(1) Pengertian involusi

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan (Marmi, 2012).

- (2) Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum
Menurut Sofian, Amru dalam buku Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri (2012), perubahan uterus masa nifas adalah seperti berikut ini :

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

-(3) Lochea

Menurut Marmi (2012) lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.

Tabel 7. Macam – Macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri – ciri
---------------	--------------	--------------	--------------------

Rubra	1 – 3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua
Sanguilenta	3 – 7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir.
Serosa	7 – 14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

(Marmi, 2012)

2) 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, 2008).

3) Tanda-tanda Vital

a) Suhu Badan

Pasca melahirkan dapat naik $+0,5^{\circ}$ Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan diakibatkan karena kerja keras sewaktu persalinaan, kehilangan cairan, maupun kelelahan (Marmi, 2012).

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi lebih cepat. Namun, jika denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Marmi, 2012).

c) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008).

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal karena dalam masa pemulihan atau kondisi istirahat (Marmi, 2012).

4) 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 (Varney, 2008).

5) Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Ambarwati, 2010).

6) Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa pemulihan/postpartum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat gravitasi. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama kehamilan (Rukiyah, 2009).

c. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Kebersihan diri

- a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin dengan operasi. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka operasi. Biasanya, pasien diminta datang kembali ke dokter untuk pemantauan perawatan luka tujuh hari setelah pulang. Pasien

boleh mandi seperti biasanya, setelah hari ke-5 operasi. Setelah itu keringkan dan rawat luka seperti biasa.

- b) Jahitan bekas luka di perut ibu akan ditutupi kain kasa lembut. Kasa perut harus di lihat satu hari pascabedah. Apabila basah dan berdarah arus dibuka dan diganti. Umumnya, kasa perut dapat diganti pada hari ke 3-4 sebelum pulang dan seterusnya pasien menggantinya setiap hari. Luka dapat diberi salep Betadin sedikit (Nolan, 2010).
- c) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- d) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.
- e) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. (Syarifuddin, 2009).

2) BAB/ BAK

Ketika akan operasi, pengeluaran air seni pasien akan ditampung lewat kateter. Kateter untuk membuang air kecil akan terus digunakan sampai sekitar 12-24 jam pascabedah. Pada keadaan normal, yaitu hari kedua setelah operasi, dokter akan memperbolehkan ibu buang air kecil sendiri tanpa bantuan kateter (Nolan, 2010).

Pada umumnya, ibu akan baru buang air besar pada hari ketiga. Biasanya, pada awal setelah persalinan, banyak ibu-ibu mengalami sembelit. Untuk mengatasi sembelit, upayakan untuk mengkonsumsi makanan yang berserat tinggi, seperti sereal dan buah-buahan. Sebaiknya menghindari makanan yang bisa memperburuk keadaan. Banyak minum air serta jus buah agar bisa membantu melunakkan tinja dan melancarkan buang air besar (Nolan, 2010).

3) Istirahat

- a) Menganjurkan kepada ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Memberikan saran kepada ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan

depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Syaifuddin, 2009).

4) Mobilisasi

Mobilisasi Dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan (Soelaiman, 2008).

Adapun tujuan mobilisasi pada post seksio sesarea adalah untuk membantu jalannya penyembuhan pasien diikuti dengan istirahat.

Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi seksio sesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki, dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menekuk dan menggeserkan kaki. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk mulai belajar untuk duduk (Sumantri, dkk, 2010).

5) Gizi

Ibu yang menyusui harus:

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari untuk ibu menyusui, 300 kalori untuk ibu tidak menyusui.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).

- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
 - e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya (Syarifuddin, 2009).
- 6) Perawatan payudara
- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
 - b) Menggunakan BH yang menyokong payudara.
 - c) Apabila puting susu lecet oleskan kolestrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet.
 - d) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. Asi dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
 - e) Untuk menghilangkan nyeri dapat minum parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.
 - f) Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI, lakukan:
 - (1) Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
 - (2) Urut payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah "z" menuju puting.
 - (3) Keluarkan asi sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak.

(4) Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat mengisap seluruh asi keluarkan dengan tangan.

(5) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.

(6) Payudara dikeringkan

(Syarifuddin, 2009).

7) Eliminasi

Kencing hendaknya dapat dilakukan sendiri secepatnya. Ibu terkadang mengalami sulit kencing karena sfingter uretra tertekan kepala janin dan spasme akibat iritasi muskuloskeletal sfingter ani selama persalinan. Selain itu, masalah buang air kecil tersebut dapat juga disebabkan oleh edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Juraida dkk, 2013).

8) Hubungan Suami Istri

a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

b) Banyak budaya, yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Syarifuddin, 2009).

d. Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)

Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015) menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali :

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1)

Adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involunsi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling kepada ibu mengenai

asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3)

Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (Neonatus) menurut Marmi (2012) bahwa adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.

b. Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi (2012) bahwa bayi baru lahir normal mempunyai ciri – ciri sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2500 - 4000 gram
- 2) Panjang badan lahir 48 - 52 cm
- 3) Lingkar dada 30 - 38 cm
- 4) Lingkar kepala 33 - 35 cm

- 5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit
- 6) Pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepal biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia : Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora; laki – laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Reflek *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- 13) Reflek *graps* atau menggenggam sudah baik.
- 14) Pola eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Penatalaksanaan BBL meliputi pencegahan infeksi, penilaian BBL, pencegahan kehilangan panas, merawat tali pusat, pemberian ASI, pencegahan infeksi mata, pemberian vitamin K, pemberian imunisasi bayi baru lahir dan pemeriksaan BBL (JNPK-KR RI, 2008).

d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Muslihatun (2008), tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir harus diwaspadai, dideteksi lebih dini untuk segera dilakukan penanganan agar tidak mengancam nyawa bayi. Tanda-tanda bahaya baru lahir yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir, yaitu:

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit
- 2) Terlalu panas $> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36,5^{\circ}\text{C}$
- 3) Warna kulit atau bibir biru pucat, memar atau sangat kuning
- 4) Hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
- 5) Tali pusat terlihat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit
- 6) Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja
- 7) Aktivitas menggigil atau menangis tidak biasa, 20 sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

e. Ikterus

Menurut Prawirohardjo (2007), ikterus dibagi menjadi 2 macam yaitu :

1) Ikterus fisiologis

Ikterus fisiologis adalah kuning pada bayi yang timbul pada hari kedua dan ketiga yang tidak mempunyai dasar patologik, kadarnya tidak melewati kadar yang membahayakan atau mempunyai potensi menjadi kern-ikterus dan tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi. Ikterus ini biasanya akan menghilang pada akhir minggu pertama atau 10 hari pertama.

2) Ikterus patologis

Yaitu ikterus yang mempunyai dasar patologis atau kadar billirubinnya mencapai suatu nilai yang di sebut hiperbillirubinemia.

Penentuan kadar bilirubin atau penghitungan nilai ikterik dapat dilakukan dengan metode Kramer. Kramer menyebutkan timbulnya ikterus ialah menurut aturan tertentu yaitu sefalokaudal. Interpretasi kadar bilirubin menurut Kramer :

- a) Daerah 1 ikterus pada kepala dan leher = 5 mg%.
- b) Daerah 2 ikterus pada daerah 1 + badan bagian atas = 9 mg%.
- c) Daerah 3 ikterus pada daerah 1 + 2 + badan bagian bawah dan tungkai = 11 mg%.
- d) Daerah 4 ikterus pada daerah 1+ 2 + 3 + lengan dan kaki bawah lutut.
- e) Daerah 5 ikterus pada daerah 1 + 2 + 3 + 4 + tangan dan kaki = 16 mg%.

Penangan ikterus menurut kadar bilirubinnya <5 mg% : pemberian ASI sesering mungkin; bilirubin 5 – 9 mg%: terapi sinar <24 jam dan pemberian kalori yang cukup; bilirubin 10 – 14 mg% : transfusi tukar (sebelum dan sesudahnya diberi terapi sinar) <24 jam selanjutnya terapi sinar 24-48 jam.

f. Kunjungan Ulang Neonatus (KN)

Menurut Panduan Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir Berbasis Perlindungan Anak (2010), Kunjungan Neonatus (KN) 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.

5. Keluarga Berencana

a. Definisi

KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran (Hartanto, 2007).

b. Jenis Alat Kontrasepsi

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.

Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi ini beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya :

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, hanya Air Susu Ibu saja tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya.

a) Keuntungan kontrasepsi

Segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistematis, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat dan tanpa mengeluarkan biaya.

b) Keuntungan Nonkontrasepsi

Keuntungan non kontrasepsi bagi bayi yaitu akan mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat air susu ibu), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula. Sedangkan bagi Ibu dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.

n

2) Pil Progestin

Pil progestin (minipills) adalah pil kontrasepsi yang hanya mengandung progestin saja tanpa estrogen dengan dosis progestin yang kecil (0,5 atau kurang). Pil progestin dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan.

a) Keuntungan

Cocok untuk perempuan yang menyusui, efektif pada masa laktasi, tidak menurunkan kadar ASI, tidak memberikan efek samping estrogen.

b) Keterbatasan

Mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar, risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, mual.

3) Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Jenisnya yaitu Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera) dan Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat).

a) Keuntungan dari suntik progestin yaitu:

Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun.

b) Keterbatasan suntik progesteron

Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan setelah berhenti penghentian pemakaian.

4) Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga

hingga lima tahun. Metode ini sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

a) Keuntungan Implant

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

b) Keterbatasan Implant

Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea, progestin dapat memicu pertumbuhan miom, dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).

5) IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan) (Affandi, 2012).

Menurut Affandi (2012) cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.

Menurut Prawirohardjo (2008), IUD dapat dipasang dalam keadaan sewaktu haid sedang berlangsung, karena keuntungannya pemasangan lebih mudah oleh karena servik pada waktu agak terbuka dan lembek. Rasa nyeri tidak seberapa keras, perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan, kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada. Selain itu, pemasangan dapat dilakukan saat post partum

Menurut Prawirohardjo (2008), pemeriksaan sesudah IUD dipasang dilakukan pada 1 minggu pasca pemasangan, 3 bulan berikutnya, berikutnya setiap 6 bulan sekali.

C. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Kepmenkes nomor 369/Menkes/SK/III/2007

Menurut Kepmenkes No. 369/Menkes/SK/III/ 2007 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.

Standar Profesi Bidan yang berhubungan dengan asuhan berkesinambungan dari masa hamil, bersalin, nifas, BBL/Neonatus dan

KB tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 369/Menkes/SK/III2007 tentang Standar Profesi Bidan.

a.....Kompetensi 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 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 3

Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

d. Kompetensi 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 5

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

f. Kompetensi 6

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

g. Kompetensi 7

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).

h. Kompetensi 8

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

i. Kompetensi 9

Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

2. Kepmenkes nomor 938/Menkes/SKVIII/2007

Menurut Kepmenkes 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. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan implementasi, evaluasi, dan pencatatan 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

(3)..... 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)..... D ata 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 doagnosa 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 komperehensif
 - b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
 - c) Mempertimbangan kondisi psikologi social 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

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.

2) 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 di catat dan dikomunikasikan kepada klien/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 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 (Kemenkes RI, 2007).

C. Flowchart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

