

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Kebidanan

1. Tinjauan Teori Kebidanan Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Masa kehamilan sangat menentukan kualitas Sumber Daya Manusia di masa depan, karena tumbuh kembang anak sangat ditentukan oleh kondisinya saat masa janin dalam kandungan. Keadaan kesehatan ibu sebelum dan sesudah hamil sangat menentukan terhadap kesehatan ibu hamil, ibu memerlukan kebutuhan gizi khusus agar kehamilannya sehat. Gizi seimbang dalam masa kehamilan adalah tercukupinya kebutuhan akan zat-zat gizi semasa kehamilan dan sesuai dengan kebutuhan pada tiap trimesternya. (Mitayani, 2010)

b. Antenatal Care (ANC)

Pemeriksaan *Antenatal Care (ANC)* adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2009). Jadwal Pemeriksaan ANC minimal dilakukan kontak sebanyak 4 kali yaitu pada trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 2 kali, dan trimester III sebanyak 2 kali. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid atau tidak menstruasi. Pemeriksaan ulang dilakukan setiap bulan sampai usia kehamilan 7 bulan, setiap

2 minggu sekali sampai usia kehamilan 9 bulan dan setiap 1 minggu sekali sejak usia kehamilan 9 bulan sampai melahirkan.(Manuaba, 2009)

Untuk menentukan usia kehamilan secara akurat, taksiran usia kehamilan harus selaras dengan dua dari tiga metode berikut yaitu tanggal pasti HPMT, ibu mengetahui tanggal hari pertama menstruasi terakhirnya dan siklus menstruasinya teratur, pengukuran uterus dan ultrasonografi. Menghitung HPL dengan rumus Naegele adalah tanggal HPMT ditambah tujuh dan Bulan pada HPMT dikurangi 3 (Varney dkk, 2009)

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) Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin.

2) Ukur lingkaran lengan atas (LiLa)

Pengukuran LiLa hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm.

3) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi. Menurut varney dkk,

2009, tekanan darah normal yaitu bila sistolik < 120 mmHg dan diastolic < 80 mmHg.

4) Pengukuran tinggi fundus

Pengukuran TFU dengan menggunakan pita sentimeter diukur dari tepi atas simfisis hingga fundus uteri.

Tabel 1 tinggi fundus(cm) dengan usia kehamilan

Usia	Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus	
		Dalam cm	Menggunakan Penunjuk Badan
12	–		Teraba diatas simfisis pubis
16	–		Pertengahan simfisis pubis dan umbilikus
20		20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22 – 27		UK(minggu)=cm (± 2 cm)	–
28		28 cm (± 2 cm)	Pertengahan umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35		UK(minggu)=cm (± 2 cm)	–
36		36 cm (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber : *Saifuddin, 2008*

5) Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Pemeriksaan abdomen untuk mengetahui:

- a) Menentukan letak, presentasi, posisi dan jumlah janin menggunakan maneuver Leopold
- b) Penancangan (*engagement*)
- c) Observasi atau palpasi gerakan janin
- d) Perkiraan berat badan janin (membandingkan taksiran berat janin yang lalu dengan hasil sekarang). Dihitung dengan rumus Mc. Donald (tinggi Fundus dalam cm-n) $\times 155 =$ Berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n=12$. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n=11$.
- e) Observasi luka parut atau memar dan penjelasannya. (Varney dkk, 2007).

7) Pemeriksaan Ekstremitas

8) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

9) Beri tablet tambah darah (tablet besi),

10) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

- a) Pemeriksaan golongan darah
- b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga.

c) Pemeriksaan protein dalam urin, pemeriksaan kadar gula darah, pemeriksaan darah Malaria, pemeriksaan tes Sifilis, pemeriksaan HIV, pemeriksaan BTA

c. Tanda Pasti Kehamilan

1) Gerakan janin dalam rahim

Terlihat dan teraba gerakan janin, teraba bagian-bagian janin.

2) Denyut jantung janin.

Denyut jantung janin didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiografi, dan Doppler.(Manuaba, 2010)

d. Ketidaknyamanan Trimester III

Menurut Varney (2007) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III, antara lain 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. Cara mengatasi : mengosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk kencing dan tetap memperbanyak minum saat siang hari

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 suplementasi 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. Cara mengatasi : meninggikan kaki sewaktu berbaring, menjaga agar kaki tidak bersilangan, menghindari berdiri atau duduk terlalu lama, kompres air hangat

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. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

- 1) Preeklampsia yang ditandai dengan tekanan darah tinggi, bengkak pada wajah dan dalam air seni terdapat zat putih telur atau protein pada pemeriksaan urin dan laboratorium.
- 2) Keluar air ketuban sebelum waktunya
- 3) Perdarahan hebat
- 4) Sakit kepala hebat
- 5) Gerakan janin berkurang (Kemenkes,2010)

f. Kekurangan Energi Kronis Pada Ibu Hamil

1) Pengertian

Kurang energi kronis (KEK) adalah suatu keadaan kekurangan makanan dalam waktu yang lama sehingga menyebabkan indeks massa tubuhnya di bawah normal yaitu kurang dari 18,5 untuk orang dewasa (Sandjaja, 2009). Pada ibu hamil kurang energi kronik dapat dilihat dari pengukuran lingkaran lengan atas. Lingkaran lengan atas (LILA) mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh banyak oleh cairan tubuh. Adapun ambang batas lingkaran lengan atas ibu hamil dengan resiko kurang energi kronik di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran lingkaran lengan kurang dari 23,5 cm atau di bagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai resiko kurang energi kronik (Arisman, 2009). Istilah KEK atau Kurang Energi Kronik merupakan istilah lain dari Kurang Energi Protein (KEP) yang diperuntukkan wanita yang kurus dan lemah akibat kurang energi yang kronis, definisi ini dikenalkan oleh World Health Organization

2) Faktor-faktor yang mempengaruhi KEK

Status kesehatan dan gizi ibu kemungkinan sangat berpengaruh terhadap nafsu makannya. Kehamilan dengan jarak yang pendek dengan kehamilan sebelumnya (kurang dari 2 tahun) dapat mempengaruhi status gizi ibu hamil terutama dalam pola pemilihan makanan. Paritas dimana kehamilan memerlukan tambahan zat gizi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah, janin dan plasenta, makin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan akan makin banyak kehilangan cadangan zat gizi tubuh sehingga ibu akan kekurangan zat gizi, dan usia hamil, usia muda perlu tambahan gizi yang banyak karena selain

digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan diri sendiri juga berbagi dengan janin yang dikandung. Sedangkan untuk umur yang tua perlu energi yang besar juga karena fungsi organ yang makin melemah dan diharuskan untuk bekerja maksimal maka memerlukan tambahan energi yang cukup guna mendukung kehamilan yang sedang berlangsung. Faktor-faktor predisposisi yang menyebabkan kurang energi kronis pada ibu hamil yaitu adalah faktor sosial ekonomi (pendapatan keluarga, pendidikan, perilaku/aktivitas), faktor biologis (usia hamil, jarak kehamilan, paritas), faktor pola konsumsi dan faktor perilaku. (Sophia, 2009).

3) Dampak yang ditimbulkan dari ibu hamil KEK

a) Terhadap Ibu : dapat menyebabkan risiko dan komplikasi pada ibu antara lain anemia, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi

(1) Anemia

(a) Definisi

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi (Manuaba, 2010). Anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar Hemoglobin dibawah 11g% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5 g% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Saifuddin, 2010).

(b) Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan

menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut:

Tabel 2 Klasifikasi Anemia

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

(Manuaba, 2010)

(c) Pengaruh Anemia pada Kehamilan dan Janin

Menurut Manuaba (2010), pengaruh anemia pada kehamilan, persalinan, nifas, dan terhadap janin adalah:

((1)) Pengaruh anemia terhadap ibu

Bahaya selama kehamilan:

((a)) Abortus

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Abortus dibedakan menjadi dua yaitu abortus spontan dan buatan. Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa intervensi luar untuk mengakhiri kehamilan sedangkan abortus buatan adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu

bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan. (Saifuddin, 2009)

((b)) Persalinan prematuritas

Prematur adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan neonatus yang dilahirkan terlalu dini (Cunningham, 2010).

Prematur adalah bayi lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan kurang dari 2500 gram untuk masa kehamilan atau di sebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan. (Maryanti, 2011)

((c)) Ketuban pecah dini (KPD)

KPD didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum persalinan dan sebelum 37 minggu (Cunningham, 2010)

((d)) Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi

infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 g\%$), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum.

Bahaya saat persalinan: Gangguan His (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.

Pada kala nifas: Terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae.

((2)) Bahaya anemia terhadap janin.

Sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk: abortus, kematian intrauterin, persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal, dan inteligensia rendah. (Saifuddin, 2009)

(d) Penanganan

Terapi anemia defisiensi besi ialah dengan preparat besi oral atau parenteral. Terapi oral ialah dengan pemberian preparat besi: fero sulfat, fero gluconat atau Na-ferobisitat. 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 bisitat dibandingkan dengan ferosulfat. Kini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 µg asam folat untuk profilaksis anemia (Saifuddin, 2009)

b) Berat badan ibu tidak bertambah

Kekurangan penambahan berat badan pada trimester kedua berdampak pada penurunan berat badan lahir. Gangguan pola makan menyebabkan peningkatan hambatan pertumbuhan janin hingga sembilan kali lipat (Cunningham,2013). Penanganan : perencanaan penambahan gizi yang memungkinkan ibu hamil untuk memenuhi dan mempertahankan status gizi yang optimal,mendorong ibu hamil sepanjang waktu untuk mengembangkan kebiasaan makan yang baik (Arisman,2009)

Tabel 3 Kisaran penambahan berat total yang dianjurkan *Institute of Medicine* 2009 untuk wanita hamil berdasarkan IMT prahamil

Kategori	Penambahan total (kg)	Laju kenaikan BB selama TM II DAN TM III
Berat kurang/KEK (IMT<18,5 kg/m ²)	12,5-18	0,45-0,59
Normal (IMT 18,5-24,9 kg/m ²)	11,5-16	0,36-0,45
Berat badan berlebih (25-19,9 kg/m ²)	7-11,5	0,23-0,32
Obesitas (IMT > 30 kg/m ²)	5-9,1	0,18-0,27

Sumber : *Cunningham, 2013*

c) Penyakit Infeksi

Perubahan imunologi pada kehamilan mempengaruhi respon ibu terhadap infeksi, janin rentan terhadap infeksi apabila daya tahan ibu kurang

(Cunningham,2013). Kehamilan dengan penyakit infeksi dapat menyebabkan kelainan kongenital sehingga memerlukan pengobatan yang intensif dan melakukan gugur kandungan. Misal : infeksi rubella, infeksi sifilis, infeksi toksoplasmosis,dll. (Manuaba, 2012)

b) Terhadap janin: dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan abortus, bayi lahir mati, kelainan kongenital, anemia pada bayi, BBLR (Weni, 2010)

(1) Abortus

Pengeluaran janin atau neonatus yang beratnya kurang dari 500gr (Cunningham,2013). Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Abortus dibedakan menjadi dua yaitu abortus spontan dan buatan. Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa intervensi luar untuk mengakhiri kehamilan sedangkan abortus buatan adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan. (Saifuddin, 2009)

(2) Bayi lahir mati

Bayi dengan hambatan pertumbuhan memiliki angka mortalitas lebih tinggi dibandingkan bayi normal (Gant,2011)

(3) Kelainan kongenital

Merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ jani sejak saat pembuahan. Ibu dengan kekurangan gizi dapat meningkatkan

kemungkinan kelainan organ terutama saat pembentukan organ tubuh.
(Manuaba,2012)

(4) Anemia pada bayi

Anemia dapat terjadi pada bayi prematur. Hal ini akibat dari menurunnya produksi sel darah merah, meningkatnya penghancuran sel darah merah dan kehilangan darah iatrogenik. Anemia pada bayi prematur terjadi disebabkan oleh berkurangnya sel darah merah pada bayi kurang bulan, ditandai oleh penurunan nilai hematokrit, retikulosit dan konsentrasi eritropoetin endogen rendah

(5) BBLR

Kelahiran BBLR adalah indikasi terjadinya defisiensi nutrisi selama proses kehamilan yang dimungkinkan oleh gangguan sistem sirkulasi foetomaternal, dan dilatarbelakangi oleh berbagai faktor risiko salah satunya adalah status gizi kehamilan. (Rasyid dkk, 2012). Ibu hamil yang menderita KEK mempunyai risiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR (Zulhaida,2008)

Penyebab : gizi saat hamil kurang, usia ibu kurang dari 20 tahun/lebih dari 35 tahun, jarak hamil dan bersalin terlalu dekat, penyakit menahun ibu.

4) Pengukuran LILA

Pengukuran LILA pada kelompok wanita usia subur(WUS) adalah salah satu cara deteksi dini yang mudah dan dapat dilaksanakan oleh masyarakat awam, untuk mengetahui kelompok berisiko Kekurangan Energi Kronis (KEK). (Supriasa, 2012). Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain memantau pertambahan berat badan, mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA), dan mengukur kadar Hb. Pertambahan berat badan selama hamil sekitar 10-12kg, pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui apakah seseorang menderita Kurang Energi Kronis(KEK), sedangkan pengukuran kadar Hb untuk mengetahui kondisi ibu apakah ibu menderita anemia gizi. (Weni, 2010)

Di Indonesia batas ambang LILA dengan risiko KEK diperkirakan akan melahirkan bayi BBLR. Bayi baru lahir dengan BBLR akan mempunyai risiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan, dan gangguan perkembangan anak. Untuk mencegah risiko KEK pada ibu hamil sebelum kehamilan wanita usia subur sudah harus mempunyai gizi yang baik, misalnya dengan LILA tidak kurang dari 23,5cm. Apabila LILA itu sebelum hamil kurang dari angka tersebut, sebaiknya kehamilan ditunda sehingga tidak berisiko melahirkan BBLR (Waryana, 2010)

5) Cara mengatasi KEK pada Kehamilan

Strategi Intervensi gizi mengacu pada 4 kategori yaitu, penyediaan makanan, konseling/edukasi, kolaborasi dan koordinasi dengan tenaga kesehatan dan tenaga lintas sektor terkait.

a) Penyediaan makanan

Diawali dengan perhitungan kebutuhan dan pemberian diet dapat berupa diselenggarakan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan. PMT

Pemulihan bagi ibu hamil dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari. PMT dimaksud berbasis bahan makanan lokal dengan menu khas daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat. Diberikan selama 90hari berturut-turut (Gizi Kemenkes, 2012)

b) **Konseling/edukasi gizi**

Membantu ibu hamil KEK memperbaiki status gizinya melalui penyediaan makanan yang optimal agar tercapai berat badan standar.

c) **Kolaborasi dan koordinasi dengan tenaga kesehatan dan tenaga lintas sektor terkait**

Jika dalam pelaksanaan intervensi gizi ibu hamil mendapat kendala untuk melaksanakan praktik pemberian makannya, maka tenaga gizi dapat berkolaborasi dengan tenaga masyarakat.

d) **Monitoring dan evaluasi**

Untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan kemajuan status gizi ibu hamil KEK dalam melaksanakan praktik pemberian makan ibu hamil. indikator monitoring evaluasi meliputi kenaikan BB, perbaikan hasil lab. (Gizi Kemenkes, 2012)

2. Tinjauan Teori Kebidanan Persalinan

a. Pengertian

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, 2012)

b. Tahap-Tahap Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan *serviks*, hingga mencapai pembukaan lengkap (10cm) (Prawiroharjo, 2009). Persalinan kala I menurut Rustam Mochtar dibagi menjadi dua fase, yaitu :

- (1) 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, 2011).
- (2) Fase aktif (pembukaan *serviks* 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam.

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).

Menurut Klein dkk, 2012, ibu akan mulai mengejan untuk melahirkan bayinya saat pembukaan *serviks* ibu lengkap dan ia memiliki dorongan kuat untuk mengejan. Tanda yang menunjukkan kala II sudah dekat atau mulai terjadi adalah:

- a) Ibu merasakan dorongan tak terkendali untuk mengejan (ia mungkin mengatakan ia ingin mengejan). Ia mungkin menahan napasnya atau seperti mendengkur selama kontraksi
- b) Kontraksi menjadi lebih sering, kontraksi semakin kuat

- c) Genetalia eksterna atau anus ibu mulai menonjol selama kontraksi
- d) Ibu merasakan kepala bayi mulai masuk vagina

Penatalaksanaan Kala II, yaitu :

- a) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan menjaga kebersihan ibu, mengipasi untuk menambah kenyamanan ibu
- b) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu
- c) Mengatur posisi ibu. Dalam membimbing meneran dapat dipilih posisi berikut : jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk
- d) Menjaga kandung kemih tetap kosong
- e) Memberikan minum yang cukup (Saifuddin, 2009).

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. (Prawiroharjo, 2009). Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Penatalaksanaan aktif kala III, meliputi (Saifuddin, 2009):

- a) Jepit dan gunting talipusat sedini mungkin
- b) Pemberian oksitosin dengan segera

- c) Melakukan penegangan talipusat terkendali atau PTT
- d) Masase fundus lahir (massase fundus *uteri*)

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut. (Prawiroharjo, 2009).

a) Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

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

b) Laserasi Perineum

Menurut Hellen Varney, dkk 2007, laserasi perineum dibedakan menjadi 4 yaitu :

- (1) Laserasi derajat I adalah laserasi yang melibatkan mukosa vagina, *fourchette* posterior, dan kulit perineum
- (2) Laserasi derajat II adalah laserasi yang melibatkan mukosa vagina, *fourchette* posterior, kulit perineum, dan otot-otot perineum
- (3) Laserasi derajat III adalah laserasi yang melibatkan mukosa vagina, *fourchette* posterior, kulit perineum, otot-otot perineum, dan sfingter ani ekstrena
- (4) Laserasi derajat IV adalah laserasi yang melibatkan mukosa vagina, *fourchette* posterior, kulit perineum, otot-otot perineum, sfingter ani ekstrena dan dinding rectum anterior.

Menurut penelitian Linda Rofiasari 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 (angka kejadian)			
	Derajat I	Derajat II	Derajat III	Total
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

c. KEK terhadap Persalinan

Kurang Energi Kronik dapat menyebabkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (prematuur), dan persalinan dengan operasi, serta perdarahan pasca persalinan yang sulit (Weni, 2010)

1) Persalinan Sulit dan Lama

Hal ini dapat disebabkan oleh kekuatan ibu untuk mengejan kurang karena kelelahan selama kala kedua, rahim ibu yang kekurangan gizi akan menyebabkan his lemah, pendek dan jarang dari his normal sehingga persalinan menjadi sulit dan lama (Manuaba, 2012)

Penanganan : memberikan rehidrasi dengan cairan glukosa sehingga kelelahan dapat diatasi, induksi dengan infus oksitosin 10iu dengan tetesan 12 tetes/menit

2) Persalinan prematur

Kelahiran kurang bulan atau prematur adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan neonatus yang dilahirkan terlalu dini. Berat badan lahir rendah mengacu pada kelahiran dengan berat 500-2500 gram dan berat badan lahir sangat rendah mengacu pada kelahiran dengan berat 500-1500 gram. (Cunningham, 2013)

3) Persalinan dengan Operasi

Tindakan operasi dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi(Manuaba, 2012)

4) Perdarahan

Perdarahan yang terjadi 24jam setelah persalinan. Ada banyak penyebab perdarahan postpartum yaitu, atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir.

Penanganannya :

- 1) atonia uteri: masase fundus uteri, memberikan uterotonika, kompresi uterus bimanual
- 2) retensio plasenta: dilakukan pengeluaran plasenta secara manual
- 3) sisa plasenta: dilakukan pengeluaran membran dengan tangan yang memakai sarung tangan
- 4) robekan jalan lahir: melakukan penjahitan kembali pada sumber perdarahan (Manuaba, 2012)

3. Tinjauan Teori Kebidanan Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. (Varney, dkk 2007). Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. (Saifuddin, 2009)

b. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama masa nifas

Tabel 5 Perubahan pada Uterus selama 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

Sumber: Mochtar, 2011

c. Lochea

Tabel 6 Perbedaan Masing-Masing Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lunago, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender

Serosa	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Marmi, 2012

d. Cara merawat luka perineum

Lakukan perawatan perineum pada saat mandi, setelah BAK, BAB dari depan ke belakang. Perawatan sebaiknya dilakukan dikamar mandi dengan posisi ibu jongkok. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari 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

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 (Sulistiyowati, 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.

h. Pengaruh KEK terhadap masa Nifas

Ibu menyusui dengan diit yang adekuat tentu status gizinya baik. Hal tersebut akan berpengaruh pada kualitas dan kuantitas produksi ASI sehingga kecukupan nutrisi pada bayi terpenuhi dan bayi akan tumbuh berkembang secara optimal. Lain halnya dengan ibu menyusui dengan diit yang tidak adekuat maka akan mengakibatkan gizi buruk. Jika gizi ibu menyusui buruk akan sangat berpengaruh terhadap kualitas dan kuantitas produksi ASI maka hal ini dapat menyebabkan gangguan tumbuh kembang bayi berupa bayi mudah sakit, bayi mudah terkena infeksi, angka kesakitan dan kematian bayi tinggi, dan defisiensi vitamin A dan D. Jumlah produksi ASI bergantung pada besarnya cadangan lemak yang tertimbun selama hamil dan dalam batas tertentu diit selama menyusui. Rata-rata volume ASI ibu berstatus gizi baik sekitar 700-

800cc, sementara mereka yang berstatus gizi kurang hanya berkisar 500-600cc (Banudi, 2013)

Jika status gizi ibu menyusui normal disertai konsumsi zat gizi berkualitas dan berkuantitas, ibu menyusui akan sehat optimal dan produktif serta produksi ASI cukup dan bayi/anak akan sehat optimal (tumbuh kembang normal) juga cerdas jika status gizi ibu menyusui kurang dan konsumsi zat gizi kurang, baik kualitas maupun kuantitas maka:

- 1) Ibu menyusui menjadi kurus dan tidak produktif
- 2) Produksi ASI tidak mencukupi
- 3) Ibu akan mudah sakit
- 4) Osteoporosis (Banudi, 2013)

4. Tinjauan Teori Kebidanan Pre Eklampsia Perinatal

a. Definisi

Perinatal adalah masa kehamilan 28 minggu sampai bayi lahir dan berusia 7 hari. Preeklampsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria, yang timbul karena kehamilan (Prawirohardjo, 2009). Pre-Eklampsi dan Eklampsi merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin, dan selama masa nifas, yang terdiri atas trias gejala, yaitu hipertensi, proteinuria, dan edema, kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma. Ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskular atau hipertensi sebelumnya (Yulaikhah, 2008)

b. Etiologi

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui secara pasti. Banyak teori yang menerangkan namun belum dapat memberi jawaban yang memuaskan. Teori yang dewasa ini dikemukakan adalah teori iskemi plasenta (Prawirohardjo, 2009). Hubungan system imun dengan Pre-Eklamsi menunjukkan bahwa faktor-faktor imunologi memainkan peran penting dalam perkembangan Pre-Eklamsi. Keberadaan protein asing, plasenta, atau janin bisa membangkitkan respons imunologis lanjut. Teori ini didukung oleh peningkatan insiden Pre-Eklamsi-Eklamsi pada ibu baru (pertama kali terpapar jaringan janin) dan pada ibu hamil dari pasangan yang baru (materi genetik berbeda) (Bobak, 2005). Ibu pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum. Ibu yang mempunyai tanda-tanda klinis hipertensi akibat kehamilan masih beresiko untuk mengalami eklamsia pada beberapa jam atau beberapa hari setelah persalinan, meskipun hal ini jarang terjadi pada populasi normal. Pemantauan tekanan darah harus terus dilakukan pada ibu yang menderita hipertensi antenatal dan penatalaksanaan pascapartum disesuaikan dengan kondisi individu. Bagi para ibu ini, nasihat medis diberikan untuk menentukan batas tekanan sistolik dan diastolik yang optimal, disertai instruksi penanganan dengan menggunakan obat antihipertensi jika tekanan darah melebihi batas yang telah ditentukan. Kadang-kadang, ibu dapat mengalami pre-eklampsia pascanatal meskipun tidak memiliki masalah antenatal yang terkait dengan pre-eklampsia. Oleh karena itu, jika seorang ibu pascapartum menunjukkan tanda yang berhubungan dengan pre-eklampsia, bidan harus waspada terhadap

kemungkinan tersebut dan harus melakukan observasi tekanan darah dan urine dan mencari bantuan medis (Fraser, 2009)

c. Diagnosis

1) Preeklampsia ringan

- a) Tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan darah
- b) diastolik 90-110 mmHg
- c) Proteinuria minimal ($< 2\text{g/L}/24\text{ jam}$)
- d) Tidak disertai gangguan fungsi organ

2) Preeklampsia berat

Preeklampsia digolongkan preeklampsia berat bila ditemukan satu atau lebih gejala sebagai berikut :

- (a) Tekanan darah sistolik $\geq 160\text{ mmHg}$ dan tekanan darah diastolik $\geq 110\text{ mmHg}$.
- (b) Proteinuria ($>5\text{g}/24\text{ jam}$) atau 4+ pada pemeriksaan kualitatif.
- (c) Oliguria (urin kurang dari $500\text{ cc}/24\text{ jam}$).
- (d) Kenaikan kadar kreatinin plasma.
- (e) Keluhan serebral, gangguan penglihatan.
- (f) Nyeri abdomen pada kuadran kanan atas atau daerah epigastrium

(Prawirohardjo, 2009)

Tabel 7 Pemeriksaan penunjang Pre Eklampsia

No	Test Diagnostik	Penjelasan
1	Hemoglobin dan hematokrit	Peningkatan Hb dan Ht berarti : 1. Adanya hemokonsentrasi yang mendukung diagnosis PE 2. Menggambarkan beratnya hipovolemia

3. Nilai ini akan menurun bila terjadi hemolisis	
2 Morfologi sel darah merah pada apusan darah tepi	Untuk menentukan : – adanya mikroangiopatik hemolitik anemia – Morfologi abnormal eritrosit : schizocytosis dan spherocytosis
3 Trombosit	Trombositopenia menggambarkan PE berat
4 Kreatinin serum Asam Urat serum Nitrogen Urea Darah (BUN)	Peningkatan menggambarkan : – Beratnya hipovolemia – Tanda menurunnya aliran darah ke ginjal – Oliguria – Tanda PE berat
5 Transaminase serum	Peningkatan Transaminase serum menggambarkan PE berat dengan gangguan fungsi hepar
6 Lactic Acid Dehidrogenase (LDH)	Menggambarkan adanya hemolisis
7 Albumin serum dan faktor koagulasi	Menggambarkan kebocoran endotel dan kemungkinan koagulopati

Sumber : Anonim, 2008

d. Penatalaksanaan

Menurut Anonim(2008) tujuan dasar dari penatalaksanaan preeklampsia adalah:

- 1) terminasi kehamilan dengan kemungkinan setidaknya terdapat trauma pada ibu maupun janin
- 2) kelahiran bayi yang dapat bertahan
- 3) pemulihan kesehatan lengkap pada ibu

Persalinan merupakan pengobatan untuk preeklampsia. Jika diketahui atau diperkirakan janin memiliki usia gestasi preterm, kecenderungannya adalah mempertahankan sementara janin di dalam uterus selama beberapa minggu untuk menurunkan risiko kematian neonatus.

Khusus pada penatalaksanaan preeklampsia berat (PEB), penanganan terdiri dari penanganan aktif dan penanganan ekspektatif. Wanita hamil dengan PEB umumnya dilakukan persalinan tanpa ada penundaan. Pada beberapa tahun terakhir, sebuah pendekatan yang berbeda pada wanita dengan PEB mulai

berubah. Pendekatan ini mengedepankan penatalaksanaan ekspektatif pada beberapa kelompok wanita dengan tujuan meningkatkan luaran pada bayi yang dilahirkan tanpa memperburuk keamanan ibu.

Adapun terapi medikamentosa yang diberikan pada pasien dengan PEB antara lain adalah:

1) tirah baring

2) oksigen

3) kateter menetap

4) cairan intravena. Cairan intravena yang dapat diberikan dapat berupa kristaloid maupun koloid dengan jumlah input cairan 1500 ml/24 jam dan berpedoman pada diuresis, insensible water loss, dan central venous pressure (CVP). Balans cairan ini harus selalu diawasi. (Anonim, 2008)

5) Magnesium sulfat ($MgSO_4$)

Obat ini diberikan dengan dosis 20 cc $MgSO_4$ 20% secara intravena loading dose dalam 4-5 menit. Kemudian dilanjutkan dengan $MgSO_4$ 40% sebanyak 30 cc dalam 500 cc ringer laktat (RL) atau sekitar 14 tetes/menit.

Magnesium sulfat ini diberikan dengan beberapa syarat, yaitu:

a) refleks patella normal

b) frekuensi respirasi $>16x$ per menit

c) produksi urin dalam 4 jam sebelumnya $>100cc$ atau $0.5 cc/kgBB/jam$

d) disiapkannya kalsium glukonas 10% dalam 10 cc sebagai antidotum. Bila nantinya ditemukan gejala dan tanda intoksikasi maka kalsium glukonas tersebut diberikan dalam tiga menit.

Cara pemberian magnesium sulfat pada pasien Pre-Eklamsi berat menurut Cunningham (2010) yaitu:

- (1) Berikan dosis bolus 4 sampai 6 gram magnesium sulfat yang diencerkan dalam 100 ml cairan intravena dan diberikan dalam 15-20 menit.
- (2) Mulai infus rumatan dengan dosis 2 gram/jam dalam 100 ml cairan intravena.
- (3) Magnesium sulfat dihentikan 24 jam setelah bayi lahir

6) Antihipertensi

Antihipertensi diberikan jika tekanan darah diastolik >110 mmHg. Pilihan antihipertensi yang dapat diberikan adalah nifedipin 10 mg. Setelah 1 jam, jika tekanan darah masih tinggi dapat diberikan nifedipin ulangan 10 mg dengan interval satu jam, dua jam, atau tiga jam sesuai kebutuhan. Penurunan tekanan darah pada PEB tidak boleh terlalu agresif yaitu tekanan darah diastol tidak kurang dari 90 mmHg atau maksimal 30%. Penggunaan nifedipin ini sangat dianjurkan karena harganya murah, mudah didapat, dan mudah mengatur dosisnya dengan efektifitas yang cukup baik.

e. Pertambahan Berat Badan Dengan Kejadian Preeklampsia

Pada penelitian yang dilakukan Roberts et al (2011) menunjukkan apabila pada ada ibu hamil dengan pertambahan berat badan berlebih akan menghasilkan lemak berlebih pula. Lemak tersebut akan menghasilkan CRP (Protein C-Reaktif) dan sitokin inflamasi (IL 6) yang lebih pula. CRP merupakan reaktan fase akut yang dibuat di jaringan adiposa dan akan

meningkat pada awal kehamilan. Oksidatif stress bersama dengan zat toksik yang berasal dari lemak berlebih akan merangsang terjadinya kerusakan endotel pada pembuluh darah yang disebut dengan disfungsi endotel. Pada disfungsi endotel terjadi ketidakseimbangan zat-zat gizi yang bertindak sebagai vasodilatator dengan vasokonstriktor (Endotelin I, tromboksan, Angiotensi II) sehingga akan terjadi vasokonstriksi yang luas dan terjadilah hipertensi (Hillary et al, 2007). Dampak vasospasme yang berkelanjutan akan menyebabkan kegagalan pada organ seperti ginjal (proteinuria, gagal ginjal), iskemi hepar, dan akan menyebabkan preeklampsia (Lindheimer et al, 2008). Berdasarkan penelitian Cedergren (2007) diperoleh data dimana ibu hamil dengan penambahan berat badan sebesar 5-7 kg semasa kehamilan terdapat 8% menderita preeklampsia, peningkatan berat badan ibu hamil sebesar 7,5-12,5 kg terdapat 10% menderita preeklampsia, penambahan berat badan sebesar 12,5-17,5 kg terdapat 12% menderita preeklampsia dan berat badan ibu hamil dengan penambahan berat badan >17 kg terdapat 17% menderita preeklampsia. Dan menurut Luealon, et al (2010) resiko preeklampsia bertambah seiring bertambahnya berat badan ibu sewaktu hamil, terdapat 16,3% kasus.

Data persebaran graviditas yang berisiko menderita preeklampsia, terdapat sebanyak 27 kehamilan primigravida menderita preeklampsia dan sebanyak 16 kehamilan primigravida tidak menderita preeklampsia. Sebanyak 23 kehamilan multigravida menderita preeklampsia dan 34 kehamilan multigravida tidak menderita preeklampsia. Berdasarkan hasil uji Regresi

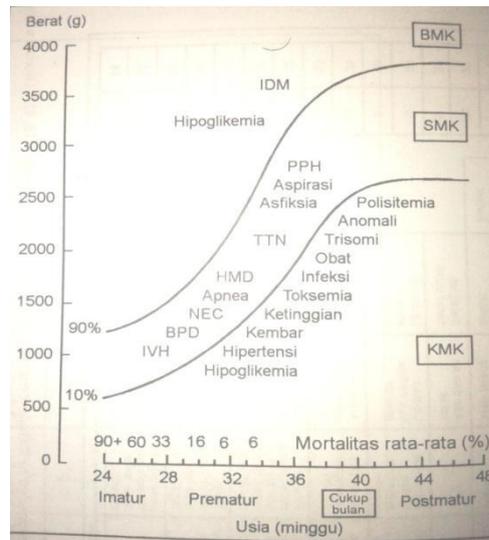
Linier graviditas dan preeklampsia didapatkan hasil significancy 0,129 ($p=0,129$), karena nilai $p>0,05$ maka dapat diambil kesimpulan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara graviditas dengan kejadian preeklampsia (Dahlan, 2011).

5. Tinjauan Teori Kebidanan Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan antara 2500 gram sampai 4000 gram nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi segera setelah lahir sampai usia 4 minggu (Manuaba, 2013)

- 1) Menurut kongres *European Perinatal Medicine* ke II di London (1970) memberikan definisi untuk:
- 2) Bayi Kurang Bulan adalah bayi dengan kehamilan kurang dari 37 minggu atau 259
- 3) Bayi Cukup Bulan adalah bayi yang masa kehamilannya mulai dari 37 minggu sampai 42 minggu atau 259 hari sampai 293 hari
- 4) Bayi Lebih Bulan adalah bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih dari 294 hari.



Gambar 1 Kondisi yang Terkait dengan Kategori Berat Lahir Dilihat dari Usia Kehamilan Menurut Varney dkk, 2009

b. Tanda-Tanda Bayi Lahir Sehat

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

- 1) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 2) Umur kehamilan 37 – 40 mg
- 3) Bayi segera menangis
- 4) Bergerak aktif, kulit kemerahan
- 5) Mengisap ASI dengan baik
- 6) Tidak ada cacat bawaan

c. 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 (Prawiroharjo, 2009).

2) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan.(Prawiroharjo, 2009).Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum, yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. (Prawiroharjo, 2010)

3) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Prawiroharjo, 2010).Menurut Cunningham, dkk 2006 bayi baru lahir dianjurkan untuk menyusu dalam 12 jam pertama *postpartum*.

4) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonates (Prawiroharjo, 2009).Vitamin K diberikan intramuscular pada paha anterolateral kanan (Varney dkk, 2009).

5) Pemberian Salep Mata

Menurut Prawiroharjo, 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.

6) Memberikan 0,5 ml (10 mcg) vaksin hepatitis B pada paha anterolateral kiri
(Varney dkk, 2009)

d. Pemeriksaa tanda-tanda vital bayi normal

Respirasi : 30-60 kali permenit

Denyut jantung :120-160 kali per menit (Cunningham, 2013)

Suhu : 36,5-37,5 °C (Manuaba, 2013)

e. Pemeriksaan Antopometri

Berat badan : 2500-4000 gram

Panjang Badan : 45-53 cm

Lingkar kepala : 33-35 cm (Manuaba, 2013)

Lingkar dada : 30-38 cm (prawiroharjo, 2010)

f. Pemeriksaan fisik

Kepala : apakah ada mesoshepal, molase, caput sukedaneum, cepal hematoma (prawiroharjo, 2010)

Mata : bentuk simetris, refleks mengedip (bobak, 2005)

Hidung : apakah bayi dapat bernapas dengan mudah melalui hidung, ada cuping atau tidak (Klein dkk, 2012)

Mulut : apakah ada labiokisis atau palatokisis (Klein dkk, 2012)

Telinga : apakah sejajar dengan mata, bila bayi memiliki telinga berletak rendah atau telinga yang tidak sama berarti memiliki masalah lain dalam tubuh bayi (Klein dkk, 2012)

Leher : apakah terdapat pembengkakan dan benjolan dileher (Klein dkk, 2012)

Dada : apakah ada retraksi dinding dada (Klein dkk, 2012)

Genetalia dan anus : pada wanita pastikan mempunyai bibir luar dan dalam, pastikan anus ada lubang dan tidak tertutup kulit (Klein dkk, 2012).

g. 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).

h. Pola makan dan kenaikan berat badan

Dalam 3-5 hari pertama kehidupan, bayi baru lahir kehilangan berat badan sebanyak 5%-10% dari berat lahirnya. Bayi yang minum ASI kehilangan berat badan lebih banyak. Berat lahir harus dicapai kembali pada hari ke 10 kehidupan (Varney dkk, 2009).

i. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Pelayanan kesehatan diberikan oleh

dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di puskesmas atau melalui kunjungan rumah. 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 talipusat, penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi HB-0 diberikan pada saat kunjungan rumah sampai bayi berumur 7 hari (bila tidak diberikan pada saat lahir) (Kemenkes RI, 2010).

Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 apabila tidak diberikan pada saat lahir dan manajemen terpadu bayi muda).

Neonatus adalah bayi berumur 0-28 hari (Kemenkes Jateng, 2010)

j. Hubungan KEK dengan Bayi Baru Lahir

1) Pengaruh KEK terhadap BBLR

Kenaikan berat badan ibu, selama kehamilan trisemester 1 mempunyai peranan yang sangat penting, karena periode ini janin dan plasenta dibentuk. Kegagalan kenaikan berat badan ibu pada trisemester 1 dan 2 akan meningkatkan bayi BBLR. Hal ini disebabkan adanya KEK yang mengakibatkan ukuran plasenta kecil dan kurangnya suplai zat-zat makanan ke janin. Bayi BBLR mempunyai risiko kematian lebih tinggi daripada bayi cukup bulan. Kekurangan zat gizi pada ibu lebih cenderung mengakibatkan BBLR atau kelainan yang bersifat umum daripada menyebabkan kelainan anatomik yang spesifik. Kekurangan zat gizi

pada ibu yang lama dan berkelanjutan selama masa kehamilan akan berakibat lebih buruk pada janin daripada malnutrisi akut (Soetjiningsih, 2009).

Akibat lain dari KEK adalah kerusakan struktur SSP (Sistem Saraf Pusat) terutama pada tahap pertama pertumbuhan otak (hiperplasia) yang terjadi selama dalam kandungan. Dikatakan bahwa masa rawan pertumbuhan sel-sel saraf adalah adalah trisemester 3 kehamilan sampai sekitar 2 tahun setelah lahir. Kekurangan gizi pada masa dini perkembangan otak akan menghentikan sintesis protein dan DNA. Akibatnya adalah berkurangnya pertumbuhan otak, sehingga lebih sedikit sel-sel otak yang berukuran normal. Dampaknya akan terlihat pada struktur dan fungsi otak pada masa kehidupan mendatang, sehingga berpengaruh pada intelektual anak (Soetjiningsih, 2009)

Pemberian suplementasi makanan kepada ibu hamil akan mengurangi kematian perinatal dan kenaikan berat badan bayi. Sedangkan mekanisme terjadinya BBLR pada ibu hamil yang menderita KEK adalah sebagai berikut

Gambar 2 Kaitan KEK dengan BBLR

(Sumber: Soetjiningsih, 2009)

2) Pengaruh KEK terhadap nilai apgar

Kenaikan berat badan ibu, selama kehamilan trisemester 1 mempunyai peranan yang sangat penting, karena periode ini janin dan plasenta dibentuk (Soetjiningsih, 2009). Adanya KEK yang mengakibatkan ukuran plasenta kecil dan kurangnya suplai zat-zat makanan ke janin (Soetjiningsih, 2009)

Menurut Klaus dan Fanaroff (1993) dalam Agni 2012, asfiksia intrapartum disebabkan oleh bayi yang tidak mendapatkan dukungan plasenta yang adekuat hingga masa akhir intrauteri, sehingga tidak ada masukan glukosa dari ibu, persediaan karbohidrat rendah, dan oksigenasi terbatas. Hal ini tercermin pada nilai apgar yang rendah. Bayi baru lahir yang tidak mendapat dukungan plasenta secara adekuat untuk tumbuh secara normal pada minggu-minggu terakhir kehamilan tampaknya tidak dapat mentoleransi kelahiran dengan baik saat aliran plasenta (dan oksigen persalinan) berkurang akibat kontraksi uterus.

4. Tinjauan Teori Kebidanan Keluarga Berencana

a. Pengertian

Alat kontrasepsi adalah alat yang digunakan untuk mengendalikan angka kelahiran dalam keluarga berencana (KB), yang meliputi cara-cara alamiah, sterilisasi dan cara untuk mencegah bertemunya sel sperma dengan sel telur (Hartanto, 2007). Tahap awal adalah konseling, Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan

sesuai dengan pilihannya, di samping itu dapat membuat klien merasa lebih puas (Sarwono, 2007)

b. Jenis-jenis KB

1) Pil Progestin

Kerja utama POP dianggap menebalkan lendir serviks sehingga mempersulit penetrasi sperma, dan memodifikasi endometrium sehingga menghalangi implantasi; selain itu juga mempunyai efek yang beragam pada tuba uterina. (Myles, 2009)

Manfaat dapat digunakan saat menyusui; dapat mengurangi gejala pramenstruasi (Guillebaud 1999); perlindungan terhadap PID; manfaat lain meliputi kemampuannya melindungi dari resiko kanker endometrium dan ovarium (Fraser 1995). (Myles, 2009)

Kerugiannya meliputi perdarahan yang tidak teratur, kadang-kadang memanjang, oligomenorea, atau amenorea; kista ovarium fungsional. (Myles, 2009), diminum setiap hari; tidak ada hari tanpa pil sehingga tablet diminum sepanjang periode.

2) AKDR

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

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, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat

reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi, dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

Menurut Affandi (2012) yang dapat menggunakan IUD antara lain usia reproduktif, keadaan nullipara, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya, setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, resiko rendah dari IMS, tidak menghendaki KB hormonal, tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari dan tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.

Menurut Affandi (2012) efek samping penggunaan IUD antara lain perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, saat haid lebih sakit, merasakan sakit hingga kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia dan perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar).

3) Suntik Progestin

Metode suntikan progesteron bersifat *irreversible* sehingga beragam efek samping meliputi ketidaknyamanan pada payudara, mual, muntah, depresi, atau perubahan suasana hati. Efek utama yang sering terjadi adalah

menstruasi yang tidak teratur, peningkatan berat badan, dan kemungkinan berhubungan dengan penurunan kepadatan tulang. (Myles, 2009)

Suntikan KB tidak mengganggu kelancaran air susu ibu (ASI). Suntikan KB mungkin dapat melindungi ibu dari anemia (kurang darah), memberi perlindungan terhadap radang panggul dan untuk pengobatan kanker bagian dalam rahim(Saifuddin, 2010)

4) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Disetujui oleh FDA tahun 2006, *Implanon* (Organon, Roseland NJ) merupakan implan subdermal satu batang yang mengandung 68 mg progestin etonogestrel (ENG), dan dilapisi ethylene vinil acetate. Implan di tempatkan di permukaan medial lengan atas 6 sampai 8 cm dari siku pada lekukan biceps dalam 5 hari awitan menstruasi. (Williams, 2009)

Progestin dilepaskan secara terus-menerus untuk menekan ovulasi sebagai aksi kontraseptif primer, walaupun penebalan mukus serviks dan atrofi endometrium menambah manfaatnya. (Williams, 2009)

c. KB dalam Islam

Keluarga berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kelahiran. Masalah keluarga berencana merupakan suatu usaha untuk membangun keluarga sebagai unit dasar masyarakat dimana orangtua menunaikan tanggung jawab luhur, melahirkan, merawat, mengasuh, dan mendidik anak. Sebagaimana diingatkan Allah dalam Al-Qur'an S. An Nisa ayat 9, yang artinya :

“ Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan dibelakang mereka anak-anak yang lemah,yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) mereka oleh sebab itu hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar”

Untuk membatasi kelahiran tersebut menggunakan metode kontrasepsi KB yang umumnya dapat dibagi dua yaitu:

- 1) Metode kontrasepsi tanpa alat yaitu : a. Dengan hubungan seksual terputus (coitus interruptus),b. Melakukan pantang berkala dengan menggunakan sistem kalender. Metode ini hampir semua agama memperbolehkan
- 2) Metode kontrasepsi dengan alat yang intinya menghalangi bertemunya sperma dengan sel telur. Metode ini dapat menggunakan alat seperti condom,IUD,suntik,implan/susuk, atau melalui proses operasi yaitu dengan pemotongan saluran sperma atau saluran telur. MUI menyampaikan pandangan Islam terhadap hal ini sebagai berikut :
 - a) Suntik dan implan boleh digunakan dan tidak dilarang
 - b) IUD juga boleh digunakan dengan syarat dilakukan oleh dokter perempuan, sebagaimana tertuang dalam fatwa MUI 30 Oktober 1983
 - c) Pemutusan saluran (vasectomi dan tubectomi) dalam fatwa MUI 30 Oktober diharamkan karena mempunyai sifat permanen,sebagai illat/sebabnya.

Ada lima hukum yang berkaitan dengan penggunaan alat kontrasepsi :

- 1) Masalah cara kerjanya, apakah mencegah kehamilan atau menggugurkan kehamilan
- 2) Sifatnya, apakah hanya pencegah kehamilan sementara atau bersifat pemandulan permanen
- 3) Masalah pemasangannya, bagaimana dan siapa yang memasang alat kontrasepsi tersebut
- 4) Implikasi alat kontrasepsi terhadap kesehatan penggunanya
- 5) Masalah bahan yang digunakan untuk membuat alat kontrasepsi tersebut

Alat kontrasepsi yang dibenarkan oleh islam adalah mencegah kehamilan, bersifat sementara, dan dapat dipasang sendiri yang bersangkutan atau orang lain yang tidak haram memandang auratnya, tetapi dalam keadaan darurat diperbolehkan. selain itu, bahan pembuatannya harus halal.

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

1. Pengertian Manajemen asuhan kebidanan

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 (Kepmenkes no 369/menkes/SK/III/2007).

Manajemen asuhan kebidanan yang digunakan adalah sesuai dengan KEPMENKES Nomor 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. Langkah-Langkah Asuhan Kebidanan

Langkah-langkah asuhan kebidanan sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang tertuang dalam 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. Standar asuhan kebidanan terdiri dari 6 standar, yaitu:

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, psikologis, dan pemeriksaan penunjang)

b. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1) Pernyataan Standar

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

2) Kriteria Perumusan Diagnosa

- 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) 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

d. Standar IV : Implementasi

1) Pernyataan Standar

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

2) Kriteria

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*informed consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/ pasien dalam setiap tindakan
- e) Menjaga privasi 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

e. Standar V : Evaluasi

1) Pernyataan Standar

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

2) Kriteria Evaluasi

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau 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 lengkap, 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 penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/ *follow up* dan rujukan