

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Klinis

1. Tinjauan Teori Kehamilan

a. Definisi

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Sebaliknya periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal (Varney, dkk. 2007).

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, trimester pertama berlangsung 12 minggu mulai dari kehamilan 0 bulan, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 sampai minggu ke-27), dan trimester ketiga adalah 13 minggu (minggu ke-28 sampai ke-40) (Saifuddin, 2009).

b. Faktor Risiko Ibu Hamil

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)

Faktor risiko ibu hamil menurut Poedji Rochjati dikelompokkan dalam 3 kelompok I, II, dan III yaitu:

- 1) Kelompok I: Ada Potensi Gawat Obstetrik/ APGO terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 terlalu dan 3 pernah. 7 terlalu adalah primi muda; primi tua; primi tua pada umur ibu ≥ 35 tahun; primi tua sekunder; anak terkecil < 2 tahun; grande multi; umur ≥ 35 tahun; tinggi badan ≤ 145 cm atau kurang; sedangkan 3 pernah adalah pernah gagal kehamilan; pernah melahirkan dengan tarikan tang/ vakum, uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim; pernah diinfus/ditransfusi pada perdarahan pascasalin; dan pernah operasi sesar.
- 2) Kelompok II: Ada Gawat Obstetrik/ AGO ada 8 faktor risiko. Tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah penyakit ibu hamil seperti anemia, malaria, tuberkulosis, payah jantung, kencing manis, PMS; preeklamsia ringan; hamil kembar/ gemeli; hamil kembar air/ hidramnion; hamil lebih bulan/hamil serotinus; janin mati didalam rahim; letak sungsang; dan letak lintang
- 3) Kelompok III: Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO ada 2 faktor risiko, ada ancaman ibu dan bayi. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah perdarahan, preeklamsia dan eklamsia

c. Anemia dalam Kehamilan

1) Pengertian

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Definisi anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 12,0 gram per 100 mililiter (12 gram/desiliter) untuk wanita tidak hamil dan kurang dari 10,0 gram per 100 mililiter (10 gr/dL) untuk wanita hamil (Varney, 2007).

Anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5 g% pada trimester 2 (Saifuddin, 2009).

Klasifikasi Anemia berdasarkan kadar Hemoglobin yang diukur dengan sahli adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Penggolongan Status Anemia Ibu Hamil

| Kadar Hemoglobin | Status Anemia |
|------------------|---------------|
| 11 gram % | Tidak Anemia |
| 9-10 gram % | Ringan |
| 7-8 gram % | Sedang |
| < 7 gram % | Berat |

Sumber : Manuaba (2010).

2) Etiologi Anemia

Menurut Manuaba (2007) penyebab anemia pada kehamilan adalah:

a) Kekurangan asupan zat besi

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

b) Peningkatan kebutuhan fisiologi

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

c) Kebutuhan yang berlebihan

Bagi ibu yang sering mengalami kehamilan (multiparitas), kehamilan kembar, riwayat anemia, maupun perdarahan pada kehamilan sebelumnya membutuhkan pemenuhan zat besi yang lebih banyak.

d) Malabsorpsi

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

e) Kehilangan darah yang banyak (persalinan yang lalu, operasi, perdarahan akibat infeksi kronis misalnya cacingan).

3) Klasifikasi anemia dalam kehamilan (Mochtar, 2012):

a) Anemia defisiensi besi

Menurut Higgins (Fraser, 2009), pada saat Hb turun, cadangan zat besi sudah menurun. Kekurangan zat besi pada jaringan dapat diketahui dengan mengukur kadar zat besi dalam serum yang akan menurun pada keadaan ini (nilai normal 10-30 $\mu\text{mol/L}$), dan kapasitas pengikatan zat besi total (total iron-binding capacity, [TIBC]) yang akan mengalami peningkatan (rentan normal 40-70 $\mu\text{mol/L}$).

b) Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik disebabkan karena kekurangan asam folik, jarang sekali akibat karena kekurangan vitamin B12. Biasanya karena malnutrisi dan infeksi yang kronik (Mochtar, 2012)

c) Anemia hipoplastik

Anemia hipoplastik disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang belakang, membentuk sel-sel darah merah baru. (Mochtar, 2012)

d) Anemia hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya.

4) Tanda dan gejala anemia

Anemia dapat menyebabkan tanda dan gejala berikut:

- a) letih, sering mengantuk, malaise
- b) pusing, lemah, nyeri kepala
- c) Luka pada lidah
- d) Kulit pucat
- e) Membran mukosa pucat (misal, konjungtiva)
- f) Bantalan kuku pucat
- g) Tidak ada nafsu makan, mual, dan muntah (Varney, 2007).

5) Pengaruh anemia dalam kehamilan

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

6) Penanganan anemia pada ibu hamil

a) Konseling nutrisi

Mengonsumsi makanan yang kaya zat besi dapat menurunkan kejadian anemia pada ibu hamil. Konseling nutrisi sebaiknya menekankan pada pentingnya memasukkan makanan kaya zat besi, seperti sayuran berdaun hijau, kubis hijau, kuning telur,

kismis, hati, tiram, daging berwarna merah, dan kacang-kacangan (Varney, 2007).

- b) Terapi anemia defisiensi besi ialah dengan preparat besi oral. Terapi oral ialah dengan pemberian preparat besi : fero sulfat, fero gluconat, atau Na-fero bisitrat (Saiffudin, 2009). 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.. WHO menganjurkan untuk memberikan 60 mg besi selama 6 bulan untuk memenuhi kebutuhan fisiologi selama kehamilan. Namun, banyak literatur menganjurkan dosis 100 mg besi setiap hari selama 16 minggu atau lebih pada kehamilan. Di wilayah dengan prevalensi anemia yang tinggi, dianjurkan untuk memberikan suplementasi sampai tiga bulan postpartum (Saifuddin, 2010).

7) Peningkatan Penyerapan Zat Besi

Menurut Varney (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 mengonsumsi kalsium bersama zat besi (susu, antasida, makanan tambahan prenatal).

- c) Minumlah vitamin C (jus jeruk, tambahan vitamin C).
- d) Masaklah makanan dalam jumlah air minimal supaya waktu masak sesingkat mungkin.
- e) 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, 2007).

d. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Varney (2007) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III, yaitu :

1) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih terjadi karena bagian presentasi makin menurun masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih dan menyebabkan wanita ingin berkemih.

2) Nyeri Ulu Hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah peningkatan hormon progesterone sehingga merelaksasikan sfingter jantung pada lambung, motilitas gastrointestinal karena otot halus relaksasi dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung karena tekanan pada uterus.

3) Insomnia

Ketidaknyamanan ini timbul akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif.

4) Dispareunia

Ketidaknyamanan ini disebabkan oleh abdomen yang membesar pada akhir kehamilan atau saat bagian presentasi mengalami penurunan ke dalam panggul. Faktor-faktor psikologis dapat menyebabkan dispareunia karena pemahaman yang salah dan kekhawatiran akan menyakiti bayi.

5) Nyeri Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bagian bawah dan depan tempat masuknya tuba falopi kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum. Kedua ligamentum terdiri dari otot polos lanjutan otot polos uterus dan memudahkan terjadinya hipertrofi selama kehamilan berlangsung dan meregang seiring pembesaran uterus. Nyeri pada ligamentum teres uteri disebabkan peregangan dan penekanan berat uterus.

6) Kram kaki

Kram kaki dapat disebabkan oleh diet rendah kalsium atau melakukan aktivitas yang sama sekali baru. Tekanan pada uterus mengganggu sirkulasi ke ekstremitas bawah dan dapat memberi tekanan pada saraf yang berjalan melewati foramen obturator.

7) Varises

Varises biasanya menjadi lebih jelas terlihat seiring dengan usia kehamilan, peningkatan berat badan dan lama waktu yang dihabiskan

dalam posisi berdiri. Tekanan femoralis makin meningkat seiring dengan tuanya kehamilan.

8) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, pada vena hemoroid yang akan mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul.

9) Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah yang besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam akibat perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil Doderlein. Meski basil ini berfungsi melindungi ibu dan janin dari kemungkinan infeksi yang mengancam, tetapi basil ini merupakan medium yang dapat mempercepat pertumbuhan organisme yang bertanggung jawab terhadap terjadinya vaginitis. Produktivitas kelenjar serviks dalam menyekresi sejumlah besar lendir pada saat ini guna membentuk sumbat lendir ternyata juga dapat mengakibatkan leukorea.

10) Konstipasi

Konstipasi disebabkan karena pengerasan feses yang terjadi akibat penurunan kecepatan kerja peristaltik karena progesteron yang menimbulkan efek relaksasi, pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau suplemasi zat besi dan aktivitas fisik yang kurang.

11) Edema Ekstremitas Bawah

Edema fisiologis memburuk seiring penambahan usia kehamilan karena aliran balik vena terganggu akibat berat uterus yang membesar.

12) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.

e. Gejala dan Tanda Bahaya Trimester III

1) Perdarahan

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri (Pantikawati, 2010).

2) Sakit kepala yang berat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Ibu mungkin bisa menjadi pengelihatannya kabur atau berbayang yang merupakan gejala dari preeklamsia (Pantikawati, 2010).

3) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung, dan preeklamsia (Pantikawati, 2010).

4) Keluar cairan pervaginam

Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm maupun aterm. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan. (Pantikawati, 2010)

5) Gerakan janin tidak terasa

Bayi mungkin saja gerakannya akan melemah apabila bayi tidur. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Tanda dan gejala apabila gerakan tersebut lemah yaitu gerakan kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam. (Pantikawati, 2010)

6) Nyeri Hebat di Daerah Abdominal

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda – tanda di bawah ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

- a) Trauma abdomen
- b) Preeklampsia
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba
- e) Uterus tegang dan nyeri
- f) Janin mati dalam rahim (Saifudin, 2010).

Menurut Saifudin (2010) beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai adalah sebagai berikut :

- a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
- b) Disuria
- c) Menggigil atau demam
- d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya
- e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya

f. Antenatal Care Terpadu

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar sesuai dengan buku Pedoman Pelayanan Antenatal Care Terpadu (Kemenkes, 2010) terdiri dari:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
- 2) Pengukuran tekanan darah
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*)
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana)
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan kadar gula darah, pemeriksaan darah Malaria, pemeriksaan tes Sifilis, pemeriksaan HIV
- 10) Tatalaksana kasus
- 11) KIE efektif

g. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Upaya terobosan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia salah satunya melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang 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 baik dan meningkatkan kesiap-siagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat.

2. Tinjauan Teori Persalinan

a. Definisi

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

b. Pengaruh Anemia Pada Ibu Hamil terhadap Persalinan

Ibu hamil dengan anemia akan berpotensi mengalami gangguan his persalinan (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 pada kala IV dapat terjadi perdarahan sekunder (Manuaba, 2010).

c. Partus Lama

Partus lama adalah fase laten laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks kanan garis waspada persalinan aktif (Syaifuddin, 2009). Faktor penyebab partus lama antara lain;

- 1) His tidak efisien (in adekuat)
- 2) Faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar)
- 3) Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)
- 4) Parietas dan interval kelahiran
- 5) Usia
- 6) Ketuban Pecah dini
- 7) Respon stress. Stress psikologis memiliki efek fisik yang kuat pada persalinan. Hormon stress, seperti adrenalin, berinteraksi dengan

reseptor – reseptor beta di dalam otot uterus dan menghambat kontakksi, memperlambat persalinan. (Wiknjosastro, 2007)

d. Induksi Persalinan

1) Pengertian

Induksi partus adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang (stimulasi) timbulnya his (Mochtar, 2011).

Induksi persalinan adalah salah satu upaya stimulasi mulainya proses kelahiran (dari tidak ada tanda-tanda persalinan, kemudian di stimulasi menjadi ada). Cara ini dilakukan sebagai upaya medis mempermudah keluarnya bayi dari rahim secara normal. Induksi dimaksudkan sebagai stimulasi kontraksi sebelum mulai terjadi persalinan spontan, dengan atau tanpa ruptur membrane (Cunningham, 2013).

2) Indikasi dilakukan induksi persalinan (Manuaba, 2010)

a.) Indikasi Ibu

Berdasarkan penyakit: penyakit ginjal, penyakit jantung, penyakit hipertensi, diabetes mellitus, keganasan payudara dan porsio. Dapat juga karena komplikasi kehamilan seperti pre-eklampsia atau Eklampsia

b.) Indikasi janin

Indikasinya yaitu : kehamilan lewat waktu, plasenta previa, solusio plasenta, kematian intrauterine, kematian berulang dalam rahim, kelainan kongenital, ketuban pecah dini, keadaan gawat janin atau gangguan pertumbuhan janin, primigravida tua, perdarahan antepartum.

3) Kontraindikasi

Kontraindikasi pada induksi persalinan per vagina yaitu apabila tindakan induksi persalinan yang akan dilakukan lebih merugikan dibandingkan tindakan seksio sesaria. Kontraindikasi tersebut adalah:

- a) Terdapat distosia persalinan; panggul sempit atau disproporsi sefalopelviks, kelainan posisi kepala janin, terdapat kelainan letak jannin dalam rahim, kesempitan panggul absolut (CD <5,5 cm), dan perkiraan bahwa berat janin >4.000 gram).
- b) Terdapat kedudukan ganda, yaitu: tangan bersama kepala, kaki bersama kepala, tali pusat menumbung terkemuka, kehamilan ganda, dan kehamilan dengan hidramnion.
- c) Terdapat anamnesis (perdarahan antepartum).
- d) Terdapat bekas operasi pada otot rahim, seperti bekas seksio sesaria atau operasi mioma uteri.
- e) Pada grandemultipara atau kehamilan >5 kali.

- f) Terdapat tanda atau gejala intrauterine fetal distress
- 4) Syarat induksi persalinan
- a) Janin mendekati aterm atau sudah aterm
 - b) Tidak terdapat kesempitan panggul (disproporsi sevalopelvik)
 - c) Memungkinkan untuk lahir pervagina
 - d) Janin dalam presentasi kepala

Keberhasilan induksi persalinan pervagina ditentukan oleh (Mochtar, 2011):

- a) Kedudukan bagian terendah, semakin rendah kedudukan bagian terendah janin kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin besar oleh karena dapat menekan pleksus Frankenhauser.
- b) Penempatan presentasi, induksi pada kedudukan letak kepala berpotensi lebih berhasil.
- c) Kondisi serviks, serviks yang kaku, condong ke belakang, sulit berhasil dengan induksi persalinan. Serviks lunak, lurus, atau kedepan lebih berhasil dalam induksi.
- d) Paritas, dibandingkan dengan primigravida, induksi pada multipara akan lebih berhasil karena sudah terdapat pembukaan.
- e) Usia kehamilan, pada kehamilan yang semakin mendekati aterm, induksi persalinan akan semakin berhasil.

5) Cara Induksi Persalinan dengan Drip Oksitosin

Cara induksi persalinan tidak hanya menggunakan metode drip oksitosin, metode lainnya yaitu: metode steinsche, metode infus oksitosin, metode oksitosin sublingual, induksi dengan prostadglandin, pemecahan ketuban dan laminaria stiff.

Metode infus oksitosin adalah metode yang paling umum dilakukan. Menurut teori "*See-Saw*", professor Scapo dari Universitas Washington menyatakan bahwa prostadglandin banyak dijumpai dalam jaringan tubuh, progesteron mungkin menghalangi kerja prostadglandin sehingga terdapat kontraksi otot rahim, oksitosin dianggap merangsang pengeluaran prostadglandin sehingga terjadi kontraksi otot rahim. Prostadglandin merupakan obat yang cukup mahal, sedangkan induksi persalinan dengan oksitosin murah dan efektif (Manuaba,2010).

Dosis efektif oksitosin bervariasi. Infus oksitosin dalam dekstrose atau NaCl 0,9 % dengan tetesan dinaikan secara gradual sampe his adekuat. Oksitosin duiberikan 2,5 – 5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan kristaloid, lalu mulai infus dengan 8 tetes/menit. Setiap 30 menit, tambahkan 4 tetes/menit hingga dosis optimal untuk his adekuat tercapai. Dosis maksimum oksitosin adalah 20 mU/menit.

Komplikasi yang penting diperhatikan pada induksi persalinan dengan oksitosin adalah ketuban dapat pecah dalam pembukaan kecil yang disertai dengan pecahnya vasa previa dengan tanda perdarahan dan diikuti gawat janin, darah merah segar. Prolapsus bagian kecil janin terutama tali pusat juga dapat terjadi. Terjadi gawat janin karena gangguan sirkulasi retroplasenta pada tetani uteri atau solusio plasenta.

Dengan demikian observasi pada induksi persalinan sangat penting sehingga kemungkinan komplikasi dapat ditentukan melalui evaluasi denyut jantung janin, his yang kuat menuju tetani uteri, penurunan bagian terendah sehingga dapat merangsang pleksus Frankenhouser, bundle yang mengikat sebagai tanda terjadinya ruptur uteri yang membakarat.

3. Tinjauan Teori nifas

a. Definisi Nifas

Masa puerperium normal adalah waktu yang diperlukan agar organ genitalia interna ibu kembali menjadi normal secara anatomis dan fungsional yaitu sekitar 6 minggu (Manuaba,2010). Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney *et al*, 2007).

b. Pengaruh Anemia pada Ibu Hamil terhadap Masa Nifas

Pada masa nifas yang terjadi pada ibu hamil yang anemia akan memberikan pengaruh pada masa nifas. Hal yang terjadi karena suplai oksigen yang tidak tersebar rata di seluruh organ-organ tubuh. Pada saat masa pemulihan uterus, oksigen akan membantu otot-otot berkontraksi sehingga uterus akan mengalami pemulihan sesuai kondisinya. Bila ibu anemia maka suplai oksigen akan berkurang sehingga dapat mengakibatkan kontraksi uterus berkurang yang berakibat subinvolusio.

Tidak hanya hal itu akan tetapi ibu yang masa hamil anemia pada masa nifas juga akan terjadi perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia pada masa nifas, mudah terjadi infeksi pada payudara.

c. Perubahan Fisiologis selama Masa Nifas

1) Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, perubahan uterus selama masa nifas menurut Varney (2007).

Tabel 2. Perubahan Uterus Masa Nifas (Varney, 2007)

| 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 |

2) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan 18 jam pascapartum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula.

3) Endometrium

Dalam waktu 2 atau 3 hari setelah kelahiran, sisa berdiferensiasi menjadi dua lapisan. Stratum superfisial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lokhea. Endometrium terbentuk dari proliferasi sisa-sisa kelenjar endometrium dan stoma jaringan berlangsung cepat, kecuali pada tempat melekatnya plasenta. Dalam 1 minggu atau lebih, permukaan bebas menjadi tertutup oleh epitel dan seluruh endometrium pulih kembali dalam minggu ketiga (Cunningham, 2012).

4) Pengeluaran Lokia

Menurut Visness, dkk dalam Williams Obstetri (2013) pada awal masa nifas, peluruhan jaringan desidua menyebabkan

timbulnya duh vagina dalam jumlah yang beragam. Duh tersebut dinamakan lokia dan terdiri dari eritrosit, potongan jaringan desidua, sel epitel, dan bakteri. Menurut Cunningham (2013) lokia ini dibagi menjadi beberapa jenis yaitu:

- a) Lokia rubra: duh ini berwarna merah karena adanya darah dalam jumlah yang cukup banyak.
 - b) Lokia serosa: setelah 3 atau 4 hari lokia yang berwarna merah (lokia rubra) tersebut semakin pucat.
 - c) Lokia alba: setelah kira-kira pada hari ke-10 lokia berubah warna menjadi putih atau putih kekuningan. Hal itu terjadi karena kandungan leukosit dan kandungan cairan.
 - d) Lokia dapat bertahan selama 4 sampai 8 minggu setelah persalinan.
- d. Cara merawat luka perineum menurut

Lakukan perawatan perineum pada saat mandi, setelah BAK, BAB dari depan kebelakang. Perawatan sebaiknya dilakukan dikamar mandi dengan posisi ibu jongkok. Mengganti pembalut minimal 2 kali perhari atau saat dirasa tidak nyaman. Merawat luka jahitan dengan cara mengompres sambil sedikit ditekan dengan kassa betadine sampai terasa perih (Sulistiyowati, 2009).

e. Cara memeras ASI menurut

Cara memeras ASI secara manual yaitu menyiapkan botol dan tutupnya yang sudah di cuci bersih untuk tempat ASI. Rebus atau tuangkan air panas kedalam botol tersebut supaya terbebas dari kuman. Mencuci tangan ibu sebelum memeras ASI. Meletakkan jari dan jempol ibu ditepi bagian gelap payudara (areola) dan tekan ke dalam ke arah dada. Secara perlahan, tekan jari secara bersamaan dan gulung jari ke arah puting, jangan cubit atau tarik puting. Pemompaan ASI seharusnya tidak menimbulkan nyeri. Menggerakkan jari ibu di sepanjang areola sehingga ASI dapat keluar dari seluruh payudara. Melakukan prosedur ini pada masing-masing payudara hingga payudara kosong (Klein, 2012).

f. Cara penyimpanan ASI perah

Cara penyimpanan ASI perah yaitu dapat disimpan di ruangan biasa dengan suhu 19- 25°C dengan daya tahan 6-8 jam, di lemari es dengan suhu < 4 °C dapat bertahan 2-3 hari, di bekukan dalam freezer pada lemari es dengan suhu -18 °C dapat bertahan 2 minggu-4 bulan. cara penyajian ASI bila sudah di bekukan adalah dengan merendam ASI yang didalam botol tertutup dengan air hangat, jangan direbus (Sulistyowati, 2009).

g. Kunjungan Nifas

Menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015), Waktu kunjungan nifas KF1-KF3

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1)

KF1 adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinannya, asuhannya :

- a) Memastikan involunsi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

KF2 adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan, asuhannya :

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3)

KF3 adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan, asuhannya :

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

- c) Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik : perdarahan pervaginam, lokhea, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung).
- d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

4. Tinjauan Teori Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Neonatus adalah bayi baru lahir usia 0 hari sampai usia 1 bulan sesudah lahir. Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2012).

b. Manajemen Bayi Baru Lahir

1) Pengaturan suhu

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh BBL dapat mengalami hipotermi, sehingga berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat bahkan kematian (Kemenkes RI, 2010).

2) Pemotongan dan perawatan tali pusat

Tali pusat dipotong setelah dua menit pasca bayi lahir. Dalam melakukan perawatan tali pusat yang terpenting adalah menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering. Mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh tali pusat penting untuk dilakukan untuk mencegah infeksi (Kemenkes RI, 2010).

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan bayi mencari dan menemukan puting. Manfaat IMD bagi bayi adalah stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi, dan mencegah infeksi nosokomial. Protokol IMD yaitu bayi di bersihkan secukupnya, tidak perlu membersihkan verniks atau cairan amnion di tangan bayi karena bau cairan amnion pada tangan akan membantu bayi menemukan puting ibu (Saifuddin, 2010).

4) Pencegahan Perdarahan

Karena pembekuan darah pada BBL belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan. Untuk mencegah perdarahan, diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal IM pada

anterolateral paha kiri. Suntikan vitamin K1 diberikan setelah IMD (Kemenkes RI, 2010).

5) Pencegahan infeksi mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep tetrasiklin 1% (Kemenkes RI, 2010).

6) Pemberian imunisasi HB O

Imunisasi hepatitis pertama (HB 0) dalam kemasan *uniject* diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskuler. Pemberian imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B, terutama jalur penularan ibu-bayi (Kemenkes RI, 2010).

c. Pemeriksaan fisik BBL

Menurut Marmi dan Raharjo (2012) bahwa bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: berat badan 2500 - 4000 gram, panjang badan lahir 48 - 52 cm, lingkar dada 30 - 38 cm, lingkar kepala 33 - 35 cm, frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit, pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang, genetalia: Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki-laki, testis sudah turun, skrotum

sudah ada, reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek morro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, reflek grasp atau menggenggam sudah baik, pola eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

d. Tanda Bahaya Umum Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada bayi meliputi: tidak mau minum atau memuntahkan semua atau kejang, bergerak hanya jika dirangsang, napas cepat (≥ 60 kali/menit) atau napas lambat (≤ 30 kali/menit), tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, merintih, teraba demam (suhu ketiak $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), teraba dingin (suhu ketiak $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$), nanah yang banyak di mata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, diare, tampak kuning pada telapak tangan dan kaki, atau perdarahan.

e. Pengaruh Ibu Anemia terhadap Bayi Baru Lahir

Anemia akan mengakibatkan suplai nutrisi dari ibu ke janin terhambat oleh karena itu ibu dengan anemia akan mudah mengakibatkan perkembangan janin tidak optimal dan mengakibatkan bayi lahir dengan berat rendah. Dan dapat juga menimbulkan lahir prematur karena asupan yang seharusnya masih diberikan pada janin sudah berkurang.

Menurut Manuaba (2010), ibu yang anemia akan mempengaruhi pada bayinya, yaitu akan terjadi bayi dengan berat lahir rendah. Bayi

dengan berat lahir rendah bila berat lahir < 2.500 gram, walaupun lahir cukup bulan.

b.) Kunjungan Ulang Neonatus (KN)

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

Kunjungan neonatal (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonates/bayi baru lahir sedikit 3 kali ,selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir ,baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Jadwal kunjungannya adalah sebagai berikut:

5. Tinjauan Teori Keluarga Berencana

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 :

a. 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. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila: menyusui secara penuh ≥ 8 x sehari, belum haid, dan umur bayi < 6 bulan.

1) 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.

2) Keuntungan Nonkontrasepsi

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

3) Keterbatasan

Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid, atau sampai 6 bulan, tidak melindungi dari IMS, sulit jika tidak teratur pemberian ASInya.

b. 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 selama belum haid. Namun, bagi wanita yang mengalami keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, minipil dapat segera digunakan dalam beberapa hari (setelah 3 hari) pasca persalinan.

1.) Keuntungan

Cocok untuk perempuan yang menyusui, efektif pada masa laktasi, tidak menurunkan kadar ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, dapat dihentikan kapan saja, kesuburan mudah kembali, nyaman dan mudah digunakan.

2.) 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, pusing.

c. 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).

1) Keuntungan

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

2) Keterbatasan

Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan, pada pengguna jangka panjang dapat menurunkan kepadatan tulang.

d. 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).

1) Keuntungan

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.

2) Keuntungan non kontrasepsi

Mengurangi jumlah darah dan nyeri haid, mengurangi/memperbaiki anemia, melindungi terjadinya kanker endometrium, menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara, melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul.

3) Keterbatasan

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

e. Kondom

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

1) Keuntungan

Bila digunakan dengan benar, risiko kehamilan adalah 2 diantara 100 ibu dalam 1 tahun, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan.

2) Keuntungan non kontrasepsi

Tidak ada efek samping hormonal, mudah didapat, dapat digunakan sebagai metode sementara atau cadangan sebelum menggunakan metode lain, dapat mencegah penularan penyakit menular seksual.

3) Keterbatasan

Dapat memicu reaksi alergi pada orang – orang dengan alergi lateks, keberhasilan sangat dipengaruhi cara penggunaan, harus disiapkan sebelum hubungan seksual.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Pengertian

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.

2. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan 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 (Kepmenkes No 369 tahun 2007).

3. Langkah - langkah manajemen asuhan kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan yang digunakan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan yang tertuang dalam KEPMENKES Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatatan asuhan kebidanan.

a. Standar I : Pengkajian

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria pengkajian

a) Data tepat, akurat dan lengkap

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

c) Data obyektif (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 komprehensif
- 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 Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan
- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, follow up dan rujukan.