

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2009).

b. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

1) Nutrisi

Menurut Saifudin (2009) ibu hamil akan membutuhkan kalori tambahan yakni 300 kalori per harinya dengan cara mengkonsumsi makanan dengan berbagai macam kandungan gizi. Pada kehamilan trimester III (minggu 27-lahir) ibu memerlukan kalori \pm 285 dan protein lebih tinggi menjadi 2 g per kg BB.

2) Eliminasi

Saat kehamilan terjadi perubahan hormonal yang menyebabkan daerah kelamin basah. Untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin (Pantikawati dan Saryono, 2010).

c. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

1) Nyeri Punggung

Sakit pada punggung disebabkan karena meningkatnya beban berat janin dalam kandungan. Kelelahan, membungkuk berlebihan, mengangkat beban, atau berjalan dapat menyebabkan nyeri punggung ringan. Nyeri punggung dapat dikurangi dengan menganjurkan ibu berjongkok dan bukan membungkuk ketika mengambil sesuatu dibawah, memberi bantal penyangga di punggung ketika duduk, dan menghindari sepatu berhak tinggi (Cunningham dkk., 2012 dan Varney dkk., 2007).

d. *Antenatal Care* (ANC)

1) Pengertian

Pemeriksaan ANC adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, masa nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi (Manuaba dkk., 2010).

2) Jadwal Pelaksanaan ANC

Kontak minimal 4 kali dilakukan trimester I satu kali, trimester II satu kali dan trimester III dua kali. Kunjungan ulang yang dilakukan tiap 4 minggu sampai umur kehamilan 28 minggu, tiap 2 minggu sampai umur kehamilan 36 minggu, dan tiap minggu sampai persalinan (Siswosudarmo dan Emilia, 2010).

3) Pelayanan ANC

Menurut Kemenkes RI (2010) dalam melakukan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

- a) Timbang berat badan

Tabel 1. Rekomendasi Penambahan Berat Badan selama Kehamilan Berdasarkan IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<19,8	12,5–18
Normal	19,8–26	11,5–16
Tinggi	26–29	7–11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemelli		16–20,5

Sumber: Saifuddin, 2009

- b) Ukur lingkar lengan atas (LILA)

- c) Ukur tekanan darah

- d) Ukur tinggi fundus uteri

Tabel 2. Tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan	Tinggi Fundus dalam cm	Menggunakan penunjuk penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis
16 minggu	-	Antara simfisis <i>pubis</i> dan umbilikus
20 minggu	20 cm (+2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (+2 cm)	
28 minggu	28 cm (+2 cm)	Ditengah, antara umbilikus dan <i>prosesus sifoideus</i>
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (+2 cm)	-
36 minggu	36 cm (+2 cm)	Pada <i>prosesus sifoideus</i>

Sumber: Saifuddin, 2009

e) Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Detak jantung janin normal antara 120-160 kali per menit. Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan frekuensi denyut jantung janin per menit, teratur atau tidak, dimana letak punctum maksimum (Manuaba dkk., 2010).

f) Tentukan presentasi janin

g) Beri imunisasi tetanus toksoid (TT)

h) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

i) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan kadar hemoglobin (HB) darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak. Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi (Kemenkes RI, 2010).

j) Tatalaksana atau penanganan kasus

k) KIE efektif

Pada data tingkat pengetahuan yang masih kurang juga telah diatasi dengan memberikan penjelasan dan konseling tentang permasalahan yang belum diketahui (Saifuddin, 2009).

e. Program 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 upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar. Stiker P4K harus didapatkan informasi identitas ibu, taksiran persalinan, rencana penolong persalinan, pendamping dan tempat persalinan, calon pendonor, transportasi yang digunakan dan pembiayaan. Pelaksanaan P4K diharapkan mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat (Kemenkes RI, 2015).

f. Rentang Penghasilan Kelas Menengah

Kelas menengah adalah istilah kelas sosial ekonomi antara kelas pekerja dan kelas atas, termasuk para profesional, pekerja trampil, dan manajemen bawah dan menengah. Di Indonesia, kelompok menengah ke bawah dengan penghasilan per bulannya kurang dari Rp. 2.6 juta. Kelas ini terdiri dari sebagian besar dari total penduduk suatu negara. Kelas menengah ke bawah berjuang untuk sampai ke tingkat kelas menengah ke atas (Widiatmanti, 2015, <http://www.bppk.kemenkeu.go.id/publikasi/artikel/167-artikel-pajak/21014-penghasilan-kelas-menengah-naik-potensi-pajak>).

g. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*). Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, SJSN bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah (Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, 2015). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran.

1) Jumlah Iuran Bulanan BPJS Kesehatan

Jumlah iuran bulanan BPJS kesehatan kelas 3 sebesar Rp. 25.500, - (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.

Jumlah iuran bulanan BPJS kesehatan kelas 2 sebesar Rp. 51.000, - (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II. Jumlah iuran bulanan BPJS kesehatan kelas 1 sebesar Rp. 80.000, - (delapan puluh ribu ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I. Peserta wajib membayar iuran BPJS kesehatan sebelum tanggal 10 setiap bulannya.

2) Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja

- a) Calon peserta mendaftar secara perorangan di Kantor BPJS kesehatan.
- b) Mendaftarkan seluruh anggota keluarga yang ada di kartu keluarga
- c) Mengisi formulir daftar isian peserta (DIP) dengan melampirkan: fotokopi kartu keluarga (KK), fotokopi KTP/Paspor, masing-masing 1 lembar, fotokopi buku tabungan salah satu peserta yang ada didalam KK, pasfoto 3 x 4, masing-masing sebanyak 1 lembar.
- d) Setelah mendaftar, calon peserta memperoleh nomor virtual account (VA).
- e) Melakukan pembayaran iuran ke Bank yang bekerja sama dengan BPJS.

- f) Bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS kesehatan untuk dicetak kartu JKN. Pendaftaran selain di Kantor BPJS Kesehatan, dapat melalui website BPJS kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2009).

b. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda menjelang persalinan yaitu timbulnya kontraksi palsu atau *braxton hicks* yang mempunyai ciri yaitu sifatnya ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit dan hilang saat digunakan untuk istirahat (Sofian, 2012). His sesudah kehamilan 30 minggu makin terasa lebih kuat dan lebih sering, sesudah 36 minggu aktivitas uterus lebih meningkat lagi hingga persalinan dimulai (Winkjosastro, 2007). Tanda mulai persalinan yaitu timbulnya his persalinan dengan ciri:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.

- 2) Terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang.
- 3) Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan.
- 4) Dengan aktivitas his persalinan bertambah (Manuaba dkk., 2010).
- 5) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks (Sofian, 2012).

c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) *Power*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan menolong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul (Saifuddin, 2010). Refleksi mengejan mempercepat proses persalinan akibat pengeluaran oksitosin yang terjadi secara *pulsatif* oksitosin yang dikeluarkan memiliki konsentrasi yang lebih tinggi dan frekuensi lebih sering sehingga kala dua persalinan dapat berlangsung lebih cepat (Manuaba dkk., 2010).

2) *Passage*

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan *introitus*.

3) *Passanger*

Passanger atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yaitu: ukuran kepala janin, presentasi janin, letak janin, posisi janin (Sofian, 2012).

4) Psikologis

Faktor psikologis meliputi hal-hal yang melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat dan lingkungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

5) Penolong

Peran dari penolong yaitu mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses ini tergantung dari kemampuan *skill* dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Saifuddin, 2010).

d. Tahap-Tahap Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm) (Saifuddin, 2010). Posisi miring ke kiri dalam kala I dapat mempermudah oksigenasi janin, sirkulasi darah ibu lancar, dan dapat mengurangi laserasi perineum (JPNK-KR, 2008).

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 (Sofian, 2012). Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu:

- (1) DJJ diperiksa setiap 1 jam.
- (2) Frekuensi dan lamanya kontraksi diperiksa setiap 1 jam.
- (3) Nadi diperiksa setiap 30-60 menit.
- (4) Suhu tubuh, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam.
- (5) 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 yaitu:

- (1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- (2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- (3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Sofian, 2012).

2) Kala II

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

berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara (Saifuddin, 2009).

a) Tanda dan gejala kala II:

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

b) Episiotomi

Episiotomi adalah tindakan untuk melebarkan jalan lahir lunak dengan melakukan insisi pada daerah perineum. Tujuan episiotomi adalah meluaskan jalan lahir sehingga persalinan dapat berlangsung lebih cepat dan mengupayakan agar tepi robekan perineum teratur untuk memudahkan menjahitnya kembali. Ada 3 jenis irisan yaitu medialis, mediolateralis, lateralis (Manuaba dkk., 2010). Episiotomi juga dilakukan untuk mengurangi penekanan kepala pada perineum sehingga membantu mencegah kerusakan otak. Indikasi

episiotomi yaitu halangan kemajuan persalinan akibat perineum yang kaku, untuk mengelakan robekan yang tak teratur, alasan fetal (bayi prematur, bayi besar, posisi abnormal) (Oxorn dan Forte, 2010).

Tabel 3. Derajat Robekan Perineum

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

Sumber: Kemenkes RI, 2013

Menurut penelitian Rofiah pada tahun 2009, menyatakan bahwa ada hubungan berat badan bayi baru lahir dengan derajat ruptur perineum.

Tabel 4. Hubungan Berat Badan Bayi Baru Lahir dengan Derajat Ruptur Perineum

Berat Badan Bayi Baru Lahir (gram)	Ruptur			Total
	Derajat I	Derajat II	Derajat III	
2100-2500	3	3	1	7
2600-3000	18	25	0	43
3100-3500	9	28	3	40
3600-4000	2	3	1	6
>4000	0	0	2	2
Total	32	59	7	98

Sumber: Rofiah, 2009

c) Penatalaksanaan Kala II

Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan:

(1) Menjaga kebersihan ibu.

- (2) Mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu.
- (3) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu dengan mengatur posisi ibu. Dalam membimbing meneran dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk.
- (4) Menjaga kandung kemih tetap kosong.
- (5) Memberikan minum yang cukup (Saifuddin, 2009).

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Saifuddin, 2010). Penataksanaan kala III dengan manajemen aktif kala III persalinan yang dapat mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan pasca persalinan. Penatalaksanaan aktif kala III, meliputi: jepit dan potong talipusat sedini mungkin, pemberian oksitosin dengan segera, melakukan penegangan talipusat terkendali (PTT), *masase fundus* lahir (Saifuddin, 2009).

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut (Saifuddin, 2010). Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- 1) Kesadaran ibu mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- 2) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernafasan 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.
- 3) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian asi.
- 4) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada satu jam selanjutnya (Manuaba dkk., 2010).

e. *Contraction Stress Test (CST)*

Menurut Saifuddin (2010) pemeriksaan CST dimaksudkan untuk menilai gambaran DJJ dalam hubungannya dengan kontraksi uterus. CST dilakukan untuk memantau kesejahteraan janin saat proses persalinan terjadi. Pada pemeriksaan CST dilakukan penilaian terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas DJJ dan perubahan periodik (akselerasi atau deselerasi) dalam kaitannya dengan kontraksi uterus.

Intepretasi hasil CST:

- 1) Negatif: frekuensi dan variabilitas DJJ normal, tidak didapatkan deselerasi lambat, mungkin ditemukan akselerasi atau deselerasi dini.

- 2) Positif: terdapat deselerasi lambat yang berulang, meskipun kontraksi tidak adekuat, variabilitas DJJ berkurang atau menghilang.
- 3) Mencurigakan: terdapat deselerasi lambat yang kurang dari 50%, terdapat deselerasi variabel, frekuensi DJJ abnormal.
- 4) Tidak memuaskan: hasil rekaman tidak representatif, tidak terjadi kontraksi uterus yang adekuat.
- 5) Hiperstimulasi: kontraksi uterus lebih dari 5 kali dalam 10 menit, lamanya kontraksi lebih dari 90 detik, seringkali terjadi deselerasi lambat atau bradikardi.

Hasil CST yang negatif menggambarkan keadaan janin yang masih baik sampai 1 minggu kemudian (Spesifitas 99%), sedangkan hasil CST yang positif biasanya disertai *outcome* perinatal yang tidak baik dengan nilai prediksi positif kurang lebih 50% (Saifuddin, 2010). Kontraindikasi CST terbagi menjadi dua kategori, absolut dan relatif. Kontraindikasi absolut meliputi situasi klinis yang membahayakan persalinan, contohnya wanita yang sebelumnya mengalami seksio sesarea, *plasenta previa*, dan persalinan yang mengalami persalinan dini pada kehamilan. Kontraindikasi relatif meliputi usia kehamilan kurang dari 37 minggu, dan kehamilan kembar (Varney dkk., 2007).

f. Partus Lama

1) Pengertian

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi (Sofian, 2012).

2) Sebab-sebab partus lama

Etiologi menurut Saifuddin (2010) sebab-sebab partus lama dapat digolongkan menjadi 3 yaitu:

a) Kelainan tenaga (kelainan his)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Jenis-jenis kelainan his yaitu:

(1) *Inersia uteri*: his bersifat biasa dalam arti bahwa fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu pada bagian lainnya. Kelainannya terletak dalam hal kontraksi uterus lebih aman, singkat dan jarang daripada biasanya. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak berbahaya bagi ibu maupun janin kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

(2) *Incoordinate uterine action*: sifat his berubah, tonus otot uterus meningkat, juga di luar his dan kontraksinya berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi

antara kontraksi. Tidak adanya koordinasi antara bagian atas, tengah dan bagian bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang menaik menyebabkan nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia janin.

b) Kelainan janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin (janin besar atau ada kelainan *konginetal* janin).

c) Kelainan jalan lahir

Kelainan dalam bentuk atau ukuran jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

3) Klasifikasi Partus lama

Oxorn dan Forte (2010) mengklasifikasikan partus lama menjadi beberapa fase, yaitu:

a) Fase laten yang memanjang adalah fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primigravida atau waktu 14 jam pada multipara merupakan keadaan abnormal.

b) Sebab-sebab fase laten yang panjang mencakup:

(1) Serviks belum matang pada awal persalinan

(2) Posisi janin abnormal

(3) Disproporsi fetopelvik

(4) Persalinan disfungsional

(5) Pemberian sedatif yang berlebihan pada serviks yang belum matang hanya memperpanjang fase laten, sekalipun fase laten berlangsung lebih dari 20 jam, banyak pasien mencapai dilatasi serviks yang normal ketika fase aktif mulai. Fase laten itu menjemukan, tetapi fase ini tidak berbahaya bagi ibu atau pun anak.

c) Fase aktif yang memanjang pada multipara yaitu fase aktif yang berlangsung lebih dari 6 jam (rata-rata 2,5 jam) dan laju dilatasi serviks yang kurang dari 1,5 cm per jam merupakan keadaan abnormal. Periode aktif yang memanjang dapat dibagi menjadi dua kelompok klinis yang utama, yaitu kelompok yang masih menunjukkan kemajuan persalinan sekalipun dilatasi serviks berlangsung lambat dan kelompok yang benar-benar mengalami penghentian dilatasi serviks. Pengamatan yang cermat, upaya menghindari kelahiran pervaginam yang traumatik dan pertimbangan seksio sesarea merupakan tindakan penting dalam penatalaksanaan permasalahan ini. Ciri-ciri partus lama pada multipara yaitu, insidensinya kurang dari 1%, mortalitas perinatalnya lebih tinggi dibandingkan pada primigravida dengan partus lama, jumlah bayi besar bermakna, malpresentasi menimbulkan permasalahan.

4) Tatalaksana

Menurut Kemenkes R1 2013 tatalaksana partus lama:

- a) Tatalaksana umum untuk penanganan partus lama yaitu segera rujuk ibu ke rumah sakit yang memiliki pelayanan seksio sesarea.
- b) Tatalaksana khusus untuk penanganan yaitu dengan tentukan penyebab partus lama seperti *power* (his tidak adekuat), *passager* (mal presentasi, mal posisi, janin besar), *passage* (panggul sempit, kelaian serviks atau vagina, tumor jalan lahir).
- c) Sesuaikan tatalaksana dengan penyebab dan situasi. Lakukan augmentasi persalinan dengan oksitosin dan atau amniotomi bila terdapat gangguan *power*. Pastikan tidak ada gangguan *passager* atau *passage*. Lakukan tindakan operatif (forsep, vakum, seksio sesarea) bila terdapat gangguan *passager* atau *passage*.

5) Dampak Partus lama

a) Bahaya bagi ibu

Partus lama dapat menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak. Beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terdapat kenaikan pada insidensi *atonia uteri*, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan *syok*.

b) Bahaya bagi janin

(1) Asfiksia akibat partus lama itu sendiri

(2) Kaput suksedaneum

Kaput suksadaneum adalah pembengkakan difusi jaringan lunak kepala yang dapat melampaui sutura garis tengah. Kelainan ini akibat sekunder dari tekanan uterus atau dinding vagina pada kepala bayi sebatas kaput. Keadaan ini dapat pula terjadi pada kelahiran spontan dan biasanya menghilang dalam 2-4 hari setelah lahir. Tidak diperlukan tindakan (Saifuddin, 2009)

(3) Molase kepala janin

(4) Pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran (Saifuddin, 2010).

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir (Neonatus) menurut Marmi (2012) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari.

b. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1) Sistem Pernafasan

Pada saat lahir, sistem pernafasan bayi belum berkembang sempurna, pertumbuhan alveoli baru terus berlangsung hingga beberapa tahun. Bayi normal mempunyai frekuensi pernafasan 30-60 kali per menit (Fraser dan Cooper, 2009).

4) Sistem Kardiovaskuler dan darah

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali per menit. Volume sirkulasi total darah mencapai 80 ml/kg berat badan.

5) Sistem Ginjal

Ginjal bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Urine pertama dikeluarkan saat lahir atau dalam 24 jam pertama dan semakin meningkat seiring bertambahnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning, dan tidak berbau.

6) Sistem Pencernaan

Pada bayi baru lahir, lambung memiliki kapasitas kecil (15-50 ml) yang meningkat pada beberapa minggu pertama kehidupan. Bising usus terdengar satu jam setelah kelahiran. Mekonium dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Bayi dapat berdefekasi 8-10 kali perhari (Fraser dan Cooper, 2009).

c. Tanda-Tanda Bayi Lahir Sehat

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

d. Kunjungan Neonatal

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

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

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter, bidan atau perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda (Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) termasuk ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan tali pusat (Kemenkes RI, 2010).

e. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran (Saiffudin, 2009). Segera bayi lahir jangan menunggu untuk menentukan nilai APGAR, langsung melakukan 4 penilaian awal bayi baru lahir, yaitu, apakah kehamilan cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak terkontaminasi mekoneum, apakah bayi bernafas adekuat atau menangis, apakah tonus otot baik. Bila salah satu atau lebih pertanyaan

dijawab 'tidak' maka melakukan langkah awal resusitasi. Bila semua pertanyaan dijawab dengan 'ya' maka melakukan perawatan rutin (memberikan kehangatan, membersihkan jalan nafas, mengeringkan dan menilai warna) (Saifuddin, 2010). Menurut Fraser dan Cooper (2009) pengkajian kondisi umum bayi pada menit pertama dan kelima dengan menggunakan nilai APGAR. Dari hasil pemeriksaan APGAR *score*, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir sebagai berikut: nilai 7-10: normal, nilai 4-6: asfiksia sedang-ringan, nilai 0-3: asfiksia berat.

Penanganan bayi baru lahir meliputi:

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 (Saifuddin, 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 reflex inhalasi 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.

Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali pusat. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih (Saifuddin, 2010).

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian Nutrisi

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

5) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K 1 (*phthomenadione*) sebanyak 1mg dosis tunggal, intra muskuler pada anterolateral paha kiri. Vitamin K1 dilakukan setelah IMD.

6) Pemberian HB 0

Imunisasi hepatitis B yang pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu ke anak (Kemenkes RI, 2010).

7) Pemberian Salep Mata

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

f. ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman pendamping (termasuk air jeruk, madu, air gula) yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan (Sulistiyowati, 2009).

g. Miliariasis

Miliariasis lebih dikenal dengan biang keringat akibat tersumbatnya kelenjar keringat. Membuat bayi nyaman, memakai pakaian tipis dan ringan, dan segera mengganti bila basah umumnya cukup untuk menghilangkan miliariasis, karena pada dasarnya miliariasis memang bersifat sementara. Penggunaan bedak bayi tidak dianjurkan karena menurut *American Academy of Pediatrics* bedak berbahan dasar *talc* pada bayi dapat mengakibatkan iritasi (Kemenkes RI, 2010).

4. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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

pascapersalinan harus terselenggara pada masa nifas untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi dan nutrisi bagi ibu (Saifuddin, 2010).

b. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

1) Involusi Uterus

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

Tabel 5. Perubahan Uterus Masa Nifas

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

Sumber: Sofian, 2012

2) Lochea

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

- (a) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
- (b) Lochea sanguilenta: berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pascapersalinan.

(c) Lochea serosa: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.

(d) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.

c. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Pola nutrisi

Ibu nifas harus mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari dan minum air 3 liter tiap hari. Minum vitamin A 1 kapsul 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI dan rutin minum pil zat besi setidaknya 40 hari setelah melahirkan (Saifuddin, 2009).

2) Pola eliminasi

Miksi harus dilakukan secepatnya. Apabila wanita tidak bisa berkemih sendiri maka harus dilakukan kateterisasi. Defekasi harus dilakukan 3 hari postpartum (Wiknjastro, 2007).

3) Pola istirahat

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

4) *Personal hygiene*

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang.

Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar dan mengganti pembalut minimal dua kali sehari (Saifuddin, 2009).

5) Dukungan Keluarga

Kondisi emosional dan psikologi suami dan keluarga sangat penting dalam memberikan dukungan pada ibu setelah melahirkan (Saifuddin, 2010).

6) Teknik Menyusui yang Benar

Ibu harus menyusui dalam posisi dan perlekatan yang benar sehingga menyusui efektif. Ibu harus menyusui minimal 8 kali sehari semalam. Menyusui harus bergantian hanya berpindah ke sisi lain setelah mengosongkan payudara yang disusukan. Posisi bayi saat menyusu menentukan keberhasilan dalam pemberian ASI. Posisi menyusu yang benar yaitu seluruh badan bayi tersangga dengan baik, kepala dan tubuh bayi lurus, badan bayi menghadap ke dada ibunya, badan bayi dekat dengan ibunya. Cara melakukan perlekatan yaitu dengan cara menyentuhkan puting susu ke bibir bayi, menunggu mulut bayi sampai terbuka lebar, segera mendekatkan bayi kearah payudara sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Tanda-tanda perlekatan menyusu yang baik adalah dagu bayi menempel payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar, bibir bawah bayi membuka keluar, areola bagian atas ibu tampak lebih banyak. Tanda bayi mengisap dengan efektif adalah bayi menghisap secara dalam, teratur yang diselingi

istirahat dan pada saat bayi menghisap hanya terdengar suara bayi menelan (Kemenkes RI, 2010).

d. Waktu Kunjungan Nifas

Menurut Kemenkes RI (2015) ibu dianjurkan melakukan kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali.

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1)

Kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinannya. Asuhannya:

- a) Memastikan involusi 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, makanan yang bergizi, menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- d) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

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, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.

- b) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup, mendapat makanan yang bergizi, menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- c) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3)

Kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhannya:

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami.
- 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
- d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinnya.

5. Keluarga Berencana

a. Alat Kontrasepsi Pascapartum

Menurut Affandi (2012) macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi *Metode Amenorea Laktasi* (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan

progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Ovulasi dapat terjadi 21 hari pascapersalinan sehingga kontrasepsi harus segera dipakai pascapersalinan.

b. *Metode Amenorea Laktasi (MAL)*

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, dapat digunakan antara lain bayi harus berusia kurang dari enam bulan, wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam setelah 56 hari pascapartum, dan pemberian ASI harus merupakan sumber nutrisi yang eksklusif untuk bayi. MAL efektif bila menyusui lebih dari 8 kali per hari (Varney dkk., 2007).

c. Suntik Progestin

1) Pengertian

Suntikan progestin merupakan alat kontrasepsi yang paling umum digunakan oleh sebagian besar wanita karena sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

2) Jenis

Depo medroksiprogesteron asetat mengandung 150 mg DMPA, yang diberikam setiap 3 bulan dengan cara suntik *intramuscular*.

3) Cara kerja

Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

4) Keuntungan

Sangat efektif, tidak berpengaruh pada hubungan suami isteri, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, tidak mempengaruhi ASI, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.

5) Kerugian

Klien sangat tergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan karena harus kembali sesuai jadwal suntikan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, tidak mencegah IMS, terlambatnya kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian.

6) Indikasi

Usia reproduksi, nulipara dan telah memiliki anak, menghendaki alat kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi, menyusui, tekanan darah kurang dari 180/110mmHg.

7) Efek samping

Amenorea, perdarahan /perdarahan bercak (spotting), meningkatnya atau menurunnya berat badan.

8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin

Setiap saat selama haid, mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, sedangkan pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan pertama tidak boleh berhubungan seksual atau memakai barrier (Saiffudin, 2011).

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Kemenkes RI, 2007). Manajemen asuhan kebidanan yang digunakan adalah sesuai dengan KEPMENKES Nomer 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 (Kemenkes RI,

2007). Menurut Varney dkk (2007) ada 7 langkah yang digunakan yang mencakup seluruh kerangka kerja yang dapat diaplikasikan yaitu:

- a. Mengumpulkan data dasar yang menyeluruh yang meliputi data subjektif dan data objektif.
- b. Mengintrepetasi data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus.
- c. Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.
- d. Mengetahui kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien.
- e. Merencanakan asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.
- f. Melakukan penatalaksanaan langsung secara efisien dan aman.
- g. Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif.

2. Langkah Langkah Manajemen Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan yang digunakan berdasarkan KEPMENKES nomer 938/Menkes/SK/VII/2007.

a. Standar I: Pengkajian

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria pengkajian

a) Data tepat, akurat dan lengkap.

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

c) Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan.

a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.

b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

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

c. Standar III: Perencanaan

1) Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2) Kriteria perencanaan

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

b) Melibatkan klien dan atau keluarga.

c) Mempertimbangan kondisi psikologi sosial budaya klien/keluarga.

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

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