

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

###### **a. Definisi Kehamilan**

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. Lama kehamilan normal dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (HPMT) yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) (Saifuddin, 2009). Masa kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau tiga bulan menurut hitungan kalender. 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). Selama kehamilan seorang wanita akan mengalami perubahan dalam yang meliputi perubahan fisiologis dan psikologis (Varney, dkk, 2007).

###### **b. Perubahan pada Kehamilan Trimester III**

###### **1) Uterus**

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan karena pertumbuhan janin.

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur 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 tinggi fundus uteri sama dengan  $\pm 2$ cm dari usia kehamilan saat itu.

## 2) Penambahan Berat Badan

Pertambahan berat badan selama kehamilan sebagian besar diakibatkan oleh uterus dan isinya, payudara dan peningkatan volume darah serta cairan ekstrasvaskuler. Pertambahan berat badan pada ibu hamil dapat disesuaikan dengan IMT.

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan

IMT sebelum hamil (berat badan (kg)/ tinggi badan (m <sup>2</sup> ))	Rekomendasi pertambahan berat badan (kg)
Rendah (<19,8)	12,5-18 kg
Normal (19,8-26)	11,5-16 kg
Tinggi (26-29)	7-11,5 kg
Obesitas (>29)	6 (minimal)

Sumber : Varney, dkk (2007)

## 3) Perubahan Psikologis

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi (Varney, dkk, 2007).

#### 4) Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Selama masa kehamilan banyak hal-hal yang harus diwaspadai oleh ibu. Tanda dan gejala bahaya selama kehamilan yang harus diwaspadai antara lain adalah perdarahan, preeklampsia dan nyeri hebat di daerah abdominal (Prawirohardjo, 2010).

#### c. Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester III

##### 1) Nyeri Punggung dan Ligamen

Ketidaknyaman ini dialami ibu hamil tidak hanya pada trimester tertentu, tetapi dapat dialami sepanjang kehamilan. Nyeri punggung pada kehamilan dapat terjadi akibat pertumbuhan uterus yang menyebabkan perubahan postur, dan juga akibat pengaruh hormon relaksin terhadap ligamen. Hal ini menyebabkan teregangnya ligamen penopang sehingga dirasakan rasa nyeri. Untuk mengurangi hal tersebut ibu dapat latihan fisik secara teratur seperti berjalan dan berenang, selain itu bidan mandi dengan air hangat dan memasase pada area yang nyeri (Fraser dan Cooper, 2009).

##### 2) Peningkatan Frekuensi Berkemih

Frekuensi berkemih terjadi karena bagian presentasi makin menurun masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih dan menyebabkan wanita ingin berkemih. (Varney, dkk, 2007).

### 3) Hiperventilasi dan Sesak Nafas

Hiperventilasi akan menurunkan kadar karbondioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak. Apabila ibu kekurangan oksigen dapat menyebabkan pusing (Varney, dkk, 2007).

#### d. Pemeriksaan atau Pengawasan Antenatal

##### 1) Pemeriksaan *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. Untuk pemeriksaan ulang dilakukan setiap bulan sampai usia kehamilan 6-7 bulan, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan, setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan, serta pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan tertentu (Manuaba, dkk, 2010).

Tujuan dari perawatan anteatal adalah agar ibu dan janin dalam kondisi selamat selama kehamilan, persalinan dan nifas tanpa trauma fisik maupun mental yang merugikan, bayi yang dilahirkan hidup sehat, ibu sanggup merawat dan memberi ASI kepada bayinya, serta suami dan istri telah ada kesiapan dan kesanggupan untuk mengikuti keluarga berencana (Rochjati, 2011).

Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat; melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan; menyiapkan persalinan yang bersih dan aman; merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk meakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi; melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan; melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi (Kemenkes RI, 2010).

Pelayanan berkualitas sesuai standar yaitu timbang berat badan, ukur lingkar lengan atas (LiLA), ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, hitung denyut jantung janin (DJJ), tentukan presentasi janin, beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT), beri tablet tambah darah (tablet besi), periksa laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana/penanganan kasus, dan KIE efektif (Kemenkes RI, 2010).

## 2) Jenis Pelayanan

### a) Anamnesa

Informasi anamnesa bisa diperoleh dari ibu sendiri, suami, keluarga, kader ataupun sumber informasi lainnya yang dapat dipercaya (Kemenkes RI, 2010).

## b) Pemeriksaan

Pemeriksaan dalam pelayanan antenatal terpadu, meliputi berbagai jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis (kejiwaan) ibu hamil.

Tabel 3. Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu

NO	Jenis Pemeriksaan	TM I	TM II	TM III	Keterangan
1.	Keadaan Umum	√	√	√	Rutin
2.	Suhu tubuh	√	√	√	Rutin
3.	Tekanan darah	√	√	√	Rutin
4.	Berat badan	√	√	√	Rutin
5.	LILA	√			Rutin
6.	TFU		√	√	Rutin
7.	Presentasi Janin		√	√	Rutin
8.	DJJ		√	√	Rutin
9.	Pemeriksaan Hb	√		√	Rutin
10.	Golongan darah	√			Rutin
11.	Protein urin	*	*	*	Atas indikasi
12.	Gula darah/reduksi	*	*	*	Atas indikasi
13.	Darah Malaria	*	*	*	Atas indikasi
14.	BTA	*	*	*	Atas indikasi
15.	Darah Sifilis	*	*	*	Atas indikasi
16.	Serologi HIV	*	*	*	Atas indikasi
17.	USG	*	*	*	Atas indikasi

Sumber: *Kemenkes RI (2010)*

## c) Penanganan dan Tindak Lanjut kasus.

Berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium/penunjang lainnya, dokter menegakkan diagnosa kerja atau diagnosa banding, sedangkan bidan/perawat dapat mengenali keadaan normal dan keadaan bermasalah/tidak normal pada ibu hamil. Apabila ditemukan kelainan atau keadaan tidak normal, informasikan rencana tindak lanjut termasuk perlunya rujukan untuk penanganan kasus, pemeriksaan laboratorium/penunjang, USG, konsultasi atau perawatan, dan juga jadwal kontrol berikutnya, apabila diharuskan datang lebih cepat (Kemenkes RI, 2010).

Tabel 4. Penanganan dan Tindak Lanjut Kasus

No	Hasil Pemeriksaan	Penanganan dan Tindak Lanjut Kasus
	Ibu hamil dengan perdarahan antepartum	Keadaan emosional, rujuk untuk penanganan perdarahan sesuai standar
	Ibu hamil dengan demam	a. Tangani demam sesuai standar b. Jika dalam hari masih demam atau keadaan umum memburuk, segera rujuk
	Ibu hamil dengan hipertensi ringan (Tekanan Darah 140/90 mmHg) tanpa proteinuria	a. Tangani hipertensi sesuai standar b. Periksa ulang dalam 2 hari, jika tekanan darah meningkat, segera rujuk c. Jika ada gangguan janin, segera rujuk. d. Konseling gizi, diet makanan untuk hipertensi dalam kehamilan
	Ibu hamil dengan hipertensi berat (diastole $\geq$ 110 mmHg tanpa proteinuria)	Rujuk untuk penanganan hipertensi berat sesuai standar
	Ibu hamil dengan pre eklamsia, a. Hipertensi disertai b. Edema wajah atau tungkai bawah, dan atau c. Proteinuria (+)	Keadaan emergensi, rujuk untuk penanganan pre-eklamsia sesuai standar.
	a. Ibu hamil BB Kurang (kenaikan BB < 1 Kg/bulan), atau b. Ibu hamil risiko KEK (LILA < 23,5 cm)	Rujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut
	Ibu hamil BB lebih (kenaikan BB > 2 Kg/bulan).	Rujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut
	TFU tidak sesuai dengan umur kehamilan	Rujuk untuk penanganan kehamilan dengan kelainan letak janin
	Kelainan letak janin pada trimester III.	Rujuk untuk penanganan kehamilan dengan kelainan letak janin.
	Gawat Janin	Rujuk untuk penanganan gawat janin
	Ibu hamil dengan anemia	a. Rujuk untuk penanganan anemia sesuai standar b. Konseling gizi, diet makanan kaya zat besi dan protein
	Ibu hamil dengan Diabetes Mellitus (DM),	a. Rujuk untuk penanganan DM sesuai standar b. Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil DM
	Ibu hamil dengan Malaria	a. Konseling tidur menggunakan kelambu berinsektisida b. Memberikan pengobatan sesuai kewenangan c. Rujuk untuk penanganan lebih lanjut pada Malaria dengan komplikasi
	Ibu hamil dengan Tuberkulosis (TB)	a. Rujuk untuk penanganan TB sesuai standar b. Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil TB c. Pemantauan minum obat TB
	Ibu hamil dengan Sifilis	Rujuk untuk penanganan Sifilis pada ibu hamil dan suami sesuai standar
	Ibu hamil dengan HIV	a. Konseling rencana persalinan b. Rujuk untuk penanganan HIV sesuai standar c. Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil HIV. d. Konseling pemberian makan bayi yang lahir dari ibu dengan HIV.
	Ibu hamil kemungkinan ada masalah kejiwaan	a. Rujuk untuk pelayanan kesehatan jiwa b. Pantau hasil rujukan balik Kerjasama dengan fasilitas rujukan selama kehamilan
	Ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga	Rujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) terhadap korban kekerasan

Sumber: Kemenkes RI (2010)

d) Pencatatan hasil pemeriksaan antenatal terpadu.

Pencatatan hasil pemeriksaan merupakan bagian dari standar pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas. Setiap kali pemeriksaan, tenaga kesehatan wajib mencatat hasilnya pada rekam medis, Kartu Ibu dan Buku KIA. Pada saat ini pencatatan hasil pemeriksaan antenatal masih sangat lemah, sehingga data-datanya tidak dapat dianalisa untuk peningkatan kualitas pelayanan antenatal. Dengan menerapkan pencatatan sebagai bagian dari standar pelayanan, maka kualitas pelayanan antenatal dapat ditingkatkan (Kemenkes RI, 2010).

e) Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang efektif.

KIE efektif diberikan sejak kontak pertama dan dilakukan setiap kunjungan antenatal untuk membantu ibu hamil dalam mengatasi masalahnya. Materi yang diberikan meliputi persiapan persalinan, IMD dan ASI eksklusif, KB paska persalinan, masalah gizi, masalah penyakit kronis dan menular, kelas ibu, brain booster, informasi HIV/AIDS (PMTCT) dan IMS, informasi kekerasan terhadap perempuan (KtP) (Kemenkes RI, 2010).

e. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K adalah upaya terobosan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia salah satunya melalui 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. Pelaksanaan P4K diharapkan mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang (Kemenkes RI, 2010).

f. Faktor Risiko pada Kehamilan

1) Pengertian 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/ bayinya (Rochjati, 2011).

Skrining kehamilan dilakukan dengan menggunakan skor Poedji Rohjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko. Skor Poedji Rochjati berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat pengingat bagi petugas kesehatan (Rochjati, 2011).

## 2) Kelompok faktor risiko

Menurut Rochjati (2011), faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut:

### a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APOG), meliputi 10 faktor risiko: 7 Terlalu, 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 (Rochjati, 2011).

Tabel 5. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok 1

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama $\leq 16$ tahun
2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur $\geq 35$ tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin $\geq 4$ tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil $\geq 10$ tahun
4	Anak Terkecil $< 2$ tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil $\geq 2$ 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 dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	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
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: Rochjati (2011)

## b) Kelompok II

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

Tabel 6. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	Anemia	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-kunang
	Malaria	Panas tinggi, mengigil 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	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
	PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati (2011)

## c) Kelompok III

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

Tabel 7. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2	Perekklamsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
	Eklamsia	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

Sumber: Rochjati (2011)

## g. Faktor Risiko Ibu Hamil dengan Anemia

### 1) Definisi Anemia

Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Selama kehamilan, indikasi anemia adalah jika konsentrasi hemoglobin kurang dari 10,50 gr/dl pada trimester II sampai 11,00 gr/dl pada umur kehamilan trimester I dan III (Varney, dkk, 2010).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr % pada trimester I dan III atau kadar < 10,5 gr % pada trimester II. Perbedaan nilai batas tersebut dihubungkan dengan kejadian hemodilusi (Saifuddin, 2009).

### 2) Etiologi Anemia

Anemia saat kehamilan bisa disebabkan karena kehilangan darah secara kronis sebagai dampak perdarahan kronis seperti kecacingan pada ibu, hemodilusi, asupan zat besi tidak cukup dan penyerapan tidak adekuat, peningkatan kebutuhan zat besi untuk pembentukan sel darah merah untuk pertumbuhan bayi dan pola konsumsi tablet besi (Arisman, 2009).

Menurut Manuaba, dkk (2008), penyebab anemia pada kehamilan antara lain kekurangan asupan zat besi, peningkatan kebutuhan fisiologi, kebutuhan yang berlebihan, malabsorpsi, kehilangan darah yang banyak.

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Bila Hb ibu sebelum hamil sekitar 11 g%, dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia fisiologis, dan Hb ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 g% (Manuaba, dkk, 2010).

### 3) Tanda dan Gejala Anemia

Salah satu tanda yang paling sering dikaitkan dengan anemia adalah pucat. Keadaan ini umumnya diakibatkan dari berkurangnya volume darah, berkurangnya hemoglobin dan vasokonstriksi untuk memaksimalkan pengiriman oksigen ke organ-organ vital. Warna kulit bukan merupakan indeks yang dapat dipercaya untuk pucat karena dipengaruhi oleh pigmentasi kulit, suhu, kedalaman serta distribusi bantalan perifer. Bantalan kuku, telapak tangan dan membran mukosa mulut serta konjungtiva merupakan indikator yang lebih baik untuk menilai pucat. Jika lipatan tangan tidak lagi berwarna merah muda, hemoglobin kurang dari 8 gr% (Varney, dkk, 2007).

Menurut Varney, dkk (2007), tanda dan gejala anemia yaitu: 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.

#### 4) Diagnosis Anemia pada Kehamilan

##### a) Anamnesa

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 (Manuaba, dkk, 2010).

Tabel 8. Diagnosis Anemia dalam Kehamilan

No	Hemoglobin	Diagnosis
1	11 g%	Tidak anemia
2	9-10 g%	Anemia ringan
3	7-8 g%	Anemia sedang
4	<7 g%	Anemia berat

Sumber: Manuaba, dkk (2010)

##### b) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan ibu nampak lemah, kulit pucat, sementara tensi masih dalam batas normal, pucat pada membran mukosa, dan konjungtiva oleh karena kurangnya sel darah merah pada pembuluh darah kapiler serta pucat pada kuku dan jari tangan (Saifuddin, 2009).

##### c) Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan dan pengawasan Hb untuk menentukan derajat anemia dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan terutama pada trimester satu dan trimester tiga (Manuaba, dkk 2010).

## 5) Klasifikasi Anemia

Menurut Mochtar (2013) anemia diklasifikasikan menjadi empat yaitu:

### a) Anemia Defisiensi Besi (62,3%)

Anemia jenis ini biasanya berbentuk normositik dan hipokronik serta paling banyak dijumpai. Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta.

Kebutuhan zat besi yang dibutuhkan oleh wanita hamil adalah sebagai berikut :

Meningkatkan sel darah ibu	500 mg Fe
Terdapat dalam plasenta	300 mg Fe
<u>Untuk darah janin</u>	<u>100 mg Fe +</u>
Jumlah	900 mg Fe

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. Bila hemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11 g%, dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis, dan hemoglobin ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 g% (Manuaba, dkk, 2010).

Patofisiologis simpanan zat besi habis, kadar serum menurun, dengan gejala klinis timbul karena jumlah hemoglobin tidak adekuat untuk mengangkat oksigen ke jaringan tubuh. Manifestasi klinik pucat, fertigo, kelelahan, sakit kepala, depresi, takhikardi dan amenorhe (Prawirohardjo, 2010). Anemia defisiensi zat besi di definisikan sebagai rendahnya konsentrasi feritin serum <30 /mg/l. Sebagai gambaran berapa banyak kebutuhan zat besi pada setiap kehamilan (Manuaba, dkk, 2010).

b) Anemia Megaloblastik (29,0%)

Anemia ini biasanya berbentuk makrosistik/permisiosa. Penyebabnya adalah karena kekurangan asam folat dan vitamin B12. Biasanya ditemukan pada ibu hamil yang tidak suka mengonsumsi sayuran hijau. Pada wanita yang tidak hamil kebutuhan asam folat 50-100 µg/hari. Kadar vitamin B12 wanita hamil lebih rendah dari wanita tidak hamil karena berkurangnya kadar protein pengikat yang mencakup haptokorin dan transkobalamin II (Chunningham, 2012).

Sumber asam folat adalah sayuran hijau, jeruk, brokoli, asparagus, dan hati. Sedangkan sumber vitamin B12 adalah susu, telur, daging, hati, keju (Bobak, 2005).

Pengobatan Anemia Megaloblastik yaitu dengan: asam folik 15-30 mg per hari, vitamin B<sub>12</sub> 3×1 tablet per hari, sulfas ferosus



3×1 tablet per hari, pada kasus berat dan pengobatan per oral hasilnya lamban sehingga dapat diberikan transfusi darah

c) Anemia Hipoplastik (8,0%)

Adalah anemia yang disebabkan karena sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah yang baru (Prawirohardjo, 2010). Pada sepertiga kasus anemia dipicu oleh obat atau zat kimia lain, infeksi, radiasi, leukemia, dan gangguan imunologis (Fraser dan Cooper, 2009).

Untuk menegakkan diagnosis diperlukan pemeriksaan-pemeriksaan: darah tepi lengkap, pemeriksaan fungsi sternal, pemeriksaan retikulosit, dan lain-lain. Penyebabnya belum diketahui, kecuali yang disebabkan oleh infeksi berat (sepsis), keracunan, dan sinar rontgen atau sinar radiasi. Tetapi dengan obat-obatan tidak memuaskan: mungkin pengobatan yang paling baik yaitu transfusi darah, yang perlu sering diulang (Fraser dan Cooper, 2009).

d) Anemia Hemolitik (sel Sickle) (0,7%)

Anemia hemolitik disebabkan penghancuran/pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya (Prawirohardjo, 2009).

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

a) Tingkat pendidikan

Orang yang berpendidikan tinggi cenderung berpikir objektif dan berwawasan luas. Ibu hamil yang berpendidikan dan mengetahui gizi yang baik untuk kehamilannya akan menerapkan informasi yang diperoleh dalam pemenuhan kebutuhan gizi untuk dirinya. Hal tersebut dapat menghindarkan seseorang dari anemia (Manuaba, dkk, 2010). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Noverstiti (2012), bahwa ada hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan sebelumnya dan tingkat pengetahuan dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III.

Untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang anemia dapat dilakukan intervensi berupa pembagian leaflet dan diskusi kelompok. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Agustini, Lestari, dan Agoes (2014), intervensi tersebut dapat memperbaiki status anemia pada ibu hamil.

b) Status ekonomi

Status ekonomi mempunyai efek pada terjadinya anemia, status ekonomi yang lebih rendah menimbulkan angka nutrisi buruk yang lebih tinggi, sehingga mengakibatkan angka anemia defisiensi zat besi lebih tinggi (Varney, dkk, 2007).

c) 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). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013), jumlah ibu hamil yang mengalami defisiensi besi lebih banyak pada ibu hamil dengan asupan Fe kurang.

d) Kepatuhan mengkonsumsi tablet besi

Anemia juga disebabkan karena tidak semua ibu hamil yang mendapatkan tablet besi meminumnya secara rutin sehingga menyebabkan ibu hamil kekurangan besi. Mengonsumsi tablet besi dapat menimbulkan efek samping yang mengganggu sehingga orang cenderung menolak tablet yang diberikan (Arisman, 2009). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adianti, Permanasari, dan Julianti (2015), bahwa terdapat hubungan yang positif antara tingkat pengetahuan tentang anemia dengan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi tablet tambah darah.

e) Konsumsi sumber pangan protein hewani dan nabati

Ibu hamil yang menderita anemia menurut penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013), disebabkan karena jaranginya mengonsumsi sumber pangan protein hewani. Protein hewani merupakan protein komplit karena mengandung asam amino esensial lengkap, sedangkan protein nabati merupakan protein tidak komplit karena kurang satu/lebih asam amino esensial (kecuali kacang-kacangan dan kedelai) (Almatsier, 2009). Protein hewani dapat ditemukan dalam daging, unggas, ikan, kerang, telur, dan produk susu dan olahannya. Protein nabati dapat ditemukan dalam tempe, oncom, dan kacang (Bobak, 2005).

f) Konsumsi sayuran

Ibu hamil yang menderita anemia disebabkan karena jaranginya mengonsumsi sayuran hijau (Laba, Jafar, dan Virani, 2013). Sayuran termasuk sumber zat besi nonheme (Almatsier, 2009). Hal ini disebabkan karena sayuran hijau dapat meningkatkan produksi sel darah merah (Gibney, dkk, 2008).

g) Konsumsi buah-buahan

Ibu hamil yang anemia dikarenakan kurang mengonsumsi buah-buahan terutama buah yang mengandung vitamin C (Laba, Jafar, dan Virani, 2013).

#### h) Konsumsi vitamin A dan C

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013), ibu hamil yang kurang mengonsumsi vitamin A dan C dapat menyebabkan anemia. Vitamin A berperan dalam mobilisasi zat besi dari hepar menuju plasma, sehingga apabila terjadi defisiensi vitamin A akan berakibat terjadinya gangguan mobilisasi zat besi dari hepar dan berakibat anemia (Gibney, dkk, 2008). Sumber vitamin A terdapat pada kuning telur, ikan, dan hati. Sedangkan provitamin A atau karoten adalah wortel, labu kuning, bayam, kangkung, dan buah-buahan berwarna kemerah-merahan. Vitamin A yang dibutuhkan pada trimester III sekitar 200 mg/hari. Ibu hamil tidak dianjurkan mengonsumsi vitamin A dalam jumlah besar karena akan menjadi stimulator yang mengakibatkan teratogen (Proverawati, 2009).

Vitamin C membantu penyerapan besi nonheme dengan mereduksi besi ferri menjadi ferro sehingga mudah diserap di dalam usus halus. Absorpsi besi nonheme meningkat empat kali lipat bila ada vitamin C (Gibney, dkk, 2008). Ibu hamil membutuhkan vitamin C sebanyak 70 mg/hari. Sumber vitamin C adalah buah dan sayur segar, antara lain jeruk, kiwi, papaya, bayam, kol, brokoli, dan tomat (Proverawati, 2009).

i) Konsumsi zat besi bersamaan dengan zat penghambat

Mengonsumsi 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 mengonsumsi zat besi (Ani, 2013). Polifenol seperti tanin dalam teh, kopi, dan sayuran tertentu mengikat besi heme membentuk kompleks besi-tanin yang tidak larut sehingga zat besi tidak dapat diserap dengan baik. Zat ini juga dapat menghambat penyerapan besi nonheme didalam tubuh (Almatsier, 2009). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013), bahwa terdapat hubungan antara konsumsi zat penghambat Fe dengan kejadian anemia pada ibu hamil.

j) Pendampingan minum tablet Fe

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Adianti, Permanasari, dan Julianti (2015), pendamping mempunyai peran dalam meningkatkan kepatuhan konsumsi tablet Fe. Pendampingan yang dilakukan dapat berupa mengingatkan untuk minum tablet Fe pada malam hari, membawa tablet Fe bila akan menginap di tempat lain, dan memotivasi ibu bila ibu merasa malas dan mual minum tablet Fe.

## 7) Pengaruh Anemia pada Ibu dan Janin

Anemia defisiensi besi dapat menyebabkan berkurangnya penyediaan oksigen untuk jaringan. Hal ini dapat mengakibatkan berbagai kelainan fungsional seperti gangguan kapasitas kerja, gangguan proses mental, gangguan imunitas, dan ketahanan infeksi, dan gangguan terhadap wanita hamil serta janin yang dikandungnya (Rochjati, 2011).

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

### a) Pengaruh terhadap ibu

Anemia dapat berpengaruh selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Dalam kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ( $Hb < 6$  g%), mola hidatosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).

Sedangkan bahaya selama persalinan, ibu hamil yang mengalami anemia akan terjadi gangguan selama persalinan. Hal yang dapat terjadi adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala I dapat terjadi sangat lama, partus terlantar, kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala III dapat diikuti

dengan retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, dan pada kala IV dapat terjadi perdarahan sekunder (Manuaba, dkk, 2010). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rini (2010), bahwa terdapat hubungan antara ibu hamil trimester III dengan anemia dengan persalinan lama.

Bahaya selama masa nifas, ibu hamil yang mengalami anemia akan terjadi gangguan selama nifas. Hal yang dapat terjadi adalah terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia pada masa nifas, mudah terjadi infeksi pada payudara (Manuaba, dkk, 2010).

b) Bahaya Anemia terhadap janin

Janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibu, tetapi anemia akan mengurangi metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan seperti abortus, kematian intrauterine, persalinan premature yang tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, intelegensia rendah, bayi mudah terkena infeksi hingga menyebabkan kematian perinatal (Manuaba, dkk, 2010).



## 8) Penanganan Anemia dalam Kehamilan

Untuk menghindari terjadinya anemia sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan sebelum hamil sehingga dapat diketahui data-data dasar kesehatan umum calon ibu tersebut. Dalam pemeriksaan kesehatan disertai pemeriksaan laboratorium, termasuk pemeriksaan feses sehingga diketahui adanya infeksi parasit. Pengobatan infeksi untuk cacing relatif mudah dan murah. Pemerintah telah menyediakan preparat besi untuk dibagikan pada masyarakat sampai ke posyandu. Contoh preparat Fe diantaranya Barralat, Biosanbe, Iberet, Vitonal, dan Hemaviton. Semua preparat tersebut dapat dibeli dengan bebas (Manuaba, dkk, 2010).

Anemia dalam kehamilan dapat ditangani dengan tindakan sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi makanan yang kaya zat besi dapat menurunkan kejadian anemia pada ibu hamil. konseling nutrisi sebaiknya menekankan pada pentingnya menambahkan makanan kaya zat besi, seperti sayuran berdaun hijau, kubis hijau, kuning telur, kismis, hati, tiram, daging berwarna merah, dan kacang-kacangan (Varney, dkk, 2007).
- b) Terapi anemia defisiensi besi ialah dengan preparat besi oral atau parenteral. Terapi oral ialah dengan pemberian preparat besi: fero sulfat, fero gluconat, atau Na-fero bisitrat (Saifuddin, 2009).

- c) Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 g%/bulan. Efek samping pada traktus gastrointestinal relatif kecil pada pemberian preparat Na-fero bisitrat dibandingkan dengan ferosulfat. Kini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 mg asam folat untuk profilaksis anemia (Saifuddin, 2009).
- d) Pemberian preparat parental yaitu dengan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20 ml), intravena atau  $2 \times 10$  ml/im pada gluteus, dapat meningkatkan Hb relatif lebih cepat yaitu 2 g%. Pemberian parental ini mempunyai indikasi: intoleransi besi pada traktus gastrointestinal, anemia yang berat. Efek samping utama ialah: reaksi alergi, untuk dapat mengetahui dapat diberikan dosis 0,5 cc/im dan bila tidak ada reaksi alergi dapat diberikan seluruh dosis (Saifuddin, 2009).
- e) Transfusi darah diindikasikan bila terjadi hipovolemia akibat kehilangan darah atau prosedur operasi darurat. Wanita hamil dengan anemia sedang yang secara hemodinamis stabil, dapat beraktifitas tanpa menunjukkan gejala menyimpang dan tidak septik, transfusi darah tidak diindikasikan tetapi diberi terapi besi selama setidaknya 3 bulan (Cunningham, 2012).

## 9) Peningkatan Penyerapan Zat Besi

Menurut Varney, dkk (2007), beberapa cara untuk meningkatkan penyerapan zat besi adalah sebagai berikut :

- a) Minumlah zat besi tambahan di antara waktu makan atau 30 menit sebelum makan.
- b) Hindari mengkonsumsi kalsium bersamaan zat besi (susu, antasida, makanan tambaha prenatal).
- c) Minumlah vitamin C (jus jeruk, tambahan vitamin C).
- d) Makanlah daging unggas, dan ikan. Zat besi yang terkandung dalam bahan makanan ini lebih mudah diserap dan digunakan dibanding zat besi dalam bahan makanan lain (Varney, dkk, 2007).

## 2. Konsep Persalinan

### a. Definisi 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 (Prawirohardjo, 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 kekuatan makin besar, mempunyai pengaruh terhadap

perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah (Manuaba, dkk, 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, dkk, 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, dkk, 2010).

Pada kehamilan aterm selaput ketuban mudah pecah karena ada hubungannya dengan pembesaran uterus dan gerakan janin sehingga pecahnya ketuban merupakan hal yang fisiologis (Saifuddin, 2009).

## c. Tahap tahap persalinan

### 1) Kala I

Kala I 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 I 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 penghitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Manuaba, dkk, 2010).

Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami 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, dkk, 2010).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam (Mochtar, 2013).

Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu : denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, 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.

(1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4cm.

(2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9cm.

(3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Mochtar, 2013).

Penatalaksanaan Kala I menurut Saifuddin (2009), yaitu memberitahu ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada kontraksi atau his, mengatur posisi yang nyaman untuk ibu, menganjurkan ibu untuk makan dan minum, dan memberikan dukungan mental kepala ibu serta melakukan pemantauan kemajuan persalinan dan pemantauan kesejahteraan janin.

## 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).

Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak (Manuaba, dkk, 2010), ibu merasa ingin

meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka (Prawirohardjo, 2010)

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi (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 (Prawirohardjo, 2010).

Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir (Saifuddin, 2009).

#### 4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut (Prawirohardjo, 2010).

Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- a) Kesadaran penderita, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari *plasenta rest*, 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 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam (Manuaba, dkk, 2010).

### 3. Konsep Nifas

#### a. Definisi Masa 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 (Prawirohardjo, 2010).

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lokea (Varney, dkk, 2007).

Tabel 9. Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat uterus
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
2.	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
3.	1 Minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
4.	2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
5.	6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
6.	8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Widyasih, dkk ( 2013)

2) Lokea

Lokea adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Karena perubahan warnanya, nama deskriptif lokea berubah: lokea rubra, serosa, atau alba. Pada awalnya, lokea merah, lokea ini secara bertahap berubah menjadi merah muda ketika endometrium terbentuk dan menjadi serosa pada minggu kedua (Varney, dkk, 2007).

Menurut Widyasih, dkk (2013) membagi lokea menjadi 4 jenis yaitu :

- a) Lokea rubra berisi darah segar berwarna kemerahan. Terjadi selama 2 hari paska persalinan

- b) Lokea Sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir. Umumnya terjadi pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
- c) Lokea serosa berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah. Terjadi pada hari ke-7 sampai ke-14 pasca persalinan.
- d) Lokea alba merupakan cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu persalinan.

### 3) Vagina dan perineum

Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema (Varney, dkk, 2007).

### 4) Payudara

Wanita yang menyusui merespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara karena posisi bayi dan payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda – tanda mastitis potensial (Varney, dkk, 2007).

### 5) Perubahan hematologi

Hemoglobin, hematokrit, dan hitung eritrosit sangat bervariasi dalam puerperium awal sebagai akibat fluktuasi volume

darah, volume plasma, dan kadar volume sel darah merah. Kadar ini dipengaruhi oleh status hidrasi wanita saat itu, volume cairan yang ia dapat selama persalinan, dan reduksi volume darah total normal wanita dari peningkatan kadar volume darah selama kehamilan (Varney, dkk, 2007).

c. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Masalah psikologis pada masa pascapersalinan bukan merupakan komplikasi yang jarang ditemukan. Masalah ini dapat dihindari dengan adanya dukungan sosial serta dukungan pelaksana pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Prawirohardjo, 2010).

d. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2010), pada masa pasca persalinan seorang ibu membutuhkan :

1) Informasi dan konseling, meliputi :

a) Perawatan bayi dan pemberian ASI

Ibu yang memberikan ASI secara dini lebih sedikit akan mengalami masalah dengan menyusui (Prawirohardjo, 2010).

b) Apa yang terjadi termasuk gejala adanya masalah yang mungkin timbul

Bidan memberikan informasi lengkap mengenai perubahan fisiologis pada pascapartum dan tanda – tanda

bahayanya sehingga ibu dapat segera menghubungi fasilitas kesehatan terdekat.

c) Kesehatan pribadi, hygiene, dan masa penyembuhan

Menurut Fraser dan Cooper (2009), untuk mencegah infeksi luka pada perineum, ibu disarankan untuk menggunakan celana dalam dari bahan katun, menghindari penggunaan celana ketat dan celana panjang serta mengganti pembalut secara rutin.

d) Kehidupan seksual

Kebutuhan informasi dan konseling tentang kehidupan seksual dan kontrasepsi merupakan salah satu pertanyaan yang banyak diajukan pada masa pascapersalinan (Prawirohardjo, 2010).

e) Kontrasepsi

Selama masa perawatan pascapersalinan ibu memerlukan konseling penggunaan kontrasepsi. Bila ibu menyusui secara maksimal (8 – 10 kali sehari), selama 6 minggu ibu akan mendapatkan efek kontrasepsi dari *Lactational Amenorrhea* (LAM). Setelah 6 minggu diperlukan kontrasepsi alternatif seperti penggunaan pil progestin, injeksi DMPA, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR-IUD), atau metode barrier seperti diafragma atau kondom (Prawirohardjo, 2010).

f) Nutrisi

Status nutrisi pada masa remaja, kehamilan, dan laktasi memiliki dampak langsung pada kesehatan maternal dan bayi selama masa nifas. Intake nutrisi pascapersalinan harus ditingkatkan untuk mengatasi kebutuhan energi selama menyusui (Prawirohardjo, 2010).

2) Dukungan dari petugas kesehatan, kondisi emosional dan psikologi suami dan keluarga.

Pada masa nifas sangat diperlukan adaptasi psikologis ini dimana ibu mulai menyadari bahwa ia memiliki bayi dan harus mulai bersikap sebagai seorang ibu (Widyasih, dkk, 2013).

3) Pelayanan kesehatan untuk kecurigaan dan munculnya tanda terjadi komplikasi.

Salah satunya gangguan rasa nyeri pada ibu nifas yang sering menimbulkan ketidaknyamanan selama masa nifas. Gangguan rasa nyeri ini salah satunya kram perut yang disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi secara terus menerus pada uterus yang banyak terjadi pada multipara (Widyasih, dkk, 2013).

e. Kebijakan Program Kunjungan Ibu Nifas

Masa pascapersalinan merupakan masa penting dan berkebutuhan khusus, sehingga membutuhkan pendampingan dan pelaksanaan secara tepat dari tenaga kesehatan yang berwenang. Pendampingan kunjungan nifas bisa dilakukan bidan baik di fasilitas kesehatan dasar maupun

kunjungan rumah. Pemantauan kunjungan ini bertujuan untuk memantau keadaan ibu nifas sehingga terhindar dari masalah dan komplikasi pasca persalinan. Kunjungan nifas menurut program Pemerintah dilakukan sebanyak 4 kali yaitu:

- 1) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
- 2) 6 hari setelah persalinan
- 3) 2 minggu setelah persalinan
- 4) 6 minggu setelah persalinan.

(Kemenkes RI, 2013)

Berikut ini adalah waktu kunjungan dan tujuan disetiap kunjungan nifas:

Tabel 10. Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam postpartum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila berlanjut</li> <li>3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>4) Pemberian ASI awal</li> <li>5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir</li> <li>6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia</li> </ol> <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
II	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau</li> <li>2) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal</li> <li>3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat</li> <li>4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit</li> <li>5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari</li> </ol>
III	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami</li> <li>2) Memberikan konseling untuk KB secara dini</li> </ol>

Sumber: Saifuddin (2009)

#### 4. Konsep Bayi Baru Lahir

##### a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir adalah bayi segera setelah lahir sampai usia 4 minggu (Manuaba, dkk, 2010). Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi usia 0 – 28 hari (Kemenkes, 2010).

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

Menurut Kemenkes (2010), tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu: berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37 – 40 mg, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.

##### c. Asuhan segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran (Saifuddin, 2009). Segera setelah bayi lahir tanpa menunggu nilai apgar, langsung melakukan 4 penilaian awal. Sementara untuk menit pertama dan kelima menurut Fraser dan Cooper (2009), menggunakan nilai APGAR.

Tabel 11. Penilaian APGAR

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
<i>Pulse</i> (frek. jantung)	Tidak ada	< 100 kali per menit	> 100 per menit
<i>Grimace</i> (respon terhadap rangsang)	Tidak ada	Meringis minimal	Batuk atau bersin
<i>Active</i> (Tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

Sumber : Fraser dan Cooper (2009)

Dari hasil pemeriksaan Apgar, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir dengan nilai 7-10 tergolong normal, nilai 4-6 tergolong asfiksia sedang-ringan, dan nilai 0-3 tergolong asfiksia berat (Prawirohardjo, 2010).

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir sebagai berikut :

1) Pencegahan Kehilangan Panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat (Prawirohardjo, 2010).

2) Pembersihan Jalan Napas

Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lendir yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut. Namun, hindari menyentuh lubang hidung karena dapat merangsang reflek inhalasi debris di trakea (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. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih (Prawirohardjo, 2010).

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit 1 jam untuk memberi kesempatan



pada bayi mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Prawirohardjo, 2010).

#### 5) Identifikasi

Bayi baru lahir diberikan sebuah alat pengenalan yang efektif dan tetap ditempatnya sampai waktu dipulangkan untuk meminimalkan tertukarnya bayi dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu (Prawirohardjo, 2010).

#### 6) Injeksi Vitamin K

Menurut Prawirohardjo (2010), pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan. Untuk mencegah perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi berisiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg I.M.

#### 7) Pemberian Salep Mata

Menurut Prawirohardjo (2010), 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.

#### 8) Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin (Kemenkes RI, 2010).

#### 9) Anamnesis dan Pemeriksaan Fisis

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama (Kemenkes RI, 2010).

#### d. Waktu Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Adapun waktu pemeriksaan BBL menurut Kemenkes, (2010) adalah sebagai berikut: setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam), pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1), pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2), pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3).

## 5. Konsep Keluarga Berencana

### a. Metode Keluarga Berencana

Salah satu peran penting bidan adalah untuk meningkatkan jumlah penerimaan jumlah penerimaan dan kualitas metode KB pada masyarakat. Sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan bidan, metode KB yang dapat dilaksanakan adalah metode sederhana (kondom, pantang berkala, pemakaian spermisid, senggama terputus), metode kontrasepsi (MKE) (hormonal, (suntik KB dan susuk KB), AKDR), metode MKE kotap dapat dilaksanakan) (Manuaba dkk, 2010).

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

### b. AKDR Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Menurut Affandi (2012) IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang.

#### 1) Cara kerja IUD menurut Affandi (2012) antara lain :

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

2) Keuntungan IUD antara lain:

Dapat segera efektif setelah pemasangan, Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada efek samping hormonal, Tidak mempengaruhi kualitas dan volume Air Susu Ibu, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), kembalinya kesuburan sangat tinggi segera setelah dilepas, tidak mahal jika ditinjau dari rasio biaya dan waktu penggunaan kontrasepsi, metode yang nyaman, tidak perlu disediakan setiap bulan dan pemeriksaan berulang (Affandi, 2012).

Menurut Affandi (2012) keterbatasan IUD antara lain tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan Infeksi Menular Seksual atau perempuan yang sering berganti pasangan, pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan IUD, sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan IUD yang biasanya menghilang dalam 1-2 hari, ada kemungkinan IUD keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila IUD dipasang segera setelah melahirkan), Ibu harus memeriksa posisi benang IUD.

Yang dapat menggunakan IUD antara lain usia reproduktif, keadaan nullipara, ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang,

menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, risiko rendah dari infeksi menular seksual (IMS), tidak menghendaki metode hormonal, tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari dan tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Affandi, 2012).

#### **B. Konsep Dasar 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. Ruang lingkup pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan, 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.

Jalan pikiran saat melaksanakan asuhan kebidanan harus sesuai dengan manajemen Varney. Berikut manajemen Varney yang harus dimiliki seorang bidan sebagai jalan pikirannya saat melaksanakan asuhan (Varney, 2007):

1. Menyelidiki dengan cara memperoleh data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi kondisi ibu dan bayi.
2. Membuat identifikasi masalah atau diagnosis dan kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan perbaikan interpretasi data yang benar.
3. Mengantisipasi masalah atau diagnosis yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi.
4. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi.
5. Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya.
6. Mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisien dan aman.
7. Mengevaluasi keefektifan perawatan kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif melalui proses penatalaksanaan di atas.

Asuhan kebidanan dilakukan dengan mengikuti standar agar asuhan kebidanan yang dilakukan berkualitas. Oleh sebab itu, sangat penting bagi seorang bidan untuk mempelajari standar asuhan kebidanan. 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. Adapun rincian standar-standar tersebut adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2007):

1. Standar I: Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan. Kriteria pengkajian ini meliputi:

- 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)

2. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah meliputi:

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

### 3. Standar III: Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Kriteria perencanaan meliputi:

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan atisipasi, 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

### 4. Standar IV: Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan 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.

Kriteria implementasi meliputi:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*infrom consent*)



- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- e. Menjaga privacy 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 dilakukan

5. Standar V :Evaluasi

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

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

6. Standar VI:Pencatatan Asuhan Kebidanan

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

Kriteria pencatatan asuhan kebidanan meliputi:

- a. Pencatatan dilakukan 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 diagnosa dan masalah kebidanan
- f. P adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.