

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu keadaan di dalam rahim seorang wanita terdapat hasil *konsepsi* (pertemuan *ovum* dan *spermatozoa*). Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat yang telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat sangat besar kemungkinannya akan mengalami kehamilan (Yanti, 2017).

b. Fisiologi Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambungan dan terdiri dari *ovulasi*, migrasi *spermatozoa* dan *ovum*, *konsepsi* dan pertumbuhan *zigot*, *nidasi (implantasi)* pada *uterus*, pembentukan *plasenta*, dan tumbuh kembang hasil *konsepsi* sampai *aterm* (Manuaba, dkk., 2016).

1) Konsepsi

Konsepsi adalah peristiwa bertemunya sel telur (*ovum*) dengan *sperma*. *Konsepsi* juga disebut dengan *fertilisasi* atau pembuahan. Jika senggama terjadi sekitar masa *ovulasi* atau yang disebut masa subur wanita, kemungkinan sel *sperma* dalam saluran reproduksi wanita akan bertemu dengan sel telur wanita yang baru dikeluarkan pada saat *ovulasi*. Pertemuan atau penyatuan sel telur dan

sel *sperma* inilah yang disebut sebagai *fertilisasi* atau pembuahan (Sutanto & Fitriana, 2017).

2) *Ovum* dan *Sperma*

Sel telur (*ovum*) adalah sel reproduksi yang dihasilkan dari *ovarium* pada perempuan. *Ovum* berisi satu set DNA *haploid*, setengah DNA diperlukan untuk kode seluruh organisme. Ketika bertemu dengan *gamet* jantan, *ovum* dibuahi, kemudian berubah menjadi *zigot* yang selanjutnya berkembang menjadi *embrio*, janin dan akhirnya tumbuh organisme dewasa. *Ovum* seperti yang dikenal dalam bentuk jamak, *ovum* juga disebut sebagai *oosit*.

Sperma adalah sel jantan yang bertugas membuahi sel telur wanita agar pembuahan dan kehamilan dapat terjadi. Sel *sperma* manusia adalah sel sistem reproduksi utama dari laki-laki. Sel *sperma* memiliki jenis kelamin laki-laki atau perempuan. *Sperma* berbentuk seperti kecebong dan terbagi menjadi 3 bagian yaitu kepala, leher dan ekor. Kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (*nukleus*). Bagian leher menghubungkan kepala dengan bagian tengah. Sedangkan ekor berfungsi untuk bergerak maju, panjang ekor sekitar 10 kali bagian kepala. Pada pria dewasa normal, proses *spermatogenesis* terus berlangsung sepanjang hidup, walaupun kualitas dan kuantitasnya makin menurun dengan bertambahnya usia (Sutanto & Fitriana, 2017).

3) *Fertilisasi*

Penyatuan *ovum* dan *sperma* saat *fertilisasi* merupakan salah satu proses terpenting dan paling menarik dalam biologi. Peristiwa *ovulasi* akan membebaskan *oosit* sekunder dan sel-sel *adheren* kompleks *kumulus-oosit* dari

ovarium. Meskipun secara teknis masa sel ini dilepaskan ke dalam rongga *peritonium*, oosit segera diambil oleh *infundibulum tuba uterina*. Pemindahan oosit melalui *tuba uterina* selanjutnya dilakukan oleh pergerakan *silia* ke satu arah dan *peristalsis tuba*. *Fertilisasi* umumnya terjadi di *tuba uterina*, dan sudah disepakati banyak ahli bahwa *fertilisasi* harus terjadi dalam beberapa jam dan tidak lebih dari satu hari *pasca ovulasi*.

Tahap-tahap *fertilisasi* sangat kompleks. Mekanisme molekular membuat *spermatozoa* dapat melewati sel-sel *folikular*, menembus *zona pelusida*, dan masuk ke *sitiplasma oosit* untuk membentuk *zigot*. Saat terjadinya peristiwa perkembangan dini manusia dinyatakan dalam hari atau minggu *pasca fertilisasi* yaitu *pascakonsepsi*. Sebaliknya, dalam sebagian besar penghitungan kehamilan klinis dilakukan dari mulainya periode menstruasi terakhir. Sebab, panjang siklus fase *folikular* lebih bervariasi dibandingkan fase *luteal*. Karena itu 1 minggu *pasca fertilisasi* setara dengan sekitar 3 minggu sejak periode menstruasi terakhir dengan siklus teratur 28 hari (Sutanto & Fitriana, 2017).

4) *Implantasi*

Implantasi embrio ke dalam dinding rahim merupakan gambaran umum yang ditemukan pada semua mamalia. Pada wanita, *implantasi* terjadi 6 atau 7 hari *pasca fertilisasi*. Untuk mencapai keberhasilan *implantasi*, diperlukan *endometrium reseptif* yang telah disensitisasi *estrogen* dan *progesteron*. Penerimaan *uterus* terhadap *blastokista* dibatasi hingga hari ke 20-24 siklus. Keterlekatan *blastokista* ke *epitel* dimediasi oleh *reseptor* di permukaan sel di

tempat *implantasi* yang berinteraksi dengan *reseptor* pada *blastokista* (Sutanto & Fitriana, 2017).

c. Perubahan Adaptasi Fisiologis pada Ibu Hamil di *Trimester I, II, III*

Selama kehamilan terjadi adaptasi anatomis, fisiologis dan biokimia yang mencolok, banyak perubahan ini dimulai segera setelah pembuahan dan berlanjut selama kehamilan dan sebagian besar terjadi sebagai respon terhadap rangsangan fisiologis yang ditimbulkan oleh janin dan *plasenta*. Selama kehamilan normal, hampir semua sistem organ mengalami perubahan anatomis dan fungsional. Di bawah ini akan dijelaskan perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan (Sutanto & Fitriana, 2017).

1) Sistem Reproduksi

a) *Uterus*

Selama kehamilan *uterus* berubah menjadi organ *muscular* dengan dinding relatif tipis yang mampu menampung janin, *plasenta* dan cairan amnion. Selama kehamilan, pembesaran *uterus* terjadi akibat peregangan dan hipertrofi sel-sel otot, sementara produksi *miosit* masih terbatas. Peningkatan ukuran sel otot ini diiringi oleh akumulasi jaringan *fibrosa*, terutama di lapisan otot *eksternal*, dan peningkatan bermakna jaringan elastis. Anyaman serat otot yang terbentuk ikut memperkuat dinding *uterus*.

Meskipun mengalami penebalan yang lebih bermakna selama beberapa bulan pertama kehamilan, dinding *korpus* sebenarnya menipis seiring dengan kemajuan *gestasi*. Pada kehamilan *aterm*, ketebalan dinding ini hanya 1-2 cm atau kurang. Pada bulan-bulan terakhir, *uterus* berubah menjadi suatu kantong berotot

dengan dinding yang tipis, lunak dan lentur, sehingga janin dapat teraba dari luar (Sutanto & Fitriana, 2017).

b) Susunan sel otot

Otot-otot *uterus* selama kehamilan tersusun dalam tiga lapisan. Lapisan pertama adalah lapisan luar berbentuk tudung yang melengkung menutupi *fundus* dan meluas ke dalam berbagai *ligamentum*. Kedua adalah lapisan tengah, yang terdiri dari anyaman padat serat otot yang ditembus di segala arah oleh pembuluh darah. Ketiga adalah lapisan dalam, dengan serat-serat mirip *sphincter* mengelilingi *orificium tuba uterine* dan *ostium internum servisis*. Bagian utama dinding *uterus* dibentuk oleh lapisan tengah. Setiap sel di lapisan ini memiliki dua lengkungan sehingga persilangan antara dua otot akan menghasilkan bentuk mirip angka delapan. Susunan ini sangat penting karena ketika berkontraksi setelah kelahiran, sel-sel ini memeras pembuluh darah sehingga berfungsi sebagai pengikat (Sutanto & Fitriana, 2017).

c) Ukuran, bentuk dan posisi *uterus*

Selama beberapa minggu pertama, *uterus* mempertahankan bentuknya yang mirip dengan buah pir, tetapi seiring dengan kemajuan kehamilan, *korpus* dan *fundus* mengambil bentuk lebih membulat. Pada akhir minggu ke-12, *uterus* menjadi terlalu besar untuk seluruhnya tetap berada di dalam panggul. *Uterus* yang terus membesar ini kemudian berkontak dengan dinding *anterior abdomen*, menggeser usus ke *lateral* dan *superior*, dan terus tumbuh sehingga akhirnya hampir mencapai hati. Sewaktu muncul dari panggul, *uterus* biasanya mengalami rotasi ke kanan. *Dekstrorotasi* ini kemungkinan besar disebabkan oleh adanya

reksosigmoid di sisi kiri panggul seiring dengan naiknya *uterus*, sehingga tegangan pada *ligamentum latum* dan *rotundum* juga meningkat (Sutanto & Fitriana, 2017).

d) Kontraktilitas

Sejak awal kehamilan, *uterus* sudah mengalami kontraksi *ireguler* yang secara normal tidak menyebabkan nyeri. Selama *trimester* kedua, kontraksi dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Karena fenomena ini pertama kali diungkapkan oleh J. Braxton Hicks pada tahun 1872, maka kontraksi ini dinamai kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi ini muncul tanpa dapat diduga dan secara *sporadic* serta biasanya tidak berirama. Intensitasnya bervariasi antara 5-25 mmHg. Sampai beberapa minggu menjelang akhir kehamilan, kontraksi ini jarang terjadi, tetapi meningkat selama satu atau dua minggu terakhir kehamilan. Pada saat ini, kontraksi dapat berlangsung setiap 10-20 menit. Pada akhir kehamilan, kontraksi-kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab tanda persalinan palsu (Sutanto & Fitriana, 2017).

e) Aliran darah *uteroplasenta*

Penyaluran sebagian besar bahan yang esensial bagi pertumbuhan dan metabolisme janin dan *plasenta* serta pengeluaran sebagian besar bahan sisa metabolis, bergantung pada *perfusi* yang memadai di ruang antar *vilus plasenta*. *Perfusi plasenta* tergantung pada aliran darah *uterus* total, yang terutama berasal dari *arteri uterine* dan *ovarium* (Sutanto & Fitriana, 2017).

f) Regulasi aliran darah *uteroplasenta*

Peningkatan progresif aliran darah ibu ke *plasenta* selama *gestasi* terutama disebabkan oleh *vasodilatasi*, sedangkan aliran darah jann ke *plasenta* meningkat akibat terus tumbuhnya pembuluh-pembuluh *plasenta*. Pada tahap kehamilan ini, *vasodilatasi* diperkirakan disebabkan oleh stimulasi *estrogen*. Mediator lain selalu *estradiol* dan *progesteron*, memodifikasi resistensi pembuluh darah selama kehamilan (Sutanto & Fitriana, 2017).

g) *Serviks*

Pada satu bulan setelah *konsepsi*, *serviks* sudah mulai mengalami pelunakan dan sianosis yang signifikan. Perubahan-perubahan ini terjadi karena peningkatan vaskularitas dan *edema serviks* keseluruhan, disertai oleh *hipertrofi* dan *hiperplasia* kelenjar *serviks*. Meskipun *serviks* mengandung sejumlah kecil otot polos, namun komponen utamanya adalah jaringan ikat. Penataan ulang jaringan ikat kaya *kolagen* ini diperlukan agar *serviks* mampu melaksanakan beragam tugas dari mempertahankan kehamilan hingga *aterm*, berdilatasi untuk mempermudah proses persalinan, memperbaiki diri setelah persalinan, sehingga dapat terjadi kehamilan berikutnya (Sutanto & Fitriana, 2017).

h) *Ovarium*

Selama kehamilan, *ovulasi* berhenti dan pematangan *folikel-folikel* baru ditunda. Biasanya hanya satu *korpus luteum* yang ditemukan pada wanita hamil. Struktur ini berfungsi maksimal selama 6-7 minggu pertama kehamilan, 4-5 minggu *pasca ovulasi* dan setelah itu tidak banyak berkontribusi dalam produksi *progesteron* (Sutanto & Fitriana, 2017).

i) *Tuba uterina*

Otot-otot *tuba uterina* hanya sedikit mengalami *hipertrofi* selama kehamilan. Namun, *epitel mukosa tuba* menjadi agak mendatar. Di *stroma endosalping* mungkin terbentuk sel-sel *desidua*, tetapi tidak terbentuk membran *desidua* yang *kontinue*. Meskipun sangat jarang, peningkatan ukuran *uterus* yang hamil, terutama jika terdapat kista *paratuba* atau *ovarium*, dapat menyebabkan risiko *tuba uterina* (Sutanto & Fitriana, 2017).

j) *Vagina dan perineum*

Selama kehamilan, terjadi peningkatan *vaskularitas* dan *hiperemia* di kulit dan otot *perineum* dan *vulva*, disertai pelunakan jaringan ikat di bawahnya. Meningkatnya *vaskularitas* sangat mempengaruhi *vagina* dan menyebabkan warnanya menjadi keunguan. Dinding *vagina* mengalami perubahan mencolok sebagai persiapan untuk meregang saat persalinan dan kelahiran (Sutanto & Fitriana, 2017).

2) Payudara

Pada minggu-minggu awal kehamilan, wanita sering merasakan nyeri payudara. Payudara membesar dan memperlihatkan *vena-vena* halus di bawah kulit. Puting menjadi jauh lebih besar, berwarna lebih gelap dan lebih tegak. Setelah beberapa bulan pertama, pemijatan lembut pada puting sering menyebabkan keluarnya cairan kental kekuning-kuningan. Selama bulan-bulan tersebut, *areola* menjadi lebih lebar dan lebih gelap, serta munculnya sejumlah tonjolan kecil kelenjar *mongomery* yaitu kelenjar *sebasea hipertrofik* (Sutanto & Fitriana, 2017).

3) Sistem Endokrin

Meningkatnya aliran darah ke kulit selama kehamilan berfungsi untuk mengeluarkan kelebihan panas yang terbentuk karena meningkatnya metabolisme. Sering terbentuk pula alur-alur kemerahan yang sedikit cekung di kulit *abdomen* serta kadang di kulit payudara dan paha yang disebut *stretch marks*. *Hiperpigmentasi* juga terjadi pada hampir 90 persen wanita dan biasanya lebih mencolok pada mereka yang berkulit gelap. Perubahan vaskular yang terjadi yaitu adanya *angioma* yang bermanifestasi sebagai tonjolan-tonjolan kecil merah di kulit, terutama di wajah, leher, dada atas dan lengan disertai jari-jari menjulur ke luar dari bagian tengah lesi (Sutanto & Fitriana, 2017).

4) Sistem Perkemihan

Pada sistem kemih, ditemukan sejumlah perubahan nyata akibat kehamilan seperti ginjal, *ureter* dan kandung kemih (Sutanto & Fitriana, 2017).

5) Sistem Pencernaan

Seiring dengan kemajuan masa kehamilan, lambung dan usus tergeser oleh *uterus* yang terus membesar. Karena itu, temuan-temuan fisik pada penyakit tertentu mengalami perubahan. *Apendiks*, misalnya biasanya tergeser ke atas dan agak *lateral* akibat *uterus* yang membesar. Kadang-kadang *apendiks* dapat mencapai pinggang kanan. *Pirosis (heartburn)* sering dijumpai pada kehamilan dan kemungkinan besar disebabkan oleh *refluks sekresi* asam ke *esofagus* bawah. Gusi mungkin mengalami *hiperemia* sehingga melunak, selama kehamilan dan dapat berdarah setelah trauma ringan misalnya akibat sikat gigi. *Hemoroid* cukup sering terjadi selama kehamilan. Kelainan ini terutama disebabkan oleh konstipasi

dan peningkatan *vena-vena* di bawah *uterus* yang membesar (Sutanto & Fitriana, 2017).

6) Sistem *Musculoskeletal*

Lordosis progresif adalah gambaran khas kehamilan normal. *Lordosis* sebagai kompensasi posisi *anterior uterus* yang membesar, menggeser pusat *gravitasi* kembali ke *ekstremitas* bawah (Sutanto & Fitriana, 2017).

7) Sistem *Kardiovaskular*

Selama kehamilan dan masa nifas, jantung dan sirkulasi mengalami adaptasi fisiologis yang besar. Perubahan pada fungsi jantung mulai tampak selama 8 minggu pertama kehamilan. Curah jantung meningkat bahkan sejak minggu kelima dan mencerminkan berkurangnya *resistensi vaskular sistemik* dan meningkatnya kecepatan jantung (Sutanto & Fitriana, 2017).

8) Sistem *Integumen*

Warna kulit biasanya sama dengan rasnya. Jika terjadi perubahan warna kulit, misalnya pucat hal itu menandakan *anemis*, *jaundice* menandakan gangguan pada *hepar*, *lesi*, *hiperpigmentasi* seperti *cloasma gravidarum* serta *linea nigra* berkaitan dengan kehamilan dan *strie*. Sementara itu, penampang kuku berwarna merah muda menandakan pengisian kapiler baik (Sutanto & Fitriana, 2017).

9) Perubahan Metabolik

Sebagai respons terhadap peningkatan kebutuhan janin dan *plasenta* yang tumbuh pesat, wanita hamil mengalami perubahan-perubahan metabolik yang

besar dan *intens*. Jelaslah tidak ada proses fisiologis lain selama kehidupan pascanatal yang dapat memicu perubahan metabolik sebesar itu. Pada *trimester* ketiga, laju metabolik basal ibu meningkat 10-20 persen dibandingkan dengan keadaan tidak hamil. Hal ini meningkat lagi sebanyak 10 persen pada wanita dengan *gestasi* kembar. Dari sudut pandang lain, tambahan kebutuhan total energi selama kehamilan mencapai 80.000 kkal atau sekitar 300 kkal/hari (Sutanto & Fitriana, 2017).

10) Berat Badan dan Tinggi Tubuh

Setiap wanita hamil mengalami penambahan berat badan yang berarti, janin juga tumbuh dan berkembang. Secara umum, kenaikan berat badan berkisar 11 kg (Sutanto & Fitriana, 2017).

11) *Limfa*

Menjelang akhir kehamilan normal, daerah *limfa* membesar hingga 50 persen dibandingkan dengan selama *trimester* pertama (Sutanto & Fitriana, 2017).

12) Darah dan Pembekuan Darah

Setelah 32-34 minggu kehamilan, *hiperlovemia* yang telah lama diketahui besarnya rata-rata 40-45 persen di atas volume darah wanita yang tidak hamil. Pada masing-masing wanita, penambahan ini cukup bervariasi. Pada sebagian hanya terjadi peningkatan ringan, sementara pada yang lain volume *fibrinogen* dan *globulin plasma*. Kehamilan normal juga menyebabkan perubahan pada *trombosit*. Perubahan pada postur juga mempengaruhi tekanan darah *arteri*. Tekanan *arteri brakialis* saat duduk lebih rendah daripada posisi berbaring

lateral. Tekanan *arteri* biasanya menurun pada usia kehamilan 24-26 minggu dan kemudian meningkat kembali (Sutanto & Fitriana, 2017).

13) Sistem Pernapasan

Selama kehamilan, *diafragma* terangkat sekitar 4 cm. Sudut *subkosta* melebar secara bermakna karena diameter melintang sangkar *toraks* meningkat sekitar 2 cm. Lingkar *toraks* meningkat sekitar 6 cm, tetapi tidak cukup untuk mencegah pengurangan volume paru residual yang terjadi akibat naiknya *diafragma*. Pergerakan *diafragma* pada wanita hamil sebenarnya lebih besar daripada wanita tidak hamil (Sutanto & Fitriana, 2017).

14) Sistem Persyarafan

Sepanjang kehamilan banyak wanita sering mengeluhkan adanya masalah dengan pemusatan pikiran, perhatian dan daya ingat (Sutanto & Fitriana, 2017).

d. Tanda-Tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan.

- 1) Tanda dan gejala kehamilan pasti
 - a) Ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya. Sebagian besar ibu mulai merasakan tendangan bayi pada usia kehamilan 5 bulan.

- b) Bayi dapat dirasakan di dalam rahim. Sejak usia kehamilan 6 atau 7 bulan, bidan dapat menemukan kepala, leher, punggung, lengan, bokong dan tungkai dengan merasa perut ibu.
 - c) Denyut jantung bayi dapat terdengar. Saat usia kehamilan menginjak bulan ke 5 atau ke-6 denyut jantung bayi terkadang dapat didengar menggunakan instrumen yang dibuat untuk mendengarkan, seperti *stetoskop* atau *fetoskop*. Menginjak bulan ke-7 atau ke-8 kehamilan, bidan yang terampil biasanya dapat mendengarkan denyut jantung bayi saat ia melewati telinga pada perut ibu.
 - d) Tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil. Tes ini dilakukan dengan perangkat tes kehamilan di rumah atau di laboratorium dengan *urine* atau darah ibu. Tes ini mungkin mahal biayanya dan biasanya tidak perlu. Akan tetapi tes ini bermanfaat, misalnya jika ibu ingin tahu apakah ia hamil sebelum mengkonsumsi obat yang kemungkinan membahayakan bayi dalam kandungannya (Sutanto & Fitriana, 2017).
- 2) Tanda dan gejala kehamilan tidak pasti
- a) Ibu tidak *menstruasi*
 - b) Mual atau ingin muntah
 - c) Payudara menjadi peka
 - d) Ada bercak darah dan kram perut
 - e) Ibu merasa letih dan mengantuk sepanjang hari
 - f) Sakit kepala
 - g) Ibu sering berkemih

- h) *Sembelit*
- i) Sering meludah
- j) Temperatur basal tubuh naik
- k) Ngidam
- l) Perut ibu membesar (Sutanto & Fitriana, 2017).

3) Tanda dan gejala kehamilan palsu (*pseudocyesis*)

Kehamilan palsu adalah keyakinan bahwa seorang wanita sedang hamil namun sebenarnya ia tidak hamil. Wanita yang mengalami *pseudocyesis* akan merasakan sebagian besar, atau bahkan semua tanda-tanda dan gejala kehamilan. Meskipun penyebab pastinya masih belum diketahui, dokter menduga bahwa faktor psikologislah yang mungkin menjadi penyebab tubuh untuk berpikir bahwa ia hamil. Adapun tanda-tanda kehamilan palsu adalah sebagai berikut:

- a) Gangguan *menstruasi*
- b) Perut bertumbuh
- c) Payudara membesar dan mengencang, perubahan pada puting dan mungkin produksi ASI
- d) Merasakan pergerakan janin
- e) Mual dan muntah
- f) Kenaikan berat badan (Sutanto & Fitriana, 2017).

e. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

Kebutuhan fisik ibu hamil sangat diperlukan demi untuk menunjang kesehatan kehamilannya. Adapun beberapa kebutuhan fisik ibu hamil adalah sebagai berikut:

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen berhubungan dengan perubahan system perapasan pada masa kehamilan. Kebutuhan oksigen selama kehamilan meningkat sebagai respon tubuh terhadap *akselerasi* metabolisme *rate* perlu untuk menambah masa jaringan pada payudara, hasil *konsepsi* dan masa *uterus* dan lain-lain. Akibat terjadi perubahan *anatomi* paru, diameter *torak* meningkat ± 2 cm lingkaran dada akan meningkat 5-7 cm, sudut *Costa* $\pm 68^\circ$ sebelum kehamilan menjadi 103° pada kehamilan *trimester* ketiga (Rukiyah, dkk., 2016).

2) Nutrisi

Gizi seimbang pada ibu hamil didapat dari menu yang seimbang setiap harinya. Selama kehamilan, ibu membutuhkan gizi yang seimbang melebihi wanita pada umumnya. Hal ini dikarenakan ibu hamil harus memenuhi nutrisi janin. Makanan yang bervariasi akan membantu ibu hamil dalam memberikan ketersediaan nutrisi yang dibutuhkan dalam kesehatan ibu dan janin. Gizi yang dibutuhkan ibu hamil adalah dengan kandungan zat tenaga yang biasanya dihasilkan dari jenis makanan karbohidrat, nasi putih, nasi merah, jagung, roti, gandum dan sereal. Zat pembangun yang dihasilkan dari beberapa makanan mengandung protein baik hewani maupun nabati dan zat pengatur yang ditemukan pada jenis buah dan sayuran (Sutanto & Fitriana, 2017).

Selama ibu hamil memerlukan vitamin dan mineral yang harus dikonsumsi setiap hari. Sebab, bayi dalam kandungan membutuhkan zat ini untuk tumbuh dan tetap sehat. Setiap ibu hamil memerlukannya dalam jumlah yang cukup untuk bayi dan dirinya sendiri. Pemberian asam folat sangat penting, karena makanan yang banyak mengandung asam folat yaitu sayur berdaun hijau tua, daging (terutama hati, ginjal dan jeroan), kacang polong dan buncis, biji bunga matahari dan labu, bulir padi utuh (beras merah atau gandum utuh), ikan, telur dan jamur (Sutanto & Fitriana, 2017).

Ibu hamil juga memerlukan banyak zat besi untuk memperoleh cukup tenaga, mencegah perdarahan hebat saat melahirkan, dan memastikan bahwa bayi yang sedang tumbuh dapat membentuk darah yang sehat dan menyimpan zat besi untuk beberapa bulan pertama setelah melahirkan. Ibu hamil harus menambah zat besi saat hamil karena kandungan zat besi dalam tubuh akan diserap oleh janin sebagai cadangan setelah lahir, karena bayi hanya mendapatkan sedikit zat besi dari ASI. Adapun makanan yang mengandung banyak zat besi yaitu daging, terutama hati, ginjal dan jeroan, unggas dan burung, ikan, remis dan tiram, telur, buncis dan kacang polong, brokoli, biji bunga matahari dan biji labu, sukun dan ubi jalar. Selain itu zat besi dapat diperoleh dari makanan yang kaya zat besi dengan jus jeruk atau tomat (Sutanto & Fitriana, 2017).

3) *Personal hygiene*

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah

genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gizi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan *hygiene* mulut dan dapat menimbulkan karies gigi. Mandi teratur juga mencegah iritasi *vagina*, teknik pencucian *vagina* dari depan ke belakang (Walyani, 2017).

4) Pakaian

Baju hamil yang praktis selama kehamilan menggunakan baju biasa yang longgar, pilihlah bahan yang tidak panas dan mudah menyerap keringat, bagian dada harus longgar karena payudara akan membesar, bagian pinggang harus longgar kalau perlu terdapat tali untuk menyesuaikan perut yang terus membesar, bra disiapkan paling sedikit dua buah dengan bukaan di depan untuk memudahkan menyusui, sepatu kenakan yang bertumit tetapi jangan yang rata dan hindari sepatu yang bertali (Rukiyah, dkk., 2016).

5) Eliminasi

Trimester I: frekuensi BAK meningkat karena kandung kencing tertekan oleh pembesaran *uterus*, BAB normal konsistensi lunak. *Trimester II*: frekuensi BAK normal kembali karena *uterus* telah keluar dari rongga panggul. *Trimester III*: frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP, (pintu atas panggul), BAB sering *obstipasi* (sembelit) karena hormon *progesterone* meningkat.

Wanita perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali selesai berkemih atau buang air besar dan harus menggunakan tissue atau lap handuk yang bersih setiap melakukannya. Membersihkan mengelap dari belakang kedepan akan membawa bakteri dari daerah *rectum* ke muara *uretra* dan meningkat risiko infeksi. Sebaiknya gunakan tissue yang bersih dan menyerap air, dan tidak kasar karena dapat menimbulkan *iritasi*. Wanita harus sering mengganti pelapis atau pelindung celana dalam.

Defekasi menjadi tidak teratur karena pengaruh relaksasi otot polos oleh *estrogen*, tekanan *uterus* yang membesar, pada kehamilan lanjut karena pengaruh tekanan kepala janin yang telah masuk panggul. *Konstipasi* dapat dicegah dengan cukup banyak minum, olahraga dan pemberian *laktasif* ringan seperti jus buah-buahan. Menjaga kebersihan *vulva* setelah BAK/BAB bisa dilakukan dengan cara tidak hanya bagian luar saja yang dibersihkan tetapi juga lipatan-lipatan *labia mayora* dan *labia minora* serta *vestibula* (Walyani, 2017).

6) Seksual

Meningkatnya *vaskularisasi* pada *vagina* dan *visera pelvis* dapat mengakibatkan meningkatnya sensitifitas seksual sehingga meningkatkan hubungan *intercourse* sebaiknya ketakutan akan injuri pada ibu ataupun janin akan mengakibatkan menurunnya pola seksualitas, anjuran yang diberikan yaitu jangan melakukan hubungan *intercourse* sesudah buang air kecil (Rukiyah, dkk., 2016).

7) Istirahat/ Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakkan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur betulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah, jangan bekerja terlalu capek dan berlebihan. Sebaiknya tidur pada malam hari selama kurang lebih selama 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Rukiyah, dkk., 2016).

8) *Exercise*

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot, sehingga dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Manfaat gerak badan selama hamil adalah sirkulasi darah lebih lancar, nafsu makan bertambah, pencernaan lebih baik dan tidur lebih nyenyak. Gerak badan yang melelahkan dilarang saat hamil. Senam hamil ditujukan bagi wanita tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan. Senam hamil dimulai pada umur kehamilan sekitar 24-28 minggu. Langkah-langkah senam hamil yang dapat dilakukan adalah jalan-jalan saat hamil, senam pernapasan, senam kaki, senam relaksasi, jongkok dan bangun di tepi tempat tidur, mengepel lantai, merangkak di lantai, melatih kontraksi dan relaksasi otot dasar panggul. Hal ini penting sehingga pada saat bersalin tidak mengalami kesulitan karena otot dasar panggul memegang peranan penting (Sutanto & Fitriana, 2017).

9) *Perawatan Payudara*

Meliputi senam payudara, perawatan payudara, pijat tekan payudara yang ditunjukkan kepada ibu hamil. Manfaat perawatan payudara adalah menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu, mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada puting susu terbenam), merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar, dan mempersiapkan ibu dalam *laktasi*. Perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan 6 bulan (Walyani, 2017).

10) Persiapan *Laktasi*

Persiapan psikologis ibu untuk menyusui pada saat kehamilan sangat berarti, karena keputusan atau sikap yang positif harus sudah terjadi pada saat kehamilan atau bahkan jauh sebelumnya. Banyak ibu yang memiliki masalah. Oleh karenanya bidan harus dapat membuat ibu tertarik dan simpati. Langkah-langkah yang harus diambil dalam mempersiapkan ibu secara kejiwaan untuk menyusui adalah

- a) Setiap ibu untuk percaya dan yakin bahwa ibu akan sukses dalam menyusui bayinya
- b) Meyakinkan ibu akan keuntungan ASI dan kerugian susu buatan/formula.
- c) Memecahkan masalah yang timbul dalam menyusui.
- d) Mengikutsertakan suami atau anggota keluarga lain yang berperan.
- e) Memberikan kesempatan ibu untuk bertanya.
- f) Pelayanan pemeriksaan payudara, perawatan puting susu dan senam hamil

Tujuan pemeriksaan payudara adalah untuk mengetahui lebih dini adanya kelainan, sehingga diharapkan dapat dikoreksi sebelum persalinan. Pemeriksaan

payudara dilaksanakan pada kunjungan pertama ibu, dimulai dari inspeksi, palpasi. Untuk menunjang keberhasilan menyusui maka pada saat kehamilan puting susu ibu perlu diperiksa kelenturannya dengan cara sebelum dipegang periksa dulu bentuk puting susu, cubit areola di sisi puting susu dengan ibu jari dan telunjuk, dengan perlahan puting susu dan areola ditarik, untuk membentuk ”dot”, bila puting susu mudah ditarik, berarti lentur. Tertarik sedikit berarti kurang lentur (Rukiyah, dkk., 2016).

11) Persiapan Persalinan

Sangatlah penting bekerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat dalam mempersiapkan persalinan serta membuat rencana tindakan sekiranya terjadi komplikasi-komplikasi. Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarganya dan bidan. Rencana ini tidak harus dalam bentuk tertulis dan bisaanya memang tidak tertulis. Rencana ini lebih hanya sekedar diskusi untuk memastikan bahwa ibu dapat menerima asuhan yang ia perlukan. Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai serta tepat waktu (Rukiyah, dkk., 2016).

f. Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

Pada setiap, kunjungan *antenatal* bidan harus mengajarkan pada ibu bagaimana mengenal tanda-tanda bahaya dalam kehamilan, dan menganjurkan untuk datang ke klinik dengan segera jika ia mengalami tanda-tanda bahaya tersebut. Dari beberapa pengalaman akan lebih baik memberikan pendidikan kepada ibu dan anggota keluarganya, khususnya pembuat keputusan utama,

sehingga si ibu akan didampingi untuk mendapatkan asuhan. Enam tanda-tanda bahaya selama periode *antenatal* adalah:

1) Perdarahan Pervaginam

Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, perdarahan banyak, atau perdarahan dengan nyeri (berarti *abortus*, Kehamilan *Ektopik* Terganggu (KET), *molahidatidosa*). Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak/sedikit, nyeri (berarti *plasenta previa* dan *solusio plasenta*).

2) Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala yang hebat menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang, dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari *preeklampsia*.

3) Penglihatan Kabur

Masalah *visual* yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan *visual* mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang.

4) Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri perut yang hebat yang tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti *appendicitis*, kehamilan *ektopik*, *aborsi*, penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, *gastritis*, penyakit kantong *empedu*, *abrupsi plasenta*, infeksi saluran kemih, atau infeksi lain.

5) Bengkak pada Muka dan Tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda, *anemia*, gagal jantung, atau *preeklampsia*.

6) Bayi Kurang Bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi terus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Rukiyah, dkk., 2016).

g. Ketidaknyamanan pada *Trimester* III Kehamilan

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada, sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu terhadap bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir anaknya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya terhadap timbulnya tanda-tanda dan gejala terjadinya persalinan pada ibu meningkat. Seringkali ibu merasa khawatir atau takut kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal.

Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan

bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada *trimester* ini dan banyak ibu yang merasa dirinya jelek dan aneh. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Keluarga dan suami dapat memberikan dukungan dengan memberikan keterangan tentang persalinan yang akan ibu lalui dan itu hanya masalah waktu saja. Tetap memberikan perhatian dan semangat pada ibu selama menunggu persalinannya. Bersama-sama mematangkan persiapan persalinan dengan tetap mewaspadaai komplikasi yang mungkin terjadi. Beberapa ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil adalah sebagai berikut:

1) Nyeri Ulu Hati

Dirasakan pada bulan-bulan terakhir, disebabkan karena adanya *progesteron* serta tekanan dari *uterus*. Untuk penatalaksanaan khusus bisaanya dengan diet dan kadang-kadang pemberian *antacid*. Asuhan yang dapat dilakukan dengan memberikan nasihat tentang gizi, makan sedikit-sedikit, minum susu, hindari makanan yang pedas, gorengan atau berminyak, tinggikan bagian kepala tempat tidur.

2) *Konstipasi*

Terjadi pada bulan-bulan terakhir, dan disebabkan karena *progesteron* dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau bisa juga dikarenakan

efek dari terapi tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu dengan diet atau kadang-kadang dapat diberikan pencahar ringan (dengan resep dokter). Asuhan yang diberikan yaitu dengan nasihat makanan tinggi serat, buah dan sayuran, ekstra cairan, hindari makanan berminyak, dan anjurkan olahraga tanpa dipaksa.

3) *Hemorhoid*

Dirasakan pada bulan-bulan terakhir, dan disebabkan karena *progesteron* serta adanya hambatan arus balik *vena*. Penatalaksanaan khusus dengan diet, pemberian krim atau *supositoria hemorhoid*, reposisi digital, kadang operasi jika terdapat *trombosis* (kolaborasi dengan dokter). Asuhan yang dapat diberikan dengan nasihat untuk mencegah *konstipasi*.

4) *Insomnia*

Dirasakan ketika kehamilan dini dan lanjut. Karena tekanan pada kandung kemih, *pruritis*, kekhawatiran, gerakan janin yang sering menendang, kram, *heartburn*. Yang harus dilakukan adalah penyelidikan dan penanganan penyebab, kadang-kadang diperlukan *preparat sedativa*, dan minum susu sebelum tidur dapat membantu. Mengingat kembali nasihat yang diberikan dokter, memastikan bahwa cara-cara sederhana untuk menanggulangi *insomnia* seperti mengubah suhu dan suasana kamar menjadi lebih sejuk dengan mengurangi sinar yang masuk atau mengurangi kegaduhan. Sebaiknya tidur miring ke kiri atau ke kanan dan beri ganjalan pada kaki, serta mandilah dengan air hangat sebelum tidur yang akan

menjadikan ibu lebih santai dan mengantuk, dan merujuk pasien kepada petugas psikolog jika diperlukan.

5) Kram Otot Betis

Umumnya dirasakan saat kehamilan lanjut. Untuk penyebab yang tidak jelas, bisa dikarenakan *iskemia transient* setempat, kebutuhan akan *kalsium* (kadarnya rendah dalam tubuh) atau perubahan sirkulasi darah, tekanan pada syaraf di kaki. Kalsium dan vitamin kadang-kadang diperlukan, khasiat kedua preparat ini masih belum dapat dipastikan. Nasihati untuk jangan menggunakan sembarang obat tanpa seizin dokter, perbanyak makan makanan yang mengandung *kalsium*, menaikkan kaki keatas, pengobatan *simtomatik* dengan kompres hangat, *masase*, menarik jari kaki ke atas.

6) Buang Air Kecil Yang Sering

Keluhan dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut. Disebabkan karena *progesteron* dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala bayi yang turun ke rongga panggul. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah makan malam atau minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minum yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak di siang hari.

7) Nyeri Punggung

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. Disebabkan oleh *progesteron* dan *relaksin* (yang melunakkan jaringan ikat) pada postur tubuh yang berubah

serta meningkatnya beban berat yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, *analgesia* dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, memberitahukan cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan untuk mengenakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang bawahnya ditaruh papan jika diperlukan (atau yang nyaman).

8) Bengkak pada Kaki

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami pada kelopak mata, wajah dan jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan kabur (tanda *pre-eklampsia*). Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan.

9) Sesak Nafas

Terasa pada usia kehamilan lanjut (33-36 minggu). Disebabkan oleh pembesaran rahim yang menekan daerah dada. Dapat diatasi dengan senam hamil (latihan pernafasan), pegang kedua tangan di atas kepala yang akan memberi ruang bernafas yang lebih luas.

10) Mudah Lelah

Umumnya dirasakan setiap saat dan disebabkan karena perubahan emosional maupun fisik. Yang harus dilakukan adalah dengan mencari waktu untuk beristirahat, jika merasa lelah pada siang hari maka segera tidurlah, hindari tugas rumah tangga yang terlalu berat, cukup mengkonsumsi kalori, zat besi dan *asam folat* (Rukiyah, dkk., 2016).

2. Asuhan Kehamilan

a. Defenisi

Antenatal care merupakan pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial keluarga, memantau perubahan-perubahan fisik yang normal yang dialami ibu serta tumbuh kembang janin, juga mendeteksi dan serta penatalaksanaan kondisi yang tidak normal (Rukiyah, dkk., 2016).

b. Tujuan ANC (*Antenatal care*)

Tujuan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang ibu dan janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.

- 3) Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Rukiyah, dkk., 2016).

Menurut WHO, kebijakan program kunjungan ANC adalah satu kali kunjungan pada trimester I, satu kali kunjungan pada trimester II dan dua kali kunjungan pada trimester III. Kunjungan yang ideal adalah pada awal kehamilan sampai usia kehamilan 28 minggu adalah 1 kali 1 bulan, kemudian pada usia kehamilan 28 minggu – 36 minggu adalah 2 minggu sekali dan pada usia 36 minggu sampai bayi lahir adalah seminggu sekali (Nugroho, dkk., 2014).



Gambar 2.1 **Pemeriksaan Kehamilan**

Pelayanan *antenatal* terpadu adalah pelayanan *antenatal* komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil terdiri dari 17T. Tujuannya adalah untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan *antenatal* yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Adapun secara khusus memiliki tujuan yaitu menyediakan pelayanan *antenatal* terpadu, komprehensif dan berkualitas, termasuk konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI. Menghilangkan “*missed opportunity*” pada ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan *antenatal* terpadu, komprehensif, dan berkualitas. Mendeteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil. Melakukan intervensi terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin. Melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada (Kemenkes RI, 2014). Adapun pelayanan *antenatal* terpadu 17T adalah sebagai berikut:

1) Timbang Berat Badan dan Pengukuran Tinggi Badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko

pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)*. (Kemenkes RI, 2014).

2) Pengukuran Tekanan Darah (TD)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan atau proteinuria). Tekanan darah normal 120/80 mmHg (Kemenkes RI, 2014).

3) Pengukuran LILA

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Kurang energi kronis di sini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). (Kemenkes RI, 2014).

4) Ukur Tinggi *Fundus uteri*

Pengukuran tinggi *fundus* pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi *fundus* tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu. (Kemenkes RI, 2014).

Tabel 2.1
Besar Uterus dan Tinggi *Fundus Uteri* berdasarkan Usia Kehamilan

Akhir Bulan	Besar Uterus	Tinggi <i>Fundus Uteri</i>
1	Lebih besar dari biasa	Belum teraba
2	Telur bebek	Di belakang simfisis
3	Telur angsa	1-2 jari di atas simfisis

4	Kepala bayi	Pertengahan simfisis-pusat
5	Kepala dewasa	2-3 jari di bawah pusat
6	Kepala dewasa	Kira-kira setinggi pusat
7	Kepala dewasa	2-3 jari diatas pusat
8	Kepala dewasa	Pertengahan pusat-prosesus xypodeus
9	Kepala dewasa	3 jari dibawah Px
10	Kepala dewasa	Sama dengan kehamilan 8 bulan tetapi melebar ke samping

Sumber: Sofyan, 2015

5) Menghitung DJJ dan Menentukan Presentasi Janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir *trimester* II dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada *trimester* III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir *trimester* I dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2014).

6) Pemberian Tablet Tambah Darah (Tablet Fe)

Untuk mencegah *anemia* gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama. Tablet tambah darah dimium pada malam hari untuk mengurangi rasa mual (Kemenkes RI, 2014).

7) Pemberian imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) Lengkap

Untuk mencegah terjadinya *tetanus neonatorum*, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status

imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi *tetanus*. Ibu hamil dengan status imunisasi TT5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.2
Interval Pemberian Imunisasi TT

No	Imunisasi	Selang Waktu Minimal Pemberian Imunisasi	Lama Perlindungan
1	TT1	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus	
2	TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
3	TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
4	TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
5	TT5	12 bulan setelah TT4	≥ 25 tahun

Sumber : Kemenkes RI, 2014

8) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2014).

9) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan kadar *hemoglobin* 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

selama kehamilannya karena kondisi *anemia* dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan (Kemenkes RI, 2014).

10) Pemeriksaan Protein *Urinee*

Pemeriksaan protein dalam *urinee* pada ibu hamil dilakukan pada *trimester* kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya *proteinuria* pada ibu hamil. *Proteinuria* merupakan salah satu indikator terjadinya *preeklampsia* pada ibu hamil (Kemenkes RI, 2014).

11) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan (Kemenkes RI, 2014).

12) Pemeriksaan *Urinee* Reduksi

Ibu hamil yang dicurigai menderita *Diabetes Mellitus* harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada *trimester* pertama, sekali pada *trimester* kedua dan sekali pada *trimester* ketiga (Kemenkes RI, 2014).

13) Pemberian Obat Malaria

Semua ibu hamil di daerah *endemis* malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non *endemis* malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi (Kemenkes RI, 2014).

14) Pemeriksaan TBC

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita *tuberkulosis* sebagai pencegahan agar infeksi *tuberkulosis* tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut di atas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan (Kemenkes RI, 2014).

15) Pemeriksaan *serologi* HIV

Di daerah *epidemi* HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara *inklusif* pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan *antenatal* atau menjelang persalinan. Di daerah *epidemi* HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara *inklusif* pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan *antenatal* atau menjelang persalinan (Kemenkes RI, 2014).

16) Pemeriksaan USG

Ultrasonografi adalah pemeriksaan yang memberikan hasil gambar dua dimensi tentang janin atau *embrio* yang sedang berkembang di dalam perut ibu hamil. Pemeriksaan itu mencakup penggunaan gelombang suara yang berfrekuensi tinggi yang dibuat dengan memasang pengubah arus pada suatu alat yang disebut dengan *transduser*. Keuntungan USG yaitu *non invansif*, aman, praktis dan hasil cukup akurat (Sutanto & Fitriana, 2017).

17) Temu Wicara (Konseling)

Menurut Kemenkes RI (2014) temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan *antenatal* yang meliputi :

a) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

b) Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengetahui tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

e) Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah *anemia* pada kehamilannya.

f) Gejala penyakit menular dan tidak menular.

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

g) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah *epidemi* meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah *epidemic* rendah.

Setiap ibu hamil ditawarkan untuk dilakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negatif diberikan penjelasan untuk menjaga tetap HIV negatif diberikan penjelasan untuk menjaga HIV negatif selama hamil, menyusui dan seterusnya.

h) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

i) KB *pasca* persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.

j) Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi TT yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami *tetanus* neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi TT2 agar terlindungi terhadap infeksi *tetanus*.

k) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster*) secara bersamaan pada periode kehamilan.

c. Pemeriksaan Kehamilan

1) *Anamnesa*

Anamnesis identitas istri dan suami: nama, umur, agama, pekerjaan alamat dan sebagainya. *Anamnesis* umum: tentang keluhan-keluhan, nafsu makan, tidur, *miksi*, *defekasi*, perkawinan dan sebagainya. Tentang haid, kapan mendapat haid terakhir. Bila hari pertama haid terakhir diketahui, maka dapat dijabarkan taksiran

tanggal persalinan memakai rumus *Naegele* : hari + 7, bulan – 3 dan tahun + 1. Tentang kehamilan, persalinan, keguguran, dan kehamilan ektopik atau kehamilan mola sebelumnya.

2) *Inspeksi* dan Pemeriksaan Fisik

a) *Diagnostik*

Pemeriksaan seluruh tubuh secara baik dan *legeartist*: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, jantung, paru-paru dan sebagainya.

b) *Perkusi*

Tidak begitu banyak artinya kecuali jika ada suatu indikasi.

c) *Palpasi*

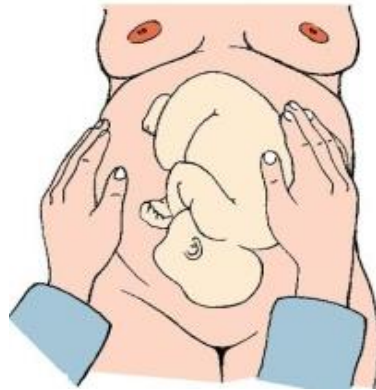
Ibu hamil diminta berbaring telentang, kepala dan bahu sedikit ditinggikan dengan memakai bantal. *Palpasi* perut untuk menentukan besar dan konsistensi rahim, bagian-bagian janin, letak, presentasi, gerakan janin dan kontraksi rahim *braxton hicks* dan his.

- 1) *Leopold I*, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil. Menentukan tinggi *fundus uteri* dan bagian janin yang terdapat dalam *fundus* serta konsistensi *uterus*.



Gambar 2.2. Leopold I
(Sumber: Mochtar, 2015)

- 2) *Leopold II*, menentukan batas samping rahim kanan-kiri, menentukan letak punggung janin, pada letak lintang, tentukan letak kepala janin.



Gambar 2.3. Leopold II
(Sumber: Mochtar, 2015)

- 3) *Leopold III*, menentukan bagian terbawah janin, menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.



Gambar 2.4. Leopold III
(Sumber: Mochtar, 2015)

- 4) *Leopold IV*, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil, dapat juga menentukan apa bagian terbawah janin dan berapa jauh sudah masuk pintu atas panggul.



Gambar 2.5. Leopold IV
(Sumber: Mochtar, 2015)



Gambar 2.6
Pemeriksaan Leopold

d) Auskultasi

Digunakan *stetoskop monoaural* untuk mendengarkan denyut jantung janin (DJJ). Cara menghitung DJJ adalah setiap menit, misalnya 140 kali per menit. Dihitung 3 x 5 detik secara berurutan, dapat diketahui teratur tidaknya DJJ (Mochtar, 2015). Ukuran janin atau taksiran berat janin dengan cara (TFU dalam cm) – $n \times 155$. Bila kepala di atas atau kepala *spina isciadika* maka $n = 12$. Bila kepala di bawah *spina ischiadica* maka $n = 11$ (Walyani, 2017).

3) Pemeriksaan Dalam

Sebenarnya, periksa dalam adalah tindakan berbahaya karena dapat menyebabkan perdarahan dan infeksi. Karena itu, periksa dalam hanya boleh dilakukan jika ada indikasi dan dikerjakan dengan cara cuci hama atau dilakukan pemeriksaan *rektal*. Pemeriksaan dalam untuk menilai keadaan janin dan jalan lahir hendaknya dilakukan dengan lembut. Sebaiknya, ibu diminta buang air kecil

dan buang air besar terlebih dahulu. Genitalia *eksterna* dibersihkan dengan kapas lisol atau dettol atau *disinfektan* lain.

4) Pemeriksaan *Rontgen*

Pemeriksaan rontgen dipakai sebagai penunjang diagnostik jika terdapat keragu-raguan pada pemeriksaan obstetrik.

5) Pemeriksaan Laboratorium

Ibu hamil hendaknya diperiksa *urinee* dan darahnya sekurang-kurangnya 2 kali selama kehamilan, sekali pada permulaan dan sekali pagi pada akhir kehamilannya.

6) *Ultrasonografi*

Dibandingkan dengan pemeriksaan *rontgen*, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip *sonar* (bunyi). Jadi boleh diperugunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2015).

B. Persalinan

1. Konsep Dasar Asuhan Persalinan

a. Pengertian persalinana

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil *konsepsi* (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan adalah proses dimana bayi, *plasenta* , dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu.

Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit (Marmi, 2016).

b. Fisiologi persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

1) Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan dimulai terjadi penurunan kadar hormon *estrogen* dan *progesteron*. *Progesteron* bekerja sebagai penenang otot-otot rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul *his* bila kadar *progesteron* menurun.

2) Teori penuaan *plasenta*

Tuanya *plasenta* menyebabkan menurunnya kadar *estrogen* dan *progesteron* yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan *iskemia* otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi *utero plasenter*.

4) Teori iritasi mekanik

Di belakang *serviks* terletak *ganglion servikal (fleksus frankenhauser)*. Bila *ganglion* ini digeser dan ditekan, akan timbul kontraksi *uterus*.

5) Induksi partus

Persalinan dapat ditimbulkan dengan jalan :

- a) Ganggang *laminaria*: beberapa *laminaria* dimasukkan ke dalam *servikalis* dengan tujuan merangsang *fleksus frankenhauser*.

- b) *Amnitomi* : pemecahan ketuban
- c) *Oksitosin drips* : pemberian *oksitosin* menurut tetesan *infuse*

Misoprostol : *cytotec/gastru* (Ilmiah, 2015).

c. Tanda dan Gejala Persalinan

Gejala persalinan jika sudah dekat akan menyebabkan kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi semakin pendek, dengan terjadi pengeluaran tanda seperti lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada *serviks*, terkadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pada pemeriksaan dalam didapat perlunakan *serviks* pendataran *serviks* dan terjadi pembukaan *serviks*.

1) Tanda-tanda permulaan persalinan

Sebelum terjadinya persalinan sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki bulannya atau minggu atau harinya yang disebut kala pendahuluan ini memberikan tanda sebagai berikut :

- a) *Lightening* atau *setting* atau pendahuluan yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada *primigravida* pada *multipara* tidak begitu jelas.
- b) Perut kelihatan lebih lebar, *fundus uteri* turun
- c) Perasaan sering susah kencing (*polakisuria*) karena kandung kencing tertekan oleh bagian bawah janin.
- d) Perasaan sakit di perut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dan *uterus* kadang disebut “false labor pains”.
- e) *Serviks* menjadi lebih lembek mulai mendatar sekresinya bertambah bisa bercampur darah (*blow show*)

2) Tanda-Tanda *Inpartu*

Untuk rasa sakit yang dirasakan oleh wanita pada saat menghadapi persalinan berbeda-beda tergantung dari ambang rasa sakitnya akan tetapi secara umum wanita yang akan mendekati persalinan akan merasakan:

- a) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih sering dan kuat serta teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek
- b) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada *serviks*.
- c) Pada pemeriksaan dalam *serviks* mendatar dan pembukaan telah ada
- d) Pengeluaran lendir dan darah
- e) Dengan his persalinan terjadi perubahan pada *serviks* yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada *kanalis servikalis* lepas, terjadi perdarahan kapiler pembuluh darah
- f) Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan berlangsung dalam waktu 24 jam (Rukiyah, dkk., 2012).

d. Tahapan Persalinan (Kala I, II, III, IV)

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi *uterus* dan pembukaan *serviks* hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase *laten*

Fase laten, ketika pembukaan *serviks* berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm. Fase *laten* berlangsung 7-8 jam.

b) Fase Aktif

Fase aktif, ketika pembukaan *serviks* mulai dari 4 cm sampai dengan lengkap (10cm), berlangsung selama 6 jam. Fase ini dibagi menjadi 3 subfase atau periode.

(1) Periode *akselerasi*. Pembukaan berlangsung lambat dari pembukaan 3-4 cm. Periode ini berlangsung 2 jam.

(2) Periode *dilatasi maksimal*. Pembukaan berlangsung cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm. Periode ini berlangsung 2 jam.

(3) Periode *deselerasi*. Periode ini berlangsung sangat lambat dari pembukaan 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Periode ini berlangsung 2 jam (Runjati & Umar, 2018).

Fase diatas dijumpai pada *primigravida*. Pada *multigravida* tahapannya lebih cepat untuk setiap fasenya. Pada *primigravida* berlangsung selama 13 jam, sedangkan pada *multigravida* sekitar 7 jam. Mekanisme membukanya *serviks* berbeda antara *primigravida* dan *multigravida*. Pada *primigravida* *ostium uteri internum* akan membuka lebih dahulu sehingga *serviks* akan mendatar dan menipis, kemudian *ostium eksternum* membuka. Namun pada *multigravida*, *ostium uteri inernum* dan *eksternum* serta penipisan dan pendarahan *serviks* terjadi dalam waktu yang sama (Marmi, 2016).

2) Kala II

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui bukaan *introitus vagina*, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau *vagina*, *perineum* terlihat menonjol, *vulva* dan *springter ani* membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada *primi* dan 1 jam pada *multi*. Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada rectum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, *vulva* membuka, *perineum* membuka, *perineum* meregang. Dengan adanya his ibu dipimpin untuk mencedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu *eklamsi*, kegawatdaruratan janin, tali pusat menumbung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, *ruptur uteri*, *distosia* karena kelainan letak, infeksi *intra partum*, *inersia uteri*, tanda-tanda lilitan tali pusat (Rukiyah, dkk., 2012).

3) Kala III

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran *plasenta* tanda-tanda pelepasan *plasenta*: terjadi perubahan bentuk *uterus* dan tinggi *fundus uteri*, tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui *vagina/vulva*, adanya semburan darah secara tiba-tiba. Setelah bayi lahir *uterus* teraba keras dengan *fundus uteri* agak di atas pusat beberapa menit kemudian

uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan *plasenta* dari dindingnya. Biasanya *plasenta* lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada *fundus uteri*. Pengeluaran *plasenta*, disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi *plasenta*, disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah perdarahan akibat *atonia uteri*, *retensio plasenta*, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat (Rukiyah, dkk., 2012).

4) Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya *plasenta* sampai 2 jam pertama *postpartum*. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah *sub involusi* dikarenakan oleh *uterus* tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh *atonia uteri*, *laserasi* jalan lahir, sisa *plasenta*. Lamanya persalinan tentu berlainan bagi *primigravida* dan *multigravida*, untuk *primigravida* kala I berlangsung 12,5 jam, kala II selama 80 menit, kala III berlangsung 10 menit dan kala IV selama 14 jam. Sedangkan pada *multigravida* kala I berlangsung selama 7 jam 20 menit, kala II selama 30 menit, kala III selama 10 menit dan kala IV berlangsung selama 8 jam (Rukiyah, dkk., 2012).

e. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor penting dalam persalinan adalah *Power* seperti *his*, kontraksi otot dinding perut, kontraksi *diafragma pelvis* atau kekuatan mengejan, ketegangan dan kontraksi *ligamentum rotundum*, *Passenger* yaitu janin dan *plasenta*, *Passage* yaitu jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang, psikis ibu bersalin serta penolong.

1) *Power*

His/kontraksi *uterus* adalah kontraksi otot-otot *uterus* dalam persalinan. Kontraksi merupakan suatu sifat pokok otot polos dan tentu saja hal ini terjadi pada otot-otot polos *uterus* yaitu *miometrium*. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan *uterus* semakin teregang oleh karena isinya semakin bertambah. Peregangan ini menyebabkan makin rentan terhadap perubahan hormonal yang terjadi pada akhir kehamilan terutama perubahan hormonal. Penurunan hormon *progesteron* yang bersifat menenangkan otot-otot *uterus* akan mudah direspon oleh *uterus* yang teregang sehingga mudah timbul kontraksi. Akibatnya kontraksi *Broxton Hicks* akan meningkat. Peningkatan kontraksi *Braxton Hicks* pada akhir kehamilan disebut dengan *his* pendahuluan/*his* palsu. Jika *his* pendahuluan semakin sering dan semakin kuat maka akan menyebabkan perubahan pada *serviks*, inilah yang disebut dengan *his* persalinan.

Peningkatan frekuensi dan kekuatan kontraksi *uterus* tampaknya merupakan mekanisme yang berjalan dengan sendirinya. Sebagai akibat kontraksi *uterus*, terjadi sedikit perubahan dalam milieu biokimia serta eksitabilitas serabut otot *uterus*, yang mempengaruhi bentuknya. Perubahan ini mempredisposisi serabut otot terhadap perubahan yang lebih mencolok setelah setiap kontraksi berikutnya. Ciri penting kontraksi *uterus* adalah retraksi yang pada akhir setiap kontraksi, serabut otot mempertahankan sebagian pemendekan otot yang telah dicapainya. Gelombang kontraksi berawal dari satu *kornu uteri* dan menyebar ke bawah ke seluruh organ suatu proses yang dikenal sebagai dominansi *fundus* (Rukiyah, dkk., 2012).

Setelah *serviks* terbuka lengkap kekuatan yang penting pada ekspulsi janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan *intra-abdomen* yang diciptakan oleh kontraksi otot-otot *abdomen*. Pada saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menutup *glotis*nya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan *diafragmanya* ke bawah. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, kala I pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim/*uterus*. Disamping itu, kekuatan-kekuatan tahanan mungkin ditimbulkan oleh otot-otot dasar panggul dan aksi *ligament* (Rukiyah, dkk., 2012).

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Tulang panggul dibentuk oleh dua tulang *koksa* (terbentuk dari fusi tiga tulang: *os pubis*, *os ishium*, dan *os ilium*) yang masing-masing membatasi bagian samping rongga panggul. Tulang *koksa* berkonvergensi ke *anterior* untuk menyatukan kedua sisi *simfisis pubis*, dan di *posterior* disatukan oleh sakrum melalui sendi *sakroiliaka*. Bentuk rongga panggul pada dasarnya menyerupai *tabling*, tetapi jalan lahir sedikit melengkung ke depan pada ujung kaudalnya, membentuk sudut sekitar 90 sehingga digambarkan sebagai “saluran berbentuk “J” atau “L” bila dipandang dari bidang sagital (Rukiyah, dkk., 2012).

3) *Passenger*

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-

bagian lain dengan mudah menyusul kemudian. Letak janin adalah hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu. Ada kemungkinan pada letak janin yaitu letak memanjang, letak membujur dan letak miring/*oblique* (Rukiyah, dkk., 2012).

4) Psikis Ibu Bersalin

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk didampingi ibu selama bersalin dan kelahiran. Anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi. (Rukiyah, dkk., 2012).

5) Penolong

Penolong perslainan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong perslainan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendokumentasian alat bekas pakai (Rukiyah, dkk., 2012).

f. Tanda Bahaya Pada Persalinan

Ada beberapa tanda-tanda bahaya ibu bersalin yang akan mengancam jiwanya diantaranya syok pada saat persalinan, perdarahan pada saat persalinan, nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang atau koma, tekanan darah tinggi,

persalinan yang lama, gawat janin dalam persalinan, demam dalam persalinan, nyeri perut yang hebat dan sukar bernapas (Rukiyah, dkk., 2012).

2. Asuhan Persalinan

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan *pasca* persalinan, *hipotermia* dan *asfiksia* bayi baru lahir. Asuhan pada ibu bersalin yaitu asuhan yang dibutuhkan ibu saat proses persalinan. Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini komplikasi, disamping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin (Rukiyah, dkk., 2012).

a. Asuhan Ibu Bersalin Kala I

Kala I persalinan, dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat dan menyebabkan perubahan pada *serviks* hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I persalinan yang terdiri dari fase *laten*, dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik dan tidak terlalu mules. Sedangkan fase aktif, kontraksi di atas 3 kali dalam 10 menit, lama kontraksi 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan dari 4 cm sampai lengkap (10 cm) dan terdapat penurunan bagian terbawah janin.

Persiapan persalinan antara lain ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala I dan upaya pencegahan infeksi yang diperlukan. Asuhan Sayang Ibu antara lain memberi dukungan emosional kepada ibu, mengatur posisi yang nyaman bagi ibu, cukup asupan cairan dan nutrisi, keleluasaan untuk *mobilisasi*, termasuk ke kamar kecil dan penerapan prinsip pencegahan infeksi yang sesuai (Rukiyah dkk., 2012).

Tanda bahaya yang harus diwaspadai seorang bidan saat menolong persalinan kala I adalah: tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg (*preeklamsia*), *temperature* lebih dari 38°C, nadi lebih dari 100x/menit, DJJ 100 atau lebih dari 180x/menit (normal 120-160x/menit), kontraksi kurang dari 3 dalam 10 menit berlangsung kurang dari 40 detik, ketukan *dipalpasi* lemah, *serviks: partograf* melewati garis waspada pada fase aktif, cairan *amnion*, *mekonium*, darah, bau, *urinee*: volume sedikit dan pekat.

Riwayat yang harus diperhatikan antara lain adalah: bedah *caesar*, riwayat perdarahan berulang, *prematuritas* atau tidak cukup bulan, ketuban pecah dini, pewarnaan *mekonium* cairan ketuban, infeksi *ante* atau *intrapartum*, *hipertensi*, TB di bawah 140 cm, gawat janin, *primipara* dengan bagian terbawah masih tinggi, *malpresentasi* atau *malposisi*, tali pusat menumung, keadaan umum jelek atau syok, *inersia uteri* atau fase *laten* memanjang, partus lama atau kasep (Rukiyah dkk., 2012).

Penggunaan Partograf

Partograf merupakan alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan *partograf* adalah mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan *serviks* melalui pemeriksaan dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal dan dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Terdapat beberapa tujuan dilakukannya pencatatan dengan *partograf* yaitu:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan *serviks* melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan bahan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status dan rekam medis ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Penggunaan *partograf* secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

- 1) Selama kala satu fase *laten*:

Pencatatan selama fase laten kala satu persalinan semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dicatat secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun di buku KIA atau Kartu Menuju Sehat.

Kondisi ibu dan bayi yang harus dicatat antara lain: denyut jantung janin (DJJ) setiap $\frac{1}{2}$ jam, frekuensi dan lamanya kontraksi *uterus* setiap $\frac{1}{2}$ jam, nadi ibu setiap $\frac{1}{2}$ jam, pembukaan *serviks* setiap 4 jam, penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam, tekanan darah dan temperatur suhu setiap 4 jam, produksi *urine*, *aseton* dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

2) Selama kala satu fase aktif

Pencatatan selama fase aktif persalinan yaitu menggunakan *partograf*. Halaman depan *partograf* menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan antara lain:

Informasi tentang ibu: nama, umur, *gravida*, *para*, *abortus* (keguguran), nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal dan waktu dimulai dirawat dan waktu pecahnya selaput ketuban.

Informasi janin: bagian atau grafik pada *partograf* adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin), hal ini akan dijelaskan secara rinci antara lain:

- a) Denyut jantung janin (DJJ) dilakukan penilaian setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik satu dengan yang lainnya dengan garis yang tidak terputus. Kisaran normal

DJJ terpapar pada *partograf* diantara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

- b) Warna dan adanya air ketuban dinilai setiap melakukan pemeriksaan *vagina*; beri tanda (U) jika selaput *amnion* masih utuh, beri tanda (J) jika selaput *amnion* sudah pecah dan warna air ketuban jernih, beri tanda (M) jika air ketuban bercampur *mekonium*, beri tanda (D) jika air ketuban bercampur darah, beri tanda (K) jika tidak ada cairan ketuban/kering.
- c) Penyusupan (*molding* atau *molage*) tulang kepala janin. Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi bisa menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antar tulang kepala semakin menunjukkan risiko *disproporsi* kepala-panggul (CPD). Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan dugaan *proporsi* kepala-panggul (CPD) ke fasilitas kesehatan rujukan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (*molase*) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban.

Hasil penilaian *molding* dicatat dengan menggunakan lambang-lambang berikut antara lain : tanda nol (0) jika teraba sutura terpisah dan mudah *dipalpasi*, tanda satu (1) jika teraba *sutura* hanya saling bersentuhan, tanda dua (2) jika teraba sutura saling tumpang tindih tapi masih dapat dipisahkan, tanda tiga (3) jika sutura tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3) Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur kedua *partograf* adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Kemajuan persalinan ini meliputi pembukaan *serviks*, penurunan bagian terbawah janin atau persentasi janin, serta garis waspada dan garis bertindak.

- a) Jam dan waktu: waktu mulainya fase aktif persalinan, di bagian bawah *partograf* (pembukaan *serviks* dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16, setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.
- b) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan: saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan *serviks* di garis waspada. Kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai.
- c) Kontraksi *uterus*: *his* diamati menurut frekuensi, lamanya, kekuatan dan relaksasi. Di bawah lajur *partograf* terdapat lima lajur kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:



Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.



Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

d) Pemeriksaan dalam.

Nilai *bishop* yang mungkin maksimum adalah 13 cm. *Induksi* persalinan kemungkinan besar akan berhasil apabila nilai *bishop* sekurang-kurangnya adalah 6 cm. Secara umum, kesiapan *servikal* tidak diperlukan apabila nilai *bishop* lebih besar dari 8.

Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya *dilatasi serviks*. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi *serviks* dalam satu centimeter dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi *serviks* sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin cantumkan angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlinaan, setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, denyut jantung janin, kontraksi *uterus* dan frekuensi nadi ibu.

Pembukaan *serviks* nilai dan catat pembukaan *serviks* tiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat dalam *partograf* setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda X harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan *serviks*, pada pemeriksaan pertama tanda X ditempatkan di garis waspada selanjutnya tergantung besarnya pembukaan.

Penurunan bagian terbawah janin setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau lebih sering jika ditemukan tanda-tanda penyulit, cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul pada persalinan

0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Beri tanda "O" pada garis waktu yang sesuai (Rukiyah dkk., 2012. Hal 42-48).

No. Register : _____ Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas : _____ Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah : _____ Sejak jam _____ mules sejak jam _____

bawah janin, tuliskan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus o
 5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. E
 nda “O” pada garis waktu yang sesuai (Rukiyah dkk., 2012. Hal 42-48)

Denyut Jantung Janin (/menit)
 200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80

Air ketuban Penyusupan

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x
 Turunnya kepala beri tanda o

Sentimeter (Cm)
 10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Waktu (jam)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Kontraksi tiap 0 Menit
 < 20 4
 20-40 3
 > 40 2
 (dok) 1

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin Protein Aseton Volume

Gambar 2.7. *Partograf* Bagian Depan
Sumber: (Ilmiah, 2016)

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada
24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya.
☐ Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
☐ Ya, dimana
☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan
☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

Gambar 2.8. Partograf Bagian Belakang
 Sumber: (Ilmiah, 2016)

b. Asuhan Ibu Bersalin Kala II

Yang dimaksud dengan kala II persalinan adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan, batasan kala II di mulai ketika pembukaan *serviks* sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi, kala II juga di sebut sebagai kala pengeluaran bayi. Asuhan pada ibu bersalin yaitu asuhan yang dibutuhkan ibu saat persalinan.

Kala II persalinan adalah kala pengeluaran, dimulai saat *serviks* telah membuka lengkap dan berlanjut hingga bayi lahir. *Mean* durasi kala II pada persalinan spontan tanpa komplikasi adalah sekitar 40 menit pada *primigravida* dan 15 menit pada *multipara*. Bayi yang gagal lahir dalam batas waktu ini tidak harus mengindikasikan persalinan operatif, tetapi tentunya memerlukan penilaian ulang situasi dalam hal posisi dan atau ukuran bayi dalam hubungannya dengan panggul. Pada wanita dengan blok *epidural* yang efektif, kepala bayi sering kali tampak terletak rendah di dalam panggul, pada *perineum*, tetapi tidak dapat maju lebih lanjut karena keinginan ibu untuk mendorong telah melemah. Kontraksi selama kala dua adalah sering, kuat dan sedikit lebih lama yaitu kira-kira 2 menit yang berlangsung 60-90 detik dengan interaksi tinggi dan semakin *ekspulsif* sifatnya.

Fase *pelvik* adalah bagian persalinan saat pembukaan *serviks* lengkap sudah tercapai dan gerakan-gerakan utama bagian terendah janin di dalam rongga panggul di mulai. Peristiwa ini terjadi bersamaan dengan akhir kala I dan berlanjut pada kala II.

Friedman mengemukakan 3 fase persalinan fisiologis : persiapan, *dilatasi*, dan *pelvic*. Fase-fase ini jangan dikacaukan dengan kala I, II, dan III persalinan. Klasifikasi yang disebutkan terakhir ini didasarkan pada hasil pasti: *dilatasi serviks* lengkap, kelahiran bayi, dan kelahiran *plasenta* serta selaput ketuban. Pada kelahiran normal, janin melintas melalui jalan lahir dengan gerakan *spiral* yang mengarah ke *kaudal*, didorong oleh tekanan kontraksi *uterus* yang memaksimalkan sikap *fleksi* janin. Kepala janin memasuki rongga panggul pada *diameter tranversa* atau salah satu diameter objek pintu atas panggul, pada yang terakhir ini, *oksiput* dapat terletak *anterior* dan *posterior* (Rukiyah, dkk., 2012).

Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan 60 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan.
Mematahkan ampul *oksitosin* 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam *partus set*.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Menghisap *oksitosin* 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di *partus*

set/wadah *desinfeksi* tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

- 7) Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air *desinfeksi* tingkat tinggi.
- 8) Dengan menggunakan teknik *aseptik*, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan *serviks* sudah lengkap.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada *his*, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka *partus set*.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 18) Saat kepala bayi membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, lindungi *perineum* dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahir bahu.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu *anterior* muncul di bawah arkus *pubis* dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu *posterior*. Lahir badan dan tungkai.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah *perineum* tangan, membiarkan bahu dan lengan *posterior* lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan

- tangan bayi saat melewati *perineum*, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan *anterior* (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan *anterior* bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (*anterior*) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan *palpasi abdomen* untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan *oksitosin* 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan tali pusat terkendali
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang *pubis*, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan *palpasi* kontraksi dan menstabilkan *uterus*. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu *uterus* berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah *uterus* dengan cara menekan *uterus* ke arah atas dan belakang (*dorso kranial*) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya *inversio uteri*. Jika *plasenta* tidak lahir setelah 30–40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
- 37) Setelah *plasenta* terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti *kurve* jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada *uterus*.
- 38) Jika *plasenta* terlihat di *introitus vagina*, melanjutkan kelahiran *plasenta* dengan menggunakan kedua tangan. Memegang *plasenta* dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar *plasenta* hingga selaput ketuban terpinil.

- 39) Segera setelah *plasenta* dan selaput ketuban lahir, melakukan *masase uterus*, meletakkan telapak tangan di *fundus* dan melakukan *masase* dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus* berkontraksi (*fundus* menjadi keras).
- 40) Memeriksa kedua sisi *plasenta* baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
- 41) Mengevaluasi adanya *laserasi* pada *vagina* dan *perineum* dan segera menjahit *laserasi* yang mengalami perdarahan aktif.
- 42) Menilai ulang *uterus* dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan *vagina*.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air *desinfeksi* tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat *desinfeksi* tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali *desinfeksi* tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi *uterus* dan perdarahan *pervaginam*.

- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan *masase uterus* dan memeriksa kontraksi *uterus*.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama *pasca* persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua *pasca* persalinan.
- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air *desinfeksi* tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf (Prawirohardjo, 2016).



Gambar 2.9
Proses Persalinan Kala II

c. Asuhan Ibu Bersalin Kala III

Setelah bayi lahir *uterus* teraba keras dengan *fundus uteri* diatas pusat beberapa menit kemudian *uterus* berkontraksi lagi untuk melepaskan *plasenta* dari dindingnya. Bisaanya *plasenta* lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada *fundus uteri*. Pengeluaran *plasenta*, disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II

adalah perdarahan akibat *atonia uteri*, *retensio plasenta*, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat.

Tempat *implantasi plasenta* mengalami pengerutan akibat pengosongan *kavum uteri* dan kontraksi lanjutan sehingga *plasenta* dilepaskan dari perlekatanannya dan pengumpulan darah pada ruang *utero-plasenter* akan mendorong *plasenta* keluar. Otot *uterus (miometrium)* berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga *uterus* setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan *plasenta*. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran *plasenta* tidak berubah maka *plasenta* akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding rahim, setelah lepas, *plasenta* akan turun ke bawah bagian bawah *uterus* atau ke dalam *vagina*.

Tanda-tanda lepasnya *plasenta* mencakup perubahan bentuk dan tinggi *fundus*. Setelah bayi lahir dan sebelum *miometrium* mulai berkontraksi, *uterus* berbentuk bulat penuh dan tinggi *fundus* bisaanya dibawah pusat. Setelah *uterus* berkontraksi dan *plasenta* terdorong ke bawah, *uterus* berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan *fundus* berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan). Tali pusat memanjang, tali pusat terlihat menjulur keluar melalui *vulva* (tanda *Ahfeld*). Semburan darah mendadak dan singkat, darah yang terkumpul dibelakang *plasenta* akan membantu mendorong *plasenta* keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang di antara dinding *uterus* dan pembukaan dalam *plasenta* melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi *plasenta* yang terlepas.

Manajemen aktif III: mengupayakan kontraksi yang *adekuat* dari *uterus* dan mempersingkat waktu kala III, mengurangi jumlah kehilangan darah, menurunkan angka kejadian retensio *plasenta*. Tiga langkah utama manajemen aktif kala III: pemberian *oksitosin/uterotonika* segera mungkin, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), Rangsangan *taktil* pada dinding *uterus* atau *fundus uteri* (*Masase Fundus Uteri*). Penegangan tali pusat terkendali: berdiri disamping ibu, pindahkan jepitan semula tali pusat ketitik 5-20 cm dari *vulva* dan pegang klem penjepit tersebut, letakan telapak tangan (alas dengan kain) yang lain, pada segmen bawah rahim atau dinding *uterus* dan *suprasimpisis*, pada saat terjadi kontraksi, tegangkan tali pusat sambil tekan tali *uterus* ke *dorsokranial*, ulangi kembali perasat ini bila *plasenta* belum dapat dilahirkan (jangan dilakukan pemaksaan).

Bila setelah 15 menit berlalu ternyata *plasenta* belum lahir, berikan *oksitosin* 10 IU, dosis kedua, kosongkan kandung kemih bila penuh, lakukan PTT ulangan, bila waktu 30 menit telah terlampaui (jangan mencoba cara lain untuk melahirkan *plasenta* walaupun tidak terjadi perdarahan) segera rujuk bila ibu ke fasilitas rujukan. Rangsangan *taktil* pada dinding *uterus*: minta ibu untuk melakukan telapak tangannnya pada dinding *uterus*, instruksikan untuk mengusap dinding *uterus* dengan gerakan *sirkuler*, beritahukan bahwa mungkin timbul rasa kencang atau tidak nyaman, *uterus* yang mengencang menunjukkan respon adekuat terhadap rangsangan, teruskan rangsangan *taktil* bila *uterus* masih belum berkontraksi (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Pemeriksaan *plasenta*, selaput ketuban dan tali pusat, sambil tangan kiri melakukan *massase* pada *fundus uteri*, periksa bagian *maternal* dan bagian *fetal plasenta* dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh *kotiledon* dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan kedalam kantong plastik yang tersedia.

Pemantauan: kontraksi, robekan jalan lahir dan *perineum*, tanda *vital*, dan *personal hygiene*. Memeriksa apakah ada robekan pada *introitus vagina* dan *perineum* yang menimbulkan perdarahan aktif. Bila da robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan *laserasi*. Periksa kembali kontraksi *uterus* dan tanda adanya perdarahan *pervaginam*, pastikan kontraksi *uterus* baik.

Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi *uterus*, tanda perdarahan *pervaginam* dan tanda *vital* ibu: 2-3 kali dalam 10 menit pertama, setiap lima belas menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua, pastikan kontraksi *uterus*, bila kontraksi *uterus* tidak baik, lakukan *masase uterus* dan berikan *metil ergometrin* 0,2 mg *intramuscular*.

Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa/merasakan *uterus* yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan melakukan cara *massase uterus* apabila kontraksi *uterus* tidak baik. Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi kemungkinan memeriksa tekanan darah dan nadi ibu, kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama *pasca* persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua *pasca* persalinan (Rukiyah dkk., 2012).

d. Asuhan Ibu Bersalin Kala IV

Satu jam setelah kelahiran membutuhkan observasi yang cermat pada pasien. Tekanan darah, kecepatan denyut nadi, dan kehilangan darah harus dipantau dengan cermat. Selama waktu inilah bisaanya terjadi perdarahan masa nifas, biasanya karena relaksasi rahim, tertahannya *fragmen plasenta*, atau *laserasi* yang tidak terdiagnosis. Perdarahan yang samar (misalnya pembentukan *hematoma vagina*) dapat muncul sebagai keluhan nyeri *pelvic*. Oleh karena itu bidan tidak boleh meninggalkan pasien pada masa ini.

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran *plasenta* dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan karena perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering (Rukiyah dkk., 2012).

Evaluasi Dan Pemantauan

1) Tinggi *Fundus uteri*

Setelah pengeluaran *plasenta*, *uterus* biasanya berada pada garis tengah dari *abdomen* kira-kira 2/3 antara *sympisis pubis* dan *umbilicus* atau berada tepat di *umbilicus*. *Uterus* yang berada di atas *umbilicus* merupakan indikator adanya penggumpalan darah di dalam *uterus*. *Uterus* yang dijumpai berada diatas *umbilicus* dan agak menyamping, biasanya kekanan, menunjukkan bahwa kandung kemih sedang penuh dan harus dikosongkan. Kandung kemih yang penuh mendorong *uterus* tergeser dari posisinya dan menghalanginya berkontraksi sebagaimana mestinya, dengan demikian memungkinkan terjadinya perdarahan

yang lebih banyak. *Uterus* seharusnya terasa keras bila diraba. *Uterus* yang lembek, berayun menunjukkan bahwa *uterus* dalam keadaan tidak berkontraksi dengan baik., dengan kata lain mengalami *atonia uteri*. *Atoniauterus* merupakan penyebab utama dari perdarahan segera setelah persalinan.

2) Pemeriksaan *Cerviks*, *Vagina*, dan *Perineum*

Segera setelah bidan merasa yakin bahwa *uterus* telah berkontraksi dengan baik, ia harus memeriksa *perineum*, *vagina* bagian bawah, serta *serviks* apakah ada cedera, perdarahan, benjolan *hematoma*, *laserasi* dan luka berdarah, serta mengevaluasi kondisi dari *episiotomi* jika memang ada. *Laserasi* diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan. Derajat satu, luasnya robekan mengenai *mukosa vagina*, *fourchette posterior*, dan kulit *perineum*. Derajat dua, seperti derajat satu dan juga mengenai otot *perineum*. Derajat tiga ini seperti derajat dua ditambah dengan otot *sfincter ani eksternal*. Derajat empat adalah sama seperti derajat tiga ditambah dengan dinding *rectum anterior*. Apabila pada saat pemeriksaan jalan lahir nampak perdarahan sebagai tetesan yang terus menerus atau memancar, perlu dicurigai adanya *laserasi vagina* atau *serviks* atau adanya pembuluh darah yang tidak diikat.

3) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

a) Tanda-tanda *Vital*

Pantau tanda-tanda *vital* ibu antara lain tekanan darah, denyut jantung, dan pernapasan dilakukan selama kala IV persalinan dimulai setelah kelahiran *plasenta*. Seterusnya kemudian dievaluasi lagi setiap 15 menit sekali hingga

keadaannya stabil. Suhu ibu diukur sedikitnya sekali dalam kala IV dan *dehidrasinya* juga harus dievaluasi. Denyut nadi biasanya berkisar 60-70 x/menit.

Apabila denyut nadi lebih dari 90 x/menit perlu dilakukan pemeriksaan dan pemantauan yang terus menerus. Jika ibu menggigil tetapi tidak ada infeksi (ingat bahwa peningkatan suhu dalam batas 2⁰F adalah normal) hal tersebut akan berlalu jika bidan mengikuti beberapa langkah dasar. Berilah kehangatan pada ibu, berilah rasa kepastian mengapa ia menggigil dan berilah pujian tentang kinerjanya dalam persalinan, ajari ibu untuk mengendalikan pernafasan. Kadang-kadang suhu dapat lebih tinggi dari 37,2⁰C akibat *dehidrasi* dan *partus* yang lama.

b) Kontraksi *uterus*

Pemantauan kontraksi *uterus* harus dilakukan secara simultan. Jika *uterus* lembek, maka wanita itu bisa mengalami perdarahan. Untuk mempertahankan kontraksi *uterus* dapat dilakukan rangsangan *taktil* (pijatan) bila *uterus* mulai melembek atau dengan cara menyusukan bayi kepada ibunya, tetapi si bayi bisaanya tidak berada di dalam dekapan ibu berjam-jam lamanya dan *uterus* mulai melembek lagi.

c) *Lochea*

Jika *uterus* berkontraksi kuat, *lochea* kemungkinan tidak lebih dari menstruasi. Dengan habisnya efek *oksitosin* setelah melahirkan, jumlah *lochea* akan bertambah karena *miometrium* sedikit banyak berelaksasi.

d) Kandung kemih

Kandung kemih harus dievaluasi untuk memastikan kandung kemih tidak penuh. Kandung kemih yang penuh mendorong *uterus* ke atas dan menghalangi

uterus berkontraksi sepenuhnya. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk menggosokkan kandung kemihnya dan anjurkan untuk menggosokkan kandung kemihnya setiap kali diperlukan. Ingatkan ibu bahwa keinginan untuk berkemih mungkin berbeda-beda setelah ia melahirkan bayinya. Jika ibu tidak dapat berkemih, bantu ibu dengan cara menyiramkan air bersih dan hangat kedalam *perineum*nya. Atau masukkan jari-jari ibu kedalam air hangat untuk merangsang keinginan berkemih secara spontan.

Jika setelah tindakan-tindakan ini ibu tetap tidak dapat berkemih secara spontan, mungkin diperlukan *cateterisasi* jika kandung kemih penuh atau dapat di *palpasi*, gunakan teknik *aseptik* pada saat memasukkan *kateter nelaton* disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengosongkan kandung kemih. Setelah mengosongkan kandung kemih, lakukan rangsangan *taktil* (pemijatan) untuk merangsang *uterus* berkontraksi lebih baik.

e) *Perineum*

Perineum dievaluasi untuk melihat adanya *edema* atau *hematoma*. Bungkus keping es yang dikenakan *perineum* mempunyai efek ganda untuk mengurangi ketidaknyamanan dan *edema* bila telah mengalami *episiotomi* atau *laserasi*.

4) Pemantauan Kala IV

Pantau tanda *vital* setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, nilai kontraksi *uterus* dan jumlah perdarahan, ajarkan ibu dan keluarganya untuk melakukan rangsangan *taktil*, menilai kontraksi *uterus* dan

estimasi perdarahan, rawat gabung ibu-bayi dan pemberian ASI, berikan asuhan esensial bayi baru lahir.

5) Memperkirakan Kehilangan Darah

Sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah secara tepat karena darah seringkali bercampur dengan cairan ketuban atau *urine* dan mungkin terserap handuk, kain, atau sarung. Tak mungkin menilai kehilangan darah secara akurat melalui perhitungan jumlah sarung karena ukuran sarung bermacam-macam dan mungkin telah diganti jika terkena sedikit darah atau basah oleh darah. Meletakkan wadah atau *pispot* di bawah bokong ibu untuk mengumpulkan darah bukanlah cara yang efektif untuk mengukur kehilangan darah dan cerminan asuhan sayang ibu karena berbaring di atas wadah atau *pispot* sangat tidak nyaman dan menyulitkan ibu untuk memegang dan menyusui bayinya.

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan cara melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol, ibu telah kehilangan satu liter darah. Jika darah bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan 250 ml darah. Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu.

6) *Laserasi* atau *Episiotomi Perineum*

Tujuan menjahit *laserasi* atau luka *episiotomi* adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (memastikan *hemostatis*). Pada saat menjahit *laserasi* gunakan benang yang cukup panjang dan gunakan sesedikit mungkin jahitan untuk mencapai tujuan

pendekatan dan *hemostatis* serta untuk memperkecil kemungkinan terkena infeksi (Rukiyah, dkk., 2012).

C. Nifas

1. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas merupakan masa setelah melahirkan bayi dan *plasenta* sampai 6 minggu atau 40 hari. Masa nifas sangat penting bagi seorang wanita karena merupakan masa pemulihan untuk mengembalikan alat kandungan serta fisik ibu ke kondisi seperti sebelum hamil. Selain itu masa nifas memerlukan pengawasan agar masa nifas dapat terlampaui dengan penuh kenyamanan. Masa nifas dimulai sesaat setelah keluarnya *plasenta* dan selaput janin serta berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil kira-kira sampai 6 minggu. Waktu 6 minggu setelah persalinan tersebut dimungkinkan agar semua sistem tubuh ibu dapat pulih dari efek kehamilan dan kembali pada kondisi seperti saat sebelum hamil. Nama lain masa nifas adalah masa *postpartum*, masa *puerperium*, masa *pascanatal* ataupun masa *postnatal* (Astutik, 2015).

Kelahiran bayi merupakan suatu peristiwa yang menyenangkan dan ditunggu-tunggu karena telah berakhir masa kehamilan, tetapi dapat juga

menimbulkan masalah bagi kesehatan ibu. Oleh karena itu dalam masa nifas perlu dilakukan pengawasan yang secara umum bertujuan untuk:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis.
- 2) Melaksanakan *screening* yang komprehensif, mendeteksi adanya masalah, megobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui ataupun pemberian imunisasi bagi bayi dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Astutik, 2015).

Tahapan Masa Nifas

1) *Puerperium* dini

Yang dimaksud dengan *puerperium* dini adalah masa kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berjalan. Pada masa tidak dianggap perlu lagi menahan ibu setelah persalinan terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah persalinan. Ibu nifas sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24-48 jam setelah persalinan. Keuntungan dari *puerperium* dini adalah ibu merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih lebih baik, ibu dapat segera belajar merawat bayinya.

2) *Puerperium Intermedia*

Puerperium intermedia adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia eksterna dan interna yang lamanya 6-8 minggu. Alat genitalia tersebut meliputi *uterus*, bekas *implantasi plasenta*, luka jalan lahir, *serviks*, *endometrium* dan *ligamen-ligamen*.

3) *Remote Puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bagi ibu selama hamil atau melahirkan mempunyai komplikasi. Waktu sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan dan tahunan (Astutik, 2015).

b. Fisiologi Masa Nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi berkaitan dengan pengaruh hormon selama kehamilan masa nifas dapat dicapai kondisi seperti sebelum hamil. Beberapa sistem dapat pulih lebih cepat dari lainnya. Selama enam bulan masa nifas, sistem muskuloskeletal tetap menunjukkan manifestasi gejala akibat proses persalinan. Perubahan fisiologis yang terjadi selama masa nifas meliputi :

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) *Uterus*

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (*involuti*) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Secara rinci proses *involuti uterus* dapat dilihat pada tabel di bawah ini (Astutik, 2015).

Tabel 2.3
Tinggi *Fundus Uteri* dan Berat *Uteri* Menurut Masa *Involuti*

<i>Involuti</i>	TFU	Berat <i>Uteri</i>	Diameter <i>Uteri</i>
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram	
1 minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram	7,5 cm
2 minggu	Tidak teraba di atas symphisis	350 gram	5 cm
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram	2,5 cm
8 minggu	Sebesar normal	30 gram	

Sumber : Heriyani, 2015

Pada *uterus* selain terjadi *involusi* juga terjadi proses *autolysis* yaitu pencernaan komponen-komponen sel oleh *hidrolase endogen* yang dilepaskan dari *lisosom* setelah kematian sel. Hal menyebabkan bekas *implantasi plasenta* pada dinding *endometrium* tidak meninggalkan bekas atau jaringan parut. Bekas *implantasi plasenta* segera setelah *plasenta* lahir seluas 12 x 15 cm dengan permukaan kasar dimana pembuluh darah besar bermuara. Pada pembuluh darah terjadi pembentukan *trombose* disamping pembuluh darah tertutup kontraksi otot rahim. Bekas *implantasi* dengan cepat mengecil, pada minggu kedua sebesar 6-8 cm, dan akhir *puerperium* sebesar 2 cm. Lapisan *endometrium* dilepaskan dalam bentuk jaringan yang telah rusak bersama dengan *lochea*. Luka bekas *implantasi* akan sembuh karena pertumbuhan *endometrium* yang berasal dari tepi luka dan lapisan *basalis endometrium*. Kesembuhan sempurna pada saat akhir masa nifas.

b) *Lochea*

Lochea adalah istilah untuk *secret* dari *uterus* yang keluar melalui *vagina* selama *puerperium*. Karena perubahan warnanya, nama deskriptif *lochea* berubah: *lochea rubra*, *serosa* atau *alba*. *Lochea rubra* berwarna merah karena mengandung darah. Ini adalah *lochea* pertama yang mulai keluar segera setelah kelahiran dan terus berlanjut selama dua hingga tiga hari pertama *pasca partum*. *Lochea rubra* terutama mengandung darah dan jaringan *desidua*. *Lochea serosa* mulai terjadi sebagai bentuk yang lebih pucat dari *lochea rubra*, *serosa*, dan merah muda. *Lochea* ini berhenti sekitar tujuh hingga delapan hari kemudian dengan warna merah muda, kuning atau putih hingga transisi menjadi *lochea alba*. *Lochea serosa* terutama mengandung cairan *serosa*, jaringan *desidua*, *leukosit* dan

eritrosit. Sedangkan *lochea alba* mulai terjadi sekitar hari kesepuluh *pascapartum* dan hilang sekitar periode dua hingga empat minggu (Heriyani, 2015).

c) *Serviks*

Serviks mengalami *involusi* bersama-sama *uterus*. Setelah persalinan, *ostium uteri eksterna* dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan *serviks* akan menutup.

d) *Vulva dan Vagina*

Vulva dan *vagina* mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu *vulva* dan *vagina* kembali kepada keadaan tidak hamil. Setelah 3 minggu *rugae* dalam *vagina* secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara *labia* menjadi lebih menonjol.

e) *Perineum*

Segera setelah melahirkan, *perineum* menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada masa nifas hari kelima, *tonus* otot *perineum* sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil, walaupun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

f) *Payudara*

Kadar *prolaktin* yang disekresi oleh kelenjar *hypofisis anterior* meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormon *plasenta* menghambat produksi ASI. Setelah kelahiran *plasenta*, konsentrasi *estrogen* dan *progesterone* menurun, *prolaktin* dilepaskan dan *sintesis* ASI dimulai. Suplay darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu, saat diproduksi, disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara diisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan *laktasi*. Pelepasan *oksitosin* dari kelenjar *hipofisis posterior* distimulasi oleh isapan bayi. Hal ini menyebabkan kontraksi sel-sel *mioepitel* di dalam payudara dan pengeluaran ASI. *Oksitosin* juga menstimulasi kontraksi *miometrium* pada *uterus*, yang biasanya dilaporkan wanita sebagai *afterpain* (nyeri kontraksi *uterus* setelah melahirkan) (Walyani & Purwoastuti, 2015).

2) Perubahan Pada Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama hal ini dikarenakan kemungkinan terdapat *spasme sfingter* dan *edema* leher *buli-buli* sesudah bagian ini mengalami *kompresi* antara kepala janin dan tulang *pubis* selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah *plasenta* dilahirkan, kadar hormon *estrogen* yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan *diuresis*. *Ureter* yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

3) Sistem Gastrointestinal

Diperlukan waktu 3-4 hari sebelum *faal* usus kembali normal. Meskipun kadar *progesteron* menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan *enema*. Rasa sakit di daerah *perineum* dapat menghalangi keinginan untuk Buang Air Besar (BAB) sehingga pada nifas sering timbul keluhan *konstipasi* akibat tidak teraturnya BAB (Walyani & Purwoastuti, 2015).

4) Sistem Endokrin

Kadar *estrogen* menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam nifas. *Progesteron* turun pada hari ke-3 nifas. Kadar *prolaktin* dalam darah berangsur-angsur hilang (Walyani & Purwoastuti, 2015).

5) Sistem *Muskuloskeletal*

Ambulasi bisa dimulai 4-8 jam nifas, dengan *ambulasi* dini akan membantu mencegah komplikasi dan mempercepat proses *invulasi* (Walyani & Purwoastuti, 2015).

6) Perubahan Pada Sistem *Intugemen*

Perubahan sistem *intugumen* pada masa nifas diantaranya adalah penurunan *melanin* umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya *hyperpigmentasi* kulit. Hal ini menyebabkan ibu nifas yang semula memiliki *hyperpigmentasi* pada kulit saat kehamilan secara berangsur-angsur menghilang sehingga pada bagian perut akan muncul garis-garis putih yang mengkilap dan dikenal dengan istilah *striae albican*. Perubahan pembuluh darah yang tampak

pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat *estrogen* menurun (Walyani & Purwoastuti, 2015).

7) Perubahan TTV Pada Masa Nifas

Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas diantaranya adalah :

a) Suhu Badan

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2⁰C-37,5⁰C. Kemungkinan disebabkan karena ikutan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38⁰C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau *sepsis* masa nifas.

b) Denyut Nadi

Setelah persalinan jika ibu dalam keadaan istirahat penuh, denyut nadi sekitar 60 x/menit dan terjadi terutama pada minggu pertama masa nifas. Frekuensi nadi normal yaitu 60-80 x/menit. Denyut nadi masa nifas umumnya lebih stabil dibandingkan suhu badan. Pada ibu yang *nervous* nadinya akan lebih cepat kira-kira 110 x/menit, bila disertai peningkatan suhu tubuh bisa juga terjadi *shock* karena infeksi.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah <140 mmHg, dan bisa meningkat dari sebelum persalinan sampai 1-3 hari masa nifas. Bila tekanan darah menjadi rendah perlu diwaspadai adanya perdarahan pada masa nifas. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, hal ini merupakan salah satu petunjuk kemungkinan adanya *pre-eklamsi* yang bisa timbul pada masa nifas dan diperlukan penanganan lebih lanjut.

d) *Respirasi*

Respirasi/pernapasan umumnya lambat atau normal, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau keadaan istirahat. Pernafasan yang normal setelah persalinan adalah 16-24 x/menit atau rata-ratanya 18 x/menit. Jika ditandai *trachipneu* maka perlu dikaji tanda *pneumonial* atau penyakit nifas lainnya. Bila respirasi cepat pada masa nifas (>30 x/menit) kemungkinan adanya shock.

8) Perubahan Pada Sistem Hematologi

Selama hamil, darah ibu relatif lebih encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobinnya (Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normalnya sekitar 11-12 gr%. Jika hemoglobinnya terlalu rendah, maka bisa terjadi anemia atau kekurangan darah. Oleh karena itu selama hamil ibu perlu diberi obat-obatan penambah darah sehingga sel-sel darahnya bertambah dan konsentrasi darah atau hemoglobinnya normal atau tidak terlalu rendah. Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar *fibrinogen* dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama masa nifas, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan meningkatnya *viskositas* sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan

hematokrit dan *hemoglobin* pada hari ke 3-7 masa nifas akan kembali normal dalam 4-5 minggu masa nifas (Astutik, 2015).

c. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat *genitalia interna* maupun *eksterna* akan berangsur-angsur pulih seperti ke keadaan sebelum hamil. Untuk membantu mempercepat proses penyembuhan pada masa nifas, maka ibu nifas membutuhkan diet yang cukup kalori dan protein, membutuhkan istirahat yang cukup dan sebagainya. Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk bergerak, karena dengan *ambulasi* dini (bangun dan bergerak setelah beberapa jam melahirkan) dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula. Kebutuhan dasar masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan

pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung sumber tenaga, pembangun dan pengatur/pelindung. Petunjuk untuk mengolah makanan sehat:

- a) Pilih sayur-sayuran, buah-buahan, daging dan ikan yang segar.
- b) Cuci tangan sampai bersih sebelum dan sesudah mengelola makanan.
- c) Cuci bahan makanan sampai bersih lalu dipotong-potong.
- d) Masak sayuran sampai layu
- e) Olah makanan sampai matang
- f) Hindari pemakaian zat pewarna, pengawet
- g) Jangan memakai minyak yang sudah berkali-kali dipakai
- h) Perhatikan kadaluarsa dan komposisi zat gizi makanan, jika di kemasan dalam kaleng.
- i) Jangan memilih kaleng yang telah penyok atau karatan.
- j) Simpan peralatan dapur dalam keadaan bersih dan aman.
- k) Jangan biarkan binatang berkeliaran di dapur (Walyani & Purwoastuti, 2015).

2) Cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh ibu tidak *dehidrasi*. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari *postpartum* (Walyani & Purwoastuti, 2015). Selama menyusui, kebutuhan vitamin meningkat, vitamin yang diperlukan antara lain vitamin A 200.000 unit sebanyak 2 kali yaitu pada jam setelah melahirkan dan 24 jam setelah melahirkan agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI. Sumber vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju, vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari untuk membantu penyerapan

protein dan meningkatkan fungsi syaraf dan bisa dikonsumsi dari daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang, vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh yang terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum (Astutik, 2015).

3) *Ambulasi*

Sebagian besar pasien dapat melakukan *ambulasi* segera setelah persalinan usai. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu mencegah *trombosis* pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu, kemudian duduk dan berangsur-angsur untuk berdiri dan jalan. Mobilisasi dini (*early mobilization*) bermanfaat untuk:

- a) Memperlancar pengeluaran *lochea*, mengurangi infeksi masa nifas
- b) Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- c) Mempercepat *involution* uterus
- d) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik
- e) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme
- f) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu
- g) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai (Walyani & Purwoastuti, 2015).

4) *Eliminasi*

Pada persalinan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apapun. Kebanyakan pasien dapat melakukan buang air kecil secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Miksi hendaknya dilakukan sendiri secepatnya, kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena *sfincter uretra* ditekan oleh kepala janin dan *spasme* oleh iritasi *musculus spinchter* selama persalinan, juga karena adanya *edema* kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila dalam 3 hari ibu tidak dapat berkemih, dapat dilakukan *urinaria* dengan air hangat, jika ibu belum bisa melakukan maka ajarkan ibu untuk berkemih sambil membuka kran air, jika tetap belum bisa melakukan juga maka dapat dilakukan *kateterisasi*.

Sedangkan buang air besar akan biasa setelah sehari, kecuali bila ibu takut dengan luka *episiotomi*. Bila sampai 3-4 hari belum buang air besar, sebaiknya dilakukan diberikan obat rangsangan per *oral* atau per *rektal*, jika masih belum bisa dilakukan klisma untuk merangsang buang air besar sehingga tidak mengalami sembelit dan menyebabkan jahitan terbuka (Walyani & Purwoastuti, 2015).

5) *Kebersihan Diri*

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih, segar dan wangi. Merawat *perineum* dengan baik dengan menggunakan antiseptik dan

selalu diingat bahwa membersihkan *perineum* dari arah depan ke belakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Langkah-langkah penanganan kebersihan diri adalah sebagai berikut :

- a. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh.
- b. Ajarkan ibu bagaimana cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah sekitar *vulva* terlebih dahulu dari depan ke belakang, baru kemudian dibersihkan daerah sekitar anus. Nasihat pada ibu untuk membersihkan *vulva* setiap kali selesai buang air kecil/besar.
- c. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari, kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari atau disetrika.
- d. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air, sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e. Jika ibu mempunyai luka *episiotomi* atau *laserasi*, sarankan kepada ibu untuk menghindari untuk menyentuh luka (Walyani & Purwoastuti, 2015).

6) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam berbagai hal, diantaranya mengurangi

jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, serta menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya (Walyani & Purwoastuti, 2015).

7) Tidur

Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikan dengan aktifitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh dan penurunan respons terhadap stimulus *eksternal*. Kegunaan atau fungsi dari tidur yang cukup adalah :

- a) Regenerasi sel-sel tubuh yang rusak menjadi baru.
- b) Memperlancar produksi hormon pertumbuhan tubuh.
- c) Mengistirahatkan tubuh yang letih akibat aktifitas sehari-hari.
- d) Meningkatkan kekebalan tubuh kita dari serangan penyakit.
- e) Menambah konsentrasi dan kemampuan fisik.

Posisi tidur ibu waktu beristirahat sesudah melahirkan harus tidur terlentang, hanya dengan satu bantal yang tipis. Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari (Walyani & Purwoastuti, 2015).

8) Seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka *episiotomi* dan luka bekas *section caesarean* biasanya telah sembuh dengan baik. Bila suatu persalinan

dipastikan tidak ada luka atau perobekan jaringan, hubungan seks bahkan telah boleh dilakukan 3-4 minggu setelah proses melahirkan. (Walyani & Purwoastuti, 2015).

9) Keluarga Berencana

Rencana KB setelah ibu melahirkan itu sangatlah penting dikarenakan secara tidak langsung KB dapat membantu ibu untuk dapat merawat anaknya dengan baik serta mengistirahatkan alat kandungannya (pemulihan alat kandungan). Ibu dan suami dapat memilih alat kontrasepsi apa saja yang ingin digunakan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

10) Senam Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan senam nifas adalah :

- a) Diskusikan pentingnya pengembalian otot perut dan panggul karena dapat mengurangi sakit punggung.
- b) Anjurkan ibu untuk melakukan *ambulasi* sedini mungkin secara bertahap, misalnya latihan duduk, jika tidak pusing baru boleh berjalan.
- c) Melakukan latihan beberapa menit sangat membantu

Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan, memperbaiki otot tonus, *pelvis* dan peregangan otot *abdomen*, memperbaiki juga memperkuat otot panggul dan

membantu ibu untuk lebih relaks pasca melahirkan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

11) Perawatan Payudara

Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Perawatan payudara berguna untuk menjaga payudara tetap bersih dan kering. Gunakan BH yang menyokong payudara. Bila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Kegiatan menyusui tetap dilakukan mulai dari puting susu yang tidak lecet. Bila lecet sangat berat, dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok. Untuk hilangkan nyeri, dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam. Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI, lakukan :

- a) Pengompresan payudara menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit
- b) Urut payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting.
- c) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara, sehingga puting susu menjadi lunak.
- d) Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat menghisap, seluruh ASI dikeluarkan dengan tangan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

d. Tanda Bahaya dan Komplikasi Pada Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan pada masa nifas adalah:

- 1) Demam tinggi melebihi 38⁰C

- 2) Perdarahan *vagina* luar biasa/tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan *haid* biasa/bila memerlukan penggantian pembalut 2 kali dalam setengah jam), disertai gumpalan darah yang besar-besar dan berbau busuk.
- 3) Nyeri perut hebat/rasa sakit di bagian bawah *abdomen* atau punggung, serta ulu hati.
- 4) Sakit kepala parah/terus menerus dan pandangan nanar/masalah penglihatan.
- 5) Pembengkakan wajah, jari-jari atau tangan.
- 6) Rasa sakit, merah atau bengkak di bagian betis atau kaki.
- 7) Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam.
- 8) Puting payudara berdarah atau merekah, sehingga sulit untuk menyusui.
- 9) Tubuh lemas dan terasa seperti mau pingsan, merasa sangat letih atau nafas terengah-engah.
- 10) Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama.
- 11) Tidak bisa buang air besar selama tiga hari atau rasa sakit waktu buang air kecil.
- 12) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya atau diri sendiri.
- 13) Depresi pada masa nifas (Walyani & Purwoastuti, 2015).

2. Asuhan Masa Nifas

Bidan dapat memberikan asuhan kebidanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah, yang dapat dilakukan pada hari ketiga atau hari keenam, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu ibu dalam proses pemulihan ibu dan memperhatikan kondisi bayi terutama penanganan tali pusat atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta

memberikan penjelasan mengenai masalah kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB. Dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi pada masa nifas dapat mencegah beberapa kematian ibu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali kunjungan, dengan tujuan:

- a. Kunjungan 1 (6-8 Jam Masa Nifas):
 - 1) Mencegah terjadinya perdarahan masa nifas.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*.
 - 4) Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
 - 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hipotermia*.
 - 7) Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
- b. Kunjungan 2 (6 Hari Masa Nifas):
 - a) Memastikan involusi *uterus* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, *fundus* di bawah *umbilikus*, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.

- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca persalinan.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
 - e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
- c. Kunjungan 3 (2 Minggu Masa Nifas):
- d. Memastikan involusi *uterus* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, *fundus* di bawah *umbilikus*, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
 - e. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan masa nifas.
 - f. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - g. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
 - h. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
- d. Kunjungan 4 (6 Minggu Masa Nifas):
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya.
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Walyani & Purwoastuti, 2015).



Gambar 2.10
Asuhan Masa Nifas

D. Bayi Baru Lahir

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dan umur kelahiran 37 minggu sampai 42 minggu dan Berat lahir 2.500 gram (Ilmiah, 2015). Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm

- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 x/menit lalu menurun ± 120 -140 x/menit.
- 6) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan *sub cutan* cukup dan diliputi *vernix caseosa*.
- 7) Rambut *lanugo* tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 8) Kuku agak panjang dan lemas
- 9) Genetalia perempuan labia mayor sudah menutupi *labia minora* untuk laki-laki *testis* sudah menurun.
- 10) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 11) Gerak reflek baik, bila diletakkan suatu benda di atas tangan bayi akan menggenggam.
- 12) Reflek *moro* sudah baik, urin dan *mekoneum* akan keluar dalam 24 jam pertama, *mekoneum* hitam kecoklatan (Ilmiah, 2015).

b. Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar *uterus* adalah sebagai berikut:

- 1) Penyesuaian sistem pernapasan

Penyesuaian yang paling kritis dan segera terjadi yang dialami bayi baru lahir adalah sistem pernapasan. Udara harus diganti oleh cairan yang mengisi saluran pernapasan sampai *alveoli*.

- 2) Penyesuaian sistem *kardiovaskuler*

Sistem sirkulasi jantung mulai berdenyut pada minggu ketiga kehamilan. Selama kehidupan janin, jantung mendistribusikan oksigen dan zat nutrisi yang disuplai melalui *plasenta*.

3) *Termogenesis* berarti produksi panas

Temperatur pada bayi saat lahir adalah sekitar 3 derajat lebih tinggi dari ibunya, namun pada detik kedua, terdapat penurunan yang tajam pada temperatur tubuh yang dikeluarkan melalui *konveksi, evaporasi, konduksi* dan *radiasi*.

4) Penyesuaian *gastrointestinal*

Sebelum lahir, janin cukup menghisap dan menelan air ketuban. Refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir.

5) Penyesuaian sistem kekebalan tubuh

Pada masa awal kehidupan janin, sel-sel yang menyuplai imunitas janin sudah mulai berkembang. Namun, sel-sel ini tidak aktif selama beberapa bulan. Bayi baru lahir dilindungi oleh kekebalan pasif yang diterima dari ibunya. Namun, bayi sangat rentan terhadap mikroorganisme, oleh karena itu bayi rentan terkena infeksi.

2. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan/gangguan. Oleh karena itu, penting diperhatikan dalam memberikan asuhan segera, yaitu jaga bayi

tetap kering dan hangat, kotak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.

- a. Membersihkan jalan nafas
- b. Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu. Bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa.
- c. Periksa ulang pernapasan (Ilmiah, 2015).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, yaitu :

a) Pencegahan Infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir penolong harus melakukan upaya pencegahan infeksi berikut :

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayi.
- 2) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Memastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan terutama klem, gunting, penghisap lendir *De Lee* dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril. Gunakan bola karet yang baru dan bersih jika ingin melakukan penghisapan lendir dengan alat tersebut.
- 4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula halnya timbangan, pita

pengukur, *thermometer*, *stetoskop* dan benda lainnya akan bersentuhan dengan bayi juga dibersihkan.

b) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat.

c) Membersihkan jalan napas

Bayi normal akan menangis spontan setelah lahir. Apabila tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napasnya.

d) Memotong dan merawat Tali Pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah *plasenta* lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi tidak menangis maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 3 cm dari dinding perut bayi dengan dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari atau setiap basa atau kotor. Sebelum memotong tali

pusat, dipastikan bahwa tali pusat tidak terjerat atau tertekuk untuk mencegah terjadinya perdarahan. Tali pusat selalu siap tersedia di ambulans, rumah sakit, dan tempat perawatan bayi. Setelah memotong tali pusat, perdarahan dari tali pusat.



Gambar 2.11
Perawatan Bayi Baru Lahir

e) Penilaian Awal (*APGAR SCORE*)

Biasanya untuk mengevaluasi bayi baru lahir pada menit pertama dan menit kelima setelah kelahirannya menggunakan sistem *APGAR*. Nilai *APGAR* akan membantu dalam menentukan tingkat keseriusan dari depresi bayi baru lahir yang terjadi serta langkah segera yang akan diambil. Hal yang perlu dinilai antara lain warna kulit bayi, frekuensi jantung reaksi terhadap rangsangan, aktifitas tonus otot, dan pernapasan bayi masing-masing diberi tanda 0, 1 atau 2 sesuai dengan kondisi bayi. Klasifikasi klinik :

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai 4-6 : bayi dengan *asfiksia* ringan dan sedang
- 3) Nilai 1-3 : bayi dengan *asfiksia* berat

Tabel 2.4
Perhitungan Nilai APGAR

No	Penilaian	0	1	2
1	A= <i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah
2	P= <i>Pulse</i> (denyut nadi)	Tidak ada	<100	>100
3	G= <i>Grimace</i> (Reflek)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Batuk bersin
4	A= <i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
5	R= <i>Respiration</i> (usaha bernafas)	Tidak ada	Lemah tidak treatur	Baik menangis

Sumber : Ilmiah, 2016

f) Inisiasi Menyusui Dini

Yaitu kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan dimulai pada kala III sampai dengan *postpartum*. Ada beberapa keuntungan fisiologis yang dapat diperoleh dari kontak dini :

- 1) Kadar *oksitosin* dan *prolaktin* meningkat.
- 2) Reflek menghisap dilakukan dini.
- 3) Pembentukan kekebalan aktif dimulai.
- 4) Mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak (*body warmth*) (kehangatan tubuh); waktu pemberian kasih sayang; stimulasi hormonal). (Ilmiah, 2015).

g) Pemberian ASI

Rangsangan hisapan bayi pada puting susu akan diteruskan oleh serabut syaraf ke *hipofisis anterior* untuk mengeluarkan hormon *prolaktin*. *Prolaktin*

inilah yang memacu payudara untuk menghasilkan ASI. Semakin bayi menghisap puting susu akan semakin banyak prolaktin dan ASI dikeluarkan. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10-14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi ASI 700-800 cc ASI per hari (kisaran 600-1000 cc) untuk tumbuh kembang bayi. Produksi ASI mulai menurun (500-700 cc) setelah 6 bulan pertama dan menjadi 400-600 cc pada 6 bulan kedua. Produksi ASI akan menjadi 300-500 cc pada tahun kedua usia anak. Pastikan bahwa pemberian ASI mulai dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusui bayi setelah tali pusat diklem dan dipotong. Pemberian ASI memiliki beberapa keuntungan, antara lain:

- 1) Memulai pemberian ASI secara dini akan merangsang produksi ASI.
- 2) Memperkuat refleks menghisap (refleks menghisap awal pada
- 3) bayi paling kuat pada beberapa jam pertama setelah lahir)
- 4) Memulai pemberian ASI secara dini akan memberikan
- 5) pengaruh yang positif bagi kesehatan bayi.
- 6) Mempromosikan hubungan emosional antara ibu dan bayi.
- 7) Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui colostrum.
- 8) Merangsang kontraksi *uterus*.

Pedoman Umum untuk Ibu saat Menyusui

- 1) Mulai menyusui segera setelah bayi lahir dalam 30 menit pertama.

- 2) Jangan memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi (misalnya air, madu, larutan gula atau pengganti susu ibu kecuali pada indikasi yang jelas atas alasan-alasan mereka).
- 3) Jarang sekali para ibu cukup memiliki ASI sehingga membutuhkan asupan susu buatan tambahan.
- 4) Berikan ASI saja selama enam bulan pertama kehidupannya.
- 5) Berikan ASI kepada bayi sesuai dengan kebutuhannya, baik siang maupun malam (delapan kali atau lebih dalam 24 jam) selain bayi menginginkannya (Ilmiah, 2015).

Pemberian ASI pada bayi baru lahir sangat disarankan. Adanya anggapan bahwa cukup tidaknya ASI pada bayi ditentukan oleh kondisi fisik bayi, anggapan ini tidaklah benar, karena ASI tidak dapat ditakar. Hal ini dikarenakan kandungan ASI yang demikian unik dan relatif berubah-ubah seiring dengan usia dan kebutuhan bayi. Cukup tidaknya ASI pada bayi dapat dipantau dari keadaan gizi pada bayi. Ukuran yang paling sering digunakan adalah berat badan. Cara untuk mengetahui kecukupan ASI pada bayi adalah sebagai berikut:

- 1) Tiap menyusui, bayi menyusu dengan kuat tetapi kemudian melemah dan tertidur pulas minimal 8-12 kali dalam 24 jam (setiap menyusu bayi akan menghisap dengan kuat dan menelan).
- 2) Payudara akan terasa lunak setelah menyusui dibanding sebelumnya.
- 3) Bayi akan BAB dan BAK dengan normal.

Popok bayi merupakan salah satu indikator apakah bayi mendapat cukup ASI atau tidak, yaitu dengan cara melihat seberapa sering dia BAB dan BAK,

dikatakan normal apabila bayi BAK paling tidak 6-8 kali sehari atau lebih (setiap kali habis menyusui) dan warna urine kekuningan. Bayi akan BAB paling tidak 2-5 kali sehari (bayi berusia kurang dari 6 minggu), frekuensi BAB nya semakin jarang.

Bayi mempunyai BB dan TB yang ideal. Selama minggu pertama kehidupan, bayi akan kehilangan 10% dari berat waktu lahir (yaitu 280-336 gram pada bayi yang lahir cukup bulan). Pada akhir minggu kedua, BB bayi harus kembali ke BB sewaktu lahir. Jika asupan ASI cukup, bayi akan mengalami kenaikan BB 20 gram sehari selama 3 bulan pertama. Oleh karena itu bayi sebaiknya ditimbang 1-2 minggu sekali (Astutik, 2015).



Gambar 2.12.
Penimbangan BB Bayi

h) Memberi Vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi berkisar antara 0,25 – 0,5 % . Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara IM (Ilmiah, 2015).

i) Memberi Obat Tetes atau Salep Mata

Pemberian obat mata *chloramphenicol* 0,5 % dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (Ilmiah, 2015).

j) Identifikasi Bayi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan maka sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan (Ilmiah, 2015).

k) Pemantauan bayi lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan. Bayi yang baru lahir harus dipantau dua jam pertama setelah lahir. Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi meliputi: kemampuan menghisap kuat atau lemah; bayi tampak aktif atau lunglai; bayi kemerahan atau biru. Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada atau tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti: bayi kecil untuk masa kehamilan bayi kurang bulan; gangguan pernapasan; *hipotermi*; infeksi; cacat bawaan dan trauma lahir (Ilmiah, 2015).

3. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

a. Prinsip saat Pemeriksaan pada Bayi baru lahir

- 1) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lanjut pada saat menangani bayi.

- 3) Lihat, dengarkan dan rasakan tiap-tiap daerah, dimulai dari kepala dan berlanjut secara sistematis menuju jari kaki.
- 4) Jika ditemukan faktor risiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
- 5) Rekam hasil pengamatan dan tiap tindakan jika diperlukan bantuan lebih lanjut (Ilmiah, 2015).

b. Pengukuran Rutin BBL

- 1) Berat Badan: berat badan pada bayi cukup bulan normalnya 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan: diukur dari puncak kepala sampai tumit pada bayi cukup bulan normalnya 48-53 cm.
- 3) Lingkar kepala: diukur dengan meteran, mulai dari bagian kepala dan area *occipital frontalis* yang merupakan diameter terbesar. Normalnya adalah 31-35,5 cm pada bayi cukup bulan.
- 4) Lingkar dada: pada bayi cukup bulan normalnya 30,5-33 cm. Pengukuran dilakukan mulai dari garis bawah dada (Ilmiah, 2015).

c. Prosedur Pemeriksaan Fisik pada Bayi baru lahir

- 1) Pemeriksaan fisik secara umum: yang dinilai penampilan secara umum seperti tangisan bayi, ukuran tubuh bayi apakah kecil, besar, atau kurus.
- 2) Pemeriksaan fisik khusus: tingkat pernafasan normalnya 30-60x/menit, detak jantung normalnya 120-160 x/menit, suhu tubuh normalnya 36,5-37,5°C, Kepala apakah ada *molase*, *caput succadenum* dan *chepal hematoma*, perdarahan dan lain-lain, telinga, mata, hidung dan mulut,

leher, dada, bahu, lengan dan tangan, perut, alat kelamin, pinggul, kulit, punggung dan anus, tungkai dan kaki (Ilmiah, 2015).

d. Imunisasi yang Diberikan pada Bayi Baru Lahir

Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit setelah lahir.

Tabel 2.5
Jadwal Pemberian Imunisasi

No	Umur	Jenis	Interval Minimal untuk jenis yang sama
1	0-24 jam	Hepatitis B	Antara DPT-HB-Hib 1 sampai DPT-HB-Hib 3 berjarak 1 bulan
2	1 bulan	BCG, Polio 1	
3	2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2	
4	3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3	
5	4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	
6	9 bulan	Campak	

Sumber: Rukiyah & Yulianti, 2016

4. Kunjungan *Neonatus* (KN)

Kunjungan *neonatus* adalah pelayanan kesehatan *neonatus* adalah pelayanan kesehatan sesuai standart yang di berikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada *neonatus* sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas maupun melalui kunjungan rumah. Kunjungan *neonatal* bertujuan untuk meningkatkan akses *neonatus* terhadap pelayanan kesehatan dasar dan mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan atau

masalah kesehatan pada *neonatus*. Pelaksanaan pelayanan kesehatan *neonatus* adalah sebagai berikut:

- a. Kunjungan *Neonatal* ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.
- b. Kunjungan *Neonatal* ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.
- c. Kunjungan *Neonatal* ke-3 (KN-3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.

Tabel 2.6

Kunjungan dan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan *Neonatus*

Kunjungan		Pelayanan Yang Diberikan
1	KN1	Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (≥ 24 jam). Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6 - 24 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan : a) Jaga kehangatan tubuh bayi b) Berikan Asi Eksklusif c) Cegah infeksi d) Rawat tali pusat

- | | | |
|---|-----|---|
| 2 | KN2 | a) Jaga kehangatan tubuh bayi
b) Berikan Asi Eksklusif
c) Cegah infeksi
d) Rawat tali pusat |
| 3 | KN3 | Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit.
Lakukan:
a) Jaga kehangatan tubuh
b) Beri ASI Eksklusif
c) Rawat tali pusat |

Sumber : Kemenkes RI, 2010



Gambar 2.13
Memandikan Bayi

E. Keluarga Berencana

1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol

waktu saat kelahiran dalam hubungan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Runjati & Umar, 2018).

Menurut Keluarga Berencana menurut UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Arum & Sujiyatini, 2017, hal 28).

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel *sperma* (*konsepsi*) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Terdapat beberapa metode yang digunakan dalam kontrasepsi. Metode dalam kontrasepsi tidak ada satupun yang efektif secara menyeluruh. Meskipun begitu, beberapa metode dapat lebih efektif dibandingkan metode lainnya. Efektifitas metode kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian pengguna dengan instruksi. Perbedaan keberhasilan metode juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkadang tidak konsisten) dan penggunaan sempurna (mengikuti semua instruksi dengan benar dan tepat). Perbedaan efektifitas antara penggunaan tipikal dan penggunaan sempurna menjadi sangat bervariasi antara suatu metode kontrasepsi dengan metode kontrasepsi yang lain (Mulyani & Rinawati, 2013).

b. Pemilihan Metode Kontrasepsi

Dalam menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan klien, perlu dilakukan perencanaan keluarga dan penapisan klien. Dalam perencanaan

keluarga ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu: seorang perempuan bisa melahirkan setelah ia mendapat haid pertama; kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid; kehamilan yang terbaik dan risiko paling rendah risikonya adalah antara 20 – 35 tahun; persalinan pertama dan kedua paling rendah risikonya; jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2 – 4 tahun. Dalam pelaksanaan perencanaan keluarga tersebut ada tiga fase dalam pemilihan metode kontrasepsi rasional dengan urutan sebagai berikut, yaitu:

- 1) Fase mencegah kehamilan yaitu umur kurang dari 20 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah pil, IUD, suntik dan *implant*.
- 2) Fase menjarangkan kehamilan yaitu umur 20-35 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah IUD, suntik, pil, *implant*.
- 3) Fase tidak hamil lagi yaitu umur lebih dari 35 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah kontap, IUD, *implant*, suntik dan pil (Kemenkes RI, 2014).

c. Kontrasepsi *pasca* persalinan

Kembalinya kesuburan perempuan pada keadaan *pasca* persalinan tidak terduga dan kadang dapat terjadi sebelum datangnya menstruasi. Rata-rata pada ibu yang tidak menyusui, *ovulasi* terjadi pada 45 hari *pasca* persalinan atau lebih awal dan 2 dari 3 ibu yang tidak menyusui akan mengalami *ovulasi* sebelum datangnya menstruasi. KB *Pasca* Persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan. Secara umum, hampir semua metode kontrasepsi dapat digunakan sebagai metode KB *pasca* persalinan. Tujuan pelayanan KB *Pasca* Persalinan adalah untuk mengatur jarak kelahiran,

jarak kehamilan, dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga setiap keluarga dapat merencanakan kehamilan yang aman dan sehat. Hal ini didukung juga oleh Hasil Kajian *Health Technology Assessment* (HTA) Indonesia, tahun 2009. KB pada periode menyusui dengan rekomendasi sebagai berikut :

- 1) Wanita pada periode menyusui direkomendasikan untuk menggunakan kontrasepsi sebelum terjadi *ovulasi* pertama kali sekitar 155 ± 45 hari.
- 2) Bahwa Pemberian ASI Eksklusif menunda terjadinya *ovulasi*.
- 3) Metode kontrasepsi progestin tidak mengganggu volume dan kandungan nutrisi Air Susu Ibu.
- 4) Kontrasepsi pil progestin (*progestin-only minipills*) dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama *pasca* persalinan. Namun, bagi wanita yang mengalami keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, minipil dapat segera digunakan dalam beberapa hari (setelah 3 hari) *pasca* persalinan.

Kontrasepsi suntikan progestin/ *Depo Medroxy Progesteron Acetat* (DMPA) pada minggu pertama (7 hari) atau minggu keenam (42 hari) *pasca* persalinan terbukti tidak menimbulkan efek negatif terhadap menyusui maupun perkembangan bayi. Penggunaan DMPA jangka panjang (>2 tahun) terbukti menurunkan *densitas* mineral tulang sebesar 5-10% pertahun. Namun, WHO merekomendasikan tidak adanya pembatasan lama penggunaan DMPA bagi wanita usia 18- 45 tahun. Tidak terdapat hubungan antara durasi penggunaan DMPA dengan peningkatan risiko kanker payudara. Kontrasepsi *implant* merupakan pilihan bagi wanita menyusui dan aman digunakan selama masa *laktasi*, minimal 4 minggu *pasca* persalinan AKDR *pasca plasenta* aman dan

efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu *pasca* persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan *insersi* AKDR dalam 10 menit setelah ekspulsi *plasenta*, memastikan *insersi* mencapai *fundus uteri*, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman.

Jika 48 jam *pasca* persalinan telah lewat, *insersi* AKDR ditunda sampai 4 minggu atau lebih *pasca* persalinan. AKDR 4 minggu *pasca* persalinan aman dengan menggunakan AKDR copper T, sedangkan jenis *non copper* memerlukan penundaan sampai 6 minggu *pasca* persalinan. Penggunaan kontrasepsi kombinasi *oral* dalam 6 bulan *pasca* persalinan dapat menurunkan volume ASI pada wanita menyusui. Pada negara-negara dengan keterbatasan akses terhadap kontrasepsi, MAL dapat direkomendasikan untuk digunakan. Metode *Amenorea Laktasi* (MAL) efektif mencegah kehamilan pada wanita menyusui *pasca* persalinan yang memenuhi kriteria sebagai berikut: *amenorea*, pemberian ASI eksklusif, proteksi terbatas pada 6 bulan pertama. MAL dapat dipertimbangkan penggunaannya pada daerah dengan keterbatasan akses terhadap kontrasepsi (Kemenkes RI, 2014).

d. *Intra Uterine Device* (IUD) / Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1) Definisi

Intra Uterine Device (IUD) adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman dan reversibel yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis. IUD merupakan suatu alat

kontrasepsi yang dimasukan dalam rahim terbuat dari bahan polyethylene dilengkapi dengan benang nilon sehingga mudah dikeluarkan dari dalam rahim (Runjati & Umar, 2018).

Intra Uterine Device adalah alat kontrasepsi yang dimasukan kedalam rahim yang bentuknya bermacam-macam terdiri dari plastik (polyethylene), ada yang dililit tembaga (Cu), ada pula yang tidak, ada yang dililit tembaga bercampur perak (Ag), selain itu ada pula yang dibatangnya berisi hormon progesteron (Suratun et al., 2016).

2) Jenis IUD

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim digolongkan dalam 2 jenis yaitu *un-medicated* IUD (IUD yang tidak mengandung obat, KB spiral yang berlapis tembaga) dan *medicated* IUD (IUD yang mengandung obat, KB spiral mengandung hormon). *Un-medicated* IUD mengandung tembaga dan tidak mengandung hormon. Efektivitas KB dapat mencegah kehamilan hingga 10 tahun sejak pemasangan pada hari pertama (Runjati & Umar, 2018).

Menurut Suratun, *et al* (2016), bahwa jenis-jenis IUD antara lain:

- 1) IUD Generasi Pertama, disebut lippesloop, berbentuk spiral atau huruf S ganda, terbuat dari plastik (Polyethylene).



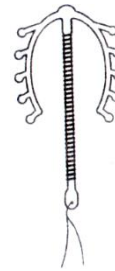
Gambar Lippes loop

- 2) IUD Generasi Kedua :

- a) Cu T 200 B, berbentuk T yang batangnya dililit tembaga (Cu) dengan kandungan tembaga
- b) Cu 7, berbentuk angka 7 yang batangnya dililit tembaga
- c) ML Cu 250, berbentuk 3/3 lingkaran elips yang bergerigi yang batangnya dililit tembaga



Gambar Cu T 200



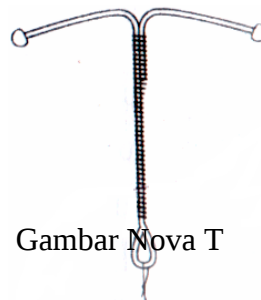
Gambar Multiload Standart

3) IUD Generasi Ketiga :

- a) Cu T. 380 A, berbentuk huruf T dengan lilitan tembaga yang lebih banyak dan perak
- b) MI Cu 375, batangnya dililit tembaga berlapis perak
- c) Nova T. Cu 200 A, batang dan lengannya dililit tembaga



Gambar T 380 A



Gambar Nova T

4) IUD Generasi Keempat,

Genefix, merupakan AKDR tanpa rangka terdiri dari benang polipropilen monofilamen dengan enam butir tembaga.



Gambar Nova T

Medicated IUD yaitu IUD yang mengandung obat (KB spiral mengandung hormon). Jenis IUD yang mengandung hormon steroid adalah prigestase yang mengandung progesteron dari mirena yang mengandung levonorgestrel. IUD dilapisi oleh hormon progestin. Sekali pasang, dapat mencegah kehamilan hingga 3-5 tahun bergantung dari mereknya. Jenis IUD yang mengandung hormon adalah:

- 1) Progestasert-T/Alza T yang memiliki panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam.
- 2) Progestasert-T/Alza T mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65 mcg progesterone per hari. Daya kerja 18 bulan (Runjati & Umar, 2018).

3) Efektivitas

Efektivitas IUD sangat tinggi yaitu berkisar antara 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Sedangkan IUD dengan progesteron antara 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan (Proverawati et al., 2014)

4) Cara Kerja

Mekanisme kerja dari IUD adalah menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi. Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum

uteri, IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilitas, memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (M. U. K. Dewi, 2013).

Menurut Runjati dan Umar (2018) cara kerja dari IUD adalah sebagai berikut:

- 1) Timbulnya reaksi radang lokal yang non-spesifik di dalam cavum uteri sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu.
- 2) Produksi lokal prostaglandin yang meningkat, yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
- 3) Gangguan/terlepasnya *blastocyst* yang telah berimplantasi di dalam endometrium.
- 4) Menghambat pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopii.
- 5) *Immobilisasi* spermatozoa saat melewati cavum uteri.
- 6) Mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilisasi).

5) Keuntungan

Un-medicated IUD maupun *Medicated* IUD memiliki keuntungan masing-masing yaitu sebagai berikut:

- 1) Keuntungan *un-medicated* IUD adalah sebagai berikut:
 - a) IUD yang mengandung Cu ukuran tabung inserter lebih kecil, ekspulsi lebih jarang dan kehilangan darah haid lebih sedikit, dapat lebih ditolerir oleh wanita yang belum punya anak atau wanita dengan paritas rendah.
 - b) IUD yang mengandung hormonal dapat mengurangi volume darah haid (dapat sampai di bawah tingkat pra-insersi)
 - c) Wanita yang menggunakan IUD tidak memikirkan persiapan kontrasepsi tiap hari atau setiap bulan.
- 2) Keuntungan *medicated* IUD adalah sebagai berikut:
 - a) Secara kontrasepsi memiliki keuntungan yaitu efektif dengan proteksi jangka panjang (1 tahun), tidak mengganggu hubungan seksual, tidak berpengaruh terhadap ASI, kesuburan segera kembali sesudah IUD dilepas, Efek samping yang sangat kecil dan memiliki efek sistemik yang sangat kecil.
 - b) Secara non kontrasepsi memiliki keuntungan yaitu mengurangi nyeri haid, dapat digunakan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen untuk pencegahan hiperplasia endometrium. Mengurangi jumlah darah haid, sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomiosis, kontrasepsi pilihan bagi wanita perimenopause dan tidak mengurangi penggunaan obat tuberkulosis atau obat epilepsi karena bekerja secara lokal (Runjati & Umar, 2018).

6) Kerugian

- 1) Kerugian *un-medicated* IUD adalah sebagai berikut:
 - a) Tidak memberikan perlindungan terhadap HIV atau penyakit menular seksual.
 - b) IUD yang mengandung Cu perlu diganti setelah pemakaian beberapa tahun.
 - c) IUD yang mengandung hormonal jauh lebih mahal dari pada Cu IUD
 - d) Harus diganti setelah 5 tahun
 - e) Sering menimbulkan perdarahan mid-sklus dan perdarahan bercak/spotting
 - f) Insidens kehamilan ektopik lebih tinggi
- 2) Kerugian *medicated* IUD adalah sebagai berikut:
 - a) Secara kontrasepsi efektif dengan proteksi jangka panjang (1 tahun). Tidak mengganggu hubungan seksual. Tidak berpengaruh terhadap ASI. Kesuburan segera kembali sesudah IUD. Efek samping yang sangat kecil. Memiliki efek sistemik yang sangat kecil.
 - b) Secara non kontrasepsi mengurangi nyeri haid, dapat digunakan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen untuk pencegahan hiperplasia endometrium. Mengurangi jumlah darah haid. Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomiosis. Kontrasepsi pilihan bagi wanita perimenopause. Tidak mengurangi penggunaan obat tuberkulosis atau obat epilepsi karena bekerja secara lokal (Runjati & Umar, 2018).

7) **Indikasi**

- 1) Indikasi *un-medicated* IUD adalah sebagai berikut:

- a) Usia reproduktif
 - b) Pernah melahirkan dan mempunyai anak, serta ukuran rahim tidak kurang dari 5 cm.
 - c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
 - d) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
 - e) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
 - f) Risiko rendah dari infeksi menular seksual.
 - g) Tidak menghendaki metode hormonal.
 - h) Tidak ada kontra indikasi.
- 2) Indikasi *medicated* IUD adalah sebagai berikut:
- a) Usia produktif
 - b) Telah memiliki anak atau belum
 - c) Menginginkan kontrasepsi yang efektif jangka panjang untuk mencegah kehamilan
 - d) Wanita yang sedang menyusui
 - e) Pasca keguguran dan tidak ditemukan tanda radang panggul
 - f) Tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi hormonal kombinasi
 - g) Sering lupa menggunakan pil
 - h) Usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen
 - i) Wanita mempunyai risiko rendah mendapat infeksi menular seksual
- (Runjati & Umar, 2018).

8) Kontra Indikasi

- 1) Kontra indikasi *un-medicated* IUD adalah sebagai berikut:

- a) Sudah terjadi kehamilan
- b) Terdapat penyakit inflamasi pelvik
- c) Karsinoma serviks atau uterus
- d) Terdapat riwayat atau keberadaan penyakit katup jantung karena penyakit rentan terhadap endometritis bakterial
- e) Keberadaan mioma, malformasi kongenital, atau anomali perkembangan yang dapat mempengaruhi rongga uterus
- f) Ada kerugiaan alergi terhadap tembaga atau penyakit Wilson (penyakit genetik diturunkan yang mempengaruhi metabolisme tembaga sehingga mengakibatkan penumpukan tembaga di berbagai organ dalam tubuh)
- g) Ukuran uterus dengan alat periksa (sonde) berada di luar batas yang ditetapkan pada petunjuk terbaru tentang memasukkan IUD, uterus harus terekam pada kedalaman 6-9 cm pada paragard dan mirena.
- h) Risiko tinggi penyakit menular seksual (pasangan seksual yang berganti-ganti).
- i) Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah kehamilan ektopik, merupakan kontra indikasi hanya pada pengguna IUD hormonal.
- j) Servisititis atau vaginitis akut (sampai diagnosis ditegakkan dan berhasil diobati).
- k) Peningkatan kerentanan terhadap infeksi (seperti pada terapi kortikosteroid kronis, diabetes, HIV/AIDS, leukemia dan penyalahgunaan obat-obatan).

- l) Penyakit hati akut, meliputi hepatitis virus aktif atau tumor hati merupakan kontra indikasi hanya pada pengguna IUD hormonal.
 - m) Ada indikasi terkena karsinoma payudara merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna IUD hormonal.
 - n) Trombosis vena profunda/embolisme paru yang baru terjadi merupakan kontra indikasi hanya pada penggunaan IUD hormonal.
 - o) Sakit kepala migren dengan gejala neurologis lokal merupakan kontra indikasi hanya pada penggunaan IUD hormonal
- 2) Kontra indikasi *medicated* IUD adalah sebagai berikut:
- a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - c) Wanita yang menderita vaginitis, salpingitis, endometritis, endometriosis.
 - d) Wanita yang menderita penyakit radang panggul atau pasca keguguran sepsis.
 - e) Wanita yang mempunyai kelainan kongenital rahim.
 - f) Wanita yang mempunyai mioma submukosum.
 - g) Wanita yang mempunyai rahim yang sulit digerakkan.
 - h) Wanita yang mempunyai riwayat kehamilan ektopik.
 - i) Wanita yang menderita penyakit tuberkulosis panggul.
 - j) Wanita yang menderita kanker payudara.
 - k) Wanita yang sering ganti pasangan.
 - l) Wanita yang mempunyai gangguan toleransi glukosa (Runjati & Umar, 2018).

9) Waktu Pemasangan

- 1) Waktu pemasangan *un-medicated* IUD adalah sebagai berikut:
 - a) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dipastikan wanita tidak hamil.
 - b) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
 - c) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu setelah persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL).
 - d) Setelah abortus/keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.
 - e) Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.
- 2) Waktu pemasangan *medicated* IUD adalah sebagai berikut:
 - a) Setiap waktu selama siklus haid, jika wanita tidak hamil
 - b) Sesudah melahirkan dalam waktu 48 jam pertama pasca persalinan, 6-8 minggu ataupun lebih sesudah melahirkan.
 - c) Segera sesudah induksi haid, pasca keguguran spontan, atau keguguran buatan dengan syarat tidak terbukti adanya infeksi (Runjati & Umar, 2018).

10) Efek Samping

Efek samping dari penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim adalah sebagai berikut:

- 1) Amenorea

Pastikan hamil atau tidak. Jika klien tidak hamil, IUD tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Jika ada amenorea yang terjadi sebagai masalah maka rujuk klien. Jika terjadi kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang IUD terlihat, cabut IUD. Agar pasien kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau, atau demam. Jangan mencabut IUD jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya lebih 13 minggu. Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya jelaskan tentang risiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat.

2) Kram

Jika terjadi infeksi beri pengobatan yang sesuai. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberikan analgetik. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut IUD, kemudian ganti dengan IUD baru atau cari metode kontrasepsi lain.

3) Perdarahan yang tidak teratur dan banyak

Jika ditemukan kehamilan ektopik rujuk klien jika dianggap perlu. Jika tidak ditemukan kelainan patologis dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3 x 800 mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. Jika perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3-7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25 mg estrogen equin konjugasi selama 14-21 hari. Jika perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut IUD dan bantu klien memilih metode kontrasepsi lain.

4) Benang hilang

Jika tidak hamil dan IUD masih di tempat, tidak ada tindakan yang harus dilakukan. Jika tidak yakin IUD masih berada di dalam rahim dan klien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/USG. Jika tidak ditemukan, pasang kembali IUD sewaktu datang haid. Jika ditemukan kehamilan dan benang IUD tidak kelihatan, lihat penanganan amenorea.

5) Cairan vaginal/dugaan penyakit radang panggul

Jika penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut IUD dan berikan pengobatan yang sesuai. Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan IUD tidak perlu dicabut. Jika klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai IUD lagi, berikan antibiotika selama 2 hari dan baru kemudian IUD dicabut dan bantu klien untuk memilih metode kontrasepsi lain (Runjati & Umar, 2018).

11) Cara Pemasangan IUD

Alat-alat yang dibutuhkan yaitu : satu set IUD, cairan antiseptik secukupnya (yodium 1%, betadin 1%, dettol : air = 1 : 20), kapas, spekulum cocor bebek/spekulum SIMS, gunting, sonde uterus, tenakulum satu gigi, tang tampon/pinset panjang, sepasang sarung tangan steril, dilatator hegar, dan peralatan seperti mangkuk suci hama dan tempat instrument yang suci hama.

Teknik cara pemasangan IUD yaitu :

- 1) Klien diberi penjelasan bahwa pemasangan IUD akan dilaksanakan
- 2) Klien dipersilahkan buang air kecil dahulu
- 3) Klien dipersilahkan berbaring dalam posisi litotomi

- 4) Lakukan pemeriksaan dalam, untuk menentukan besar rahim dan bentuk rahim
- 5) Masukkan spekulum bersihkan dinding vagina dan mulut rahim dengan kapas desinfektan
- 6) Bersihkan portio dengan larutan antiseptik
- 7) Kait bibir depan portio serviks dengan tenakulum tepat pada sebelah atas portio
- 8) Masukkan sonde sesuai dengan arah rahim
- 9) Siapkan IUD steril masukan IUD sesuai dengan arah dan dalamnya sonde. Terdapat cara untuk melepaskan IUD dari tabungnya. Yang pertama dengan mendorong flunger, cara kedua dengan menahan flunger penahan dan menarik tabung ke arah pemasang IUD.
- 10) Potong benang jangan panjang dan juga pendek agar tidak menyebabkan sakit pada waktu senggama (Suratun et al., 2016).



Gambar 2.14
Pemasangan IUD

2. Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana adalah pemberian komunikasi, informasi dan edukasi keluarga berencana yang dilaksanakan oleh pihak kesehatan termasuk dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan pada umumnya. Dalam melaksanakan program keluarga berencana, perlu diperhatikan bahwa bidang tanggung jawab kesehatan mencakup segi-segi pelayanan medis teknis dan pembinaan partisipasi masyarakat.

a. Pengertian Konseling KB

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Konseling yang baik dapat membuat klien merasa puas, membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB serta mempengaruhi interaksi antara tenaga kesehatan dan klien yang dapat meningkatkan hubungan dan kepercayaan yang sudah ada. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada. Dengan adanya informasi yang lengkap dan cukup akan memberikan keleluasaan kepada klien dalam memutuskan untuk memilih kontrasepsi (*Informed Choice*) yang akan digunakannya.

b. Langkah-Langkah Dalam Konseling

Dalam memberikan asuhan, khususnya bagi calon peserta KB baru, hendaknya menerapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci “SATU TUJU” tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Beberapa klien membutuhkan

lebih banyak perhatian pada langkah yang satu dibanding dengan langkah yang lainnya.

1) SA

Salam, sambut klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

2) T

Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat, dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatian bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

3) U

Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beri tahu apa pilihan reproduksinya yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Juga jelaskan alternatif kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien.

4) TU

Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka. Petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut. Jika memungkinkan didiskusikan mengenai pilihan tersebut kepada pasangannya. Pada akhirnya yakinkan bahwa klien telah membuat suatu keputusan yang tepat. Petugas dapat menanyakan apakah anda sudah memutuskan pilihan jenis kontrasepsi? Atau apa jenis kontrasepsi terpilih yang akan digunakan?

5) J

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya yang akan digunakan tersebut dan bagaimana cara penggunaannya. Sekali lagi doronglah klien untuk bertanya dan petugas menjawab secara jelas dan terbuka. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi. Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.

6) U

Ulang, perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah (Kemenkes RI, 2014).

F. Standar Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan (*midwifery care*) adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Yosefni & Yulia, 2018).

Menurut Permenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007, 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. Bertujuan sebagai: acuan dan landasan dalam melaksanakan tindakan/kegiatan dalam lingkup tanggung jawab bidan; mendukung terlaksananya asuhan kebidanan berkualitas; parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan dan perlindungan hukum bagi bidan dan klien/pasien.

1. Standar I: Pengkajian

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

2. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

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

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

3. Standar III: Perencanaan

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

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi dan sosial budaya klien/keluarga.
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV: Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif* yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. 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 *privacy* klien/ pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Standar V: Evaluasi

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

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

6. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

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

- b. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA)
- c. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- d. S adalah data subjektif, mencatat hasil *anamnesa*
- e. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- f. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- g. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan secara *komprehensif*; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. Agar diketahui orang lain apa

yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, maka didokumentasikan dalam bentuk SOAP. SOAP merupakan singkatan dari:

1. S (Data Subjektif)

- a. Menggambarkan pendokumentasian pengumpulan data klien melalui *anamnese*
- b. Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat *menarche*, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup)
- c. Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang klien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose. Pada orang yang bisu, dibagian data belakang “S” diberi tanda “O” atau “X” ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnose yang dibuat.

2. O (Objektif)

- a. Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostic lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung *assessment*.
- b. Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (keadaan umum, *vital sign*, fisik, pemeriksaan dalam, laboratorium, dan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi).

- c. Data ini memberi bukti gejala klinis dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar-X, rekaman CTG (*Cardiotograph*), dan lain-lain) serta informasi keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang terdiri dari diagnose yang akan ditegakkan.

3. A (Assessment)

- a. Masalah atau *diagnose* yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikuimpukan atau disimpulkan. Karena keadaan klien terus terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, maka proses pengkajian adalah suatu proses dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan klien.
- b. Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi: diagnosa/masalah. Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien. Berdasarkan hasil analisa yang diperoleh. Masalah adalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu. Kemudian dilakukan antisipasi masalah lain/diagnosa potensial.

4. P (Penatalaksanaan)

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan *assessment*. Untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam “P”.

a. Perencanaan

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi klien yang sebaik mungkin. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan klien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

b. Implementasi

Pelaksanaan rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Tindakan ini harus disetujui oleh klien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Bila kondisi klien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan.

c. Evaluasi

Tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil merupakan hal penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisis dari hasil yang dicapai menjadi fokus dari ketepatan nilai tindakan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga mencapai tujuan (Walyani, 2017).