

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kehamilan, Persalinan, dan Nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Pengertian

Kehamilan adalah proses pembuahan atau penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. (Sarwono 2009)

Kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. (Varney 2007)

Kehamilan normal adalah masa kehamilan di mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin lamanya hamil normal adalah 280 hari atau (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). (Wiknjosastro, 2006)

2) Standart Asuhan Kebidanan

1. Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal :

- a) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0 – 13 minggu)
- b) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14 – 27 minggu)
- c) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28 – 40 minggu) (Sulistyawati, 2011)

2. Pelayanan standar, yaitu 7T

a) Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan

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

badan 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*).

b) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg), pada kehamilan dan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan proteinuria).

c) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/ LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil risiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan / tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

d) Ukur Tinggi Fundus Uteri

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

e) Tentukan Presentasi Janin Dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

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. Deyut jantung janin baru dapat didengarkan pada usia kehamilan 16 minggu. Normalnya 120 – 160 x/menit. Jika ≤ 120 x/menit maka bradikardia, sedangkan ≥ 160 x/menit maka trakikardia.

f) Pemberian imunisasi TT lengkap

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorium ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi 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.

g) Pemberian Tablet Besi (Fe) Minimal 90 Tablet Selama Kehamilan

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

h) Lakukan tes penyakit menular seksual (PMS)

PMS yang terjadi selama kehamilan berlangsung akan menyebabkan kelainan atau cacat bawaan pada janin dengan segala akibatnya, oleh karena itu

tes terhadap PMS perlu dilakukan agar dapat didagnosa secara dini dan mendapatkan pengobatan secara tepat (Umami, 2010).

i) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Sulistiyawati, 2011).

Temu wicara mengenai persiapan tentang segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan penting dilakukan. Hal ini penting bila karena bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, ibu dapat segera mendapat pertolongan yang tepat, karena kematian ibu sering terjadi karena 3T, yaitu sebagai berikut:

- a. Terlambat mengenali bahaya
- b. Terlambat untuk dirujuk
- c. Terlambat mendapat pertolongan yang memadai (Umami, 2010).

3) Perubahan Anatomi dan Fisiologis Timester III

1. Sistem Reproduksi

a. Vagina dan vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalam mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

b. Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan

serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang.

c. Uterus

Pada Akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentu dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan ke atas, terus tumbuh hingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi ke arah kanan, dektorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosikmoit di daerah kiri pelvis.

d. Ovarium

Pada trimester ke III corpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk. (Romauli, 2011)

2. Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrom. (Romauli, 2011)

3. Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Adanya gangguan dari salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormon pada tiroid akan menurun pada trimester pertama

dan kemudian akan meningkat secara progresif. Aksi penting dari hormon paratiroid ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptida pada janin, plasenta, dan ibu. (Romauli, 2011)

4. Sistem Perkemihan

Pada kehamilan trimester III kepala janin mulai turun kepinggul, keluahan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kekanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin. (Romauli, 2011)

5. Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar ke arah atas dan lateral. (Romauli, 2011)

6. Sistem Muskuloskeletal

Sendi pelvik pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, Penurunan tonus otot dan

peeningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan. (Romauli, 2011)

7. Sirkulasi Darah

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa factor, antara lain: meningkatkan kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahi, terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter, pengaruh hormon estrogen dan progesterone makin meningkat. Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah. Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, 2010).

8. Sistim Itegumen

Pada kulit dinding uterus akan terjadi penambahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan *Striae Gravidarum*. (Romauli, 2011)

9. Sistim Metabolisme

Pada wanita hamil basal metabolic rate (BMR) meninggi. BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada triwulan terakhir.

- a. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- b. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi $\frac{1}{2}$ gram/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
- c. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- d. Kebutuhan Zat mineral ibu hamil meliputi :
 1. Kalsium 1,5 gram setiap hari, 30-40 gram untuk pembentukan tulang janin.
 2. Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari
 3. Zat besi, 800 mgr atau 30-50 sehari

Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air. (Romauli, 2011)

10. Sistim Berat Badan

Kenaikan berat badan trimester III adalah 6 kg atau 0,3/0,5 kg per minggu. Sebesar 60 % kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan janin. Timbunan pada ibu lebih kurang 3 kg. (Romauli, 2011)

11. Sistim Persyarafan

Perubahan fungsi sistim neurologi selama masa hamil, selain perubahan-perubahan neurohormonal hipotalami/ hipofisis. Perubahan fisiologis spesifik akibat dapat terjadi timbulnya gejala neorologi dan neoromuskular berikut :

- a. Kompresi saraf panggul atau statis faskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori ditungkai bawah.
 - b. Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar syaraf. (Romaui, 2011)
12. Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil kesulitan bernafas.(Romaui, 2011)

4) Perubahan Psikologis Trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi.

Sejumlah ketakutan muncul, wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain lebih lanjut dan lebih menutup diri karena perasaan rentannya.

Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. (Varney, 2007)

5) Menentukan Usia Periode Kehamilan

Menentukan usia kehamilan bisa dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya :

1. Rumus Naegele

Rumus naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir atau HPL. Rumus ini berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke -14. Cara menghitungnya yaitu tanggal pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3. (Romauli, 2011)

2. Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Secara tradisional perkiraan tinggi fundus dilakukan dengan palpasifundus dan membandingkan nya dengan beberapa patokan antara lain, simfisis, umbilikus, atau prosesus xifoideus. (Romauli, 2011)

Tabel 2.1 TFU menurut Penambahan per Tiga Jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
36	3 jari di bawah pusat-prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)

Sumber : Hanifa, Prawirohardjo, 2002

3. Berdasarkan Palpasi Abdomen

Fundus uteri diukur dengan pita, Tinggi Fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

Taksiran berat janin, taksiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala rumusnya adalah sebagai berikut :

(TFU dalam cm - n) x 155 = berat gram, bila kepala di atas atau pada spina iskiadika, maka $n = 12$,. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n = 11$.
(Romauli, 2011)

6) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan

1. Faktor Fisik

a. Status Kesehatan

1) Usia wanita mempengaruhi resiko kehamilan

a) Anak perempuan berusia 15 tahun atau kurang, lebih rentan terhadap terjadinya pre eklamsi (suatu keadaan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi, protein dalamkemih dan penimbunan cairan selama kehamilan) dan eklamsi (kejang akibat pre eklamsi), mereka juga lebih mungkin melahirkan bayi dengan berat badan rendah atau bayi kurang gizi.

b) Wanita yang berusia 35 tahun atau lebih, lebih rentan terhadap tekanan darah tinggi, diabetes, serta lebih rentan terhadap gangguan persalinan dan resiko memiliki bayi dengan kelainan kromosom (misalnya sindrom down) semakin meningkat.

c) Seorang wanita yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 cm, lebih mungkin memiliki panggul yang sempit. (Romauli, 2011)

2) Kehamilan Multipel

Pada kasus kehamilan multipel (kehamilan lebih dari satu janin) biasanya kondisi ibu lemah. Ini disebabkan oleh adanya beban ganda yang harus detanggung, baik dari pemenuhan nutrisi, oksigen, dan lain-lain. Biasanya kehamilan multipel mengindikasikan adanya beberapa penyulit

dalam proses persalinannya, sehingga persalinan operatif (sectio caesaria-SC) lebih dipertimbangkan. Dengan demikian jika dilihat dari segi biaya, proses persalinan dari kehamilan multiperlukan lebih tinggi jika dibandingkan dengan kehamilan tunggal, mengingat adanya kemungkinan terjadinya persalinan secara SC. Selain itu risiko adanya kematian dan cacat harus juga dipertimbangkan. (Sulistyawati, 2011)

3) Kehamilan dengan HIV

Pada kehamilan dengan ibu mengidap HIV, janin akan menjadi sangat rentan terhadap penularan selama proses kehamilannya. Virus HIV kemungkinan besar akan ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. (Sulistyawati, 2011)

b. Status Gizi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya dan persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman. (Sulistyawati, 2011)

Kekurangan Zat besi dapat mengganggu proses persalinannya. Mungkin terjadi perdarahan sehabis persalinan. (Romauli, 2011)

c. Gaya Hidup

Selain pola makan yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang, ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang wanita hamil. Misalnya kebiasaan begadang, berpergian jauh dengan berkendara motor, dan lain-lain. Gaya hidup ini akan

mengganggu kesejahteraan bayi yang dikandungnya kerana kebutuhan istirahat mutlak harus dipenuhi. (Sulistyawati, 2011)

Pengaruh gaya hidup terhadap kehamilan terdiri dari :

a) Kebiasaan minum jamu

Minum jamu merupakan salah satu kebiasaan yang beresiko bagi wanita hamil, karena efek minum jamu dapat membahayakan tumbuh kembang janin, seperti menimbulkan kecacatan, abortus, BBLR, partus prematurus, kelainan ginjal dan jantung janin, asfiksia neonatorium, kematian janin dalam kandungan dan malformasi organ janin. (Romauli, 2011)

b) Aktivitas sehari-hari

Aktivitas yang beresiko pada wanita hamil adalah aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri terlalu lama sepanjang hari, mengangkat sesuatu yang berat, paparan terhadap suhu atau keterlambatan yang ekstrim tinggi atau rendah, pekerjaan dengan paparan radiasi. (Romauli, 2011)

c) Perokok/Alkoholik

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan dirinya dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok dapat ditransfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan merokok berat kita harus waspada akan risiko keguguran, kelahiran prematur, BBLR, bahkan kematian janin. (Sulistyawati, 2011)

2. Faktor Psikologis

a. Stresor Internal

Ini meliputi faktor-faktor pemicu stres ibu hamil yang berasal dari diri ibu sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan bayi yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir. Anak akan tumbuh menjadi seseorang dengan kepribadian yang tidak baik, bergantung pada kondisi stres yang dialami oleh ibunya, seperti anak yang menjadi seorang dengan kepribadian temperamental, autisme, atau orang yang terlalu rendah diri (minder). Ini tentu saja tidak kita harapkan. Oleh karena itu, pemantauan kesehatan psikologis pasien sangat perlu dilakukan. (Sulistyawati, 2011)

b. Stresor Eksternal

Pemicu stres yang berasal dari luar, bentuknya sangat bervariasi. Misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan (respon negatif dari lingkungan pada kehamilan lebih dari kali), dan masih banyak kasus yang lain. (Sulistyawati, 2011)

c. Dukungan Keluarga

Setiap tahap usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Ibu harus melakukan adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi, di mana sumber stres terbesar terjadi karena dalam rangka melakukan adaptasi terhadap kondisi tertentu. (Sulistyawati, 2011)

Dalam menjalani proses itu, ibu hamil sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari anggota keluarga dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang. (Sulistyawati, 2011)

d. Penyalahgunaan obat

Kekerasan yang dialami oleh ibu hamil di masa kecil akan sangat membekas dan mempengaruhi kepribadiannya. Ini perlu kita berikan perhatian karena pada klien yang mengalami riwayat ini, tenaga kesehatan harus lebih maksimal dalam menempatkan dirinya sebagai teman atau pendamping yang dapat dijadikan tempat bersandar bagi klien dalam mengatasi masalah. Klien dengan riwayat ini biasanya tumbuh dengan kepribadian yang tertutup. (Sulistyawati, 2011)

e. Kekerasan yang Dilakukan Oleh Pasangan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap perempuan adalah wanita yang telah bersuami. Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai kekerasan yang terjadi akan membahayakan ibu dan bayinya. Efek psikologisnya yang akan muncul adalah gangguan rasa aman dan nyaman pada pasien. Sewaktu-waktu pasien akan mengalami perasaan terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janinnya. (Sulistyawati, 2011)

3. Faktor Lingkungan, Sosial, dan Budaya

a. Kebiasaan, Adat Istiadat

Ada beberapa kebiasaan adat istiadat yang merugikan kesehatan ibu hamil. Tenaga kesehatan harus dapat menyikapi hal ini dengan bijaksana, jangan sampai menyinggung “kearifan lokal” yang sudah berlaku di daerah tersebut. (Sulistyawati, 2011)

b. Fasilitas Kesehatan

Adanya fasilitas kesehatan yang memadai akan sangat menentukan kualitas pelayanan kepada ibu hamil. Deteksi dini terhadap kemungkinan adanya penyulit akan lebih tepat, sehingga langkah antisipatif akan lebih cepat diambil. Fasilitas kesehatan ini sangat menentukan atau berpengaruh terhadap upaya penurunan angka kesehatan ibu (AKI). (Sulistyawati, 2011)

c. Ekonomi

Tingkat sosial ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi yang baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi pun akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir. (Sulistyawati, 2011)

d. Kekerasan Dalam Kehamilan

Terjadinya kekerasan dalam kehamilan akan sangat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Tekanan psikologis yang dialami oleh ibu akan membawa dampak yang sangat tidak baik bagi bayinya. (Sulistyawati, 2011)

e. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya. Informasi yang berhubungan dengan perawatan kehamilan sangat dibutuhkan, sehingga akan meningkatkan pengetahuannya. (Sulistyawati, 2011)

f. Pekerjaan

Pekerjaan seseorang akan menggambarkan aktivitas dan tingkat kesejahteraan ekonomi yang akan didapatkan. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ibu yang bekerja mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dari pada ibu yang tidak bekerja, karena pada ibu yang bekerja akan lebih banyak memiliki kesempatan untuk berinteraksi dengan orang lain, sehingga lebih mempunyai banyak peluang juga untuk mendapatkan informasi seputar keadaannya. (Sulistyawati, 2011)

7) Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

1. Kebutuhan Fisik

Kebutuhan makanan pada ibu hamil mutlak harus dipenuhi. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, inersia uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis puerperalis, dan lain-lain. Sedangkan kelebihan makanan karena beranggapan pemenuhan makanan untuk dua orang akan berakibat kegemukan, pre-eklampsia, janin terlalu besar, dan sebagainya. Hal ini penting yang harus diperhatikan sebenarnya adalah cara mengatur menu dan pengolahan menu tersebut dengan berpedoman pada Pedoman Umum Gizi Seimbang. (Sulistyawati, 2011)

2. Kebutuhan Energi

Dalam masa kehamilan kebutuhan zat – zat gizi meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang janin. Pemeliharaan kesehatan ibu dan persediaan laktasi baik untuk ibu maupun janin. Kekurangan nutrisi dapat mengakibatkan anemia, abortus, partus prematur, inersia uteri, dan lain – lain. Sedangkan kelebihan nutrisi akan menyebabkan kegemukan, pre eklamsia, janin besar, dan sebagainya. Selama kehamilan terjadi peningkatan

kalori sekitar 80.000 kkal sehingga dibutuhkan penambahan kalori sebanyak 300 kkal/ hari. Penambahan kalori ini dihitung melalui protein, lemak yang ada pada janin, lemak pada ibu dan konsumsi O₂ selama 9 bulan (Yulaikhah, 2008). Dengan frekuensi 3x sehari dengan 1 piring nasi (242 kkal), daging 3 potong sedang atau setara dengan 138 kkal, tempe 3 potong kecil setara dengan 320 kkal, sayuran 3 gelas, buah 2 potong, susu 1 gelas setara dengan 146 kkal.

a. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang hijau 7,85 gram / 1 mangkok sedang) atau hewani (ayam (25,07 gram),1 butir telur (6,1 gram). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

b. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

c. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

d. Air

Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel, darah, getah bening, dan cairan vital tubuh lainnya. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu, dan jus tiap 24 jam. Sebaiknya membatasi minuman yang mengandung kafein seperti the, cokelat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarin) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta. (Asrinah , 2010).

3. Obat-Obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam memberikan terapi dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan. (Sulistyawati, 2011)

4. Lingkungan Yang Bersih

Salah satu pendukung untuk keberlangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar kuman dan zat toksik yang berbahaya bagi ibu dan janin akan terminimalisasi. Lingkungan bersih disini adalah termasuk bebas dari polusi udara seperti asap rokok. (Sulistyawati, 2011)

5. Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak. (Sulistyawati, 2011)

6. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapan yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis. (Sulistyawati, 2011)

7. Istirahat Dan Rekreasi

Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal pada perut bawah sebelah kiri. (Sulistyawati, 2011)

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dari pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam. (Romauli, 2011)

8. Kebersihan Tubuh

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Jika tidak dibersihkan (dengan mandi), maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit. (Sulistyawati, 2011)

Mandi dianjurkan sedikitnya 2 kali sehari. Karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. (Romauli, 2011)

9. Perawatan Payudara

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara yaitu hindari pemakaian bra yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara, gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara, hindari membersihkan puting dengan sabun mandi, bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat, jika ditemukan pengeluaran payudara berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah mulai. (Sulistyawati, 2011)

10. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya adalah otot usus. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil terutama

pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. (Sulistyawati, 2011)

11. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti abortus, perdarahan pervaginam. Koitus dilakukan dengan hati – hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri. (Sulistyawati, 2011)

12. Persiapan Persalinan

Meskipun hari perkiraan persalinan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari sebelumnya. Ini dimaksudkan agar jika terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. Beberapa yang perlu disiapkan yaitu biaya, tempat, baju ibu dan bayi, surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES)

Bidan sebaiknya memberikan informasi mengenai tanda-tanda persalinan kepada ibu ketika kunjungan ANC trimester III yaitu rasa sakit atau mulas diperut dan menjalar ke perut bagian bawah sampai ke pinggang bagian belakang, yang disebut kontraksi. Kontraksi minimal tiga kali dalam 10 menit dengan durasi 30-40 detik, adanya pengeluaran pervaginam berupa sekret yang berwarna merah mudah disertai lendir, kadang dijumpai pengeluaran air ketuban yang terjadi secara spontan. (Sulistyawati, 2011)

13. Memantau Kesejahteraan Janin

Kesejahteraan janin dalam kandungan perlu dipantau secara terus-menerus agar jika ada gangguan janin dalam kandungan akan dapat segera terdeteksi dan ditangani. (Sulistyawati, 2011)

Untuk melakukan penilaian terhadap kesejahteraan janin bisa menggunakan stetoskop laener, untuk mendengarkan denyut jantung secara manual (auskultasi), denyut jantung janin normal antara 120-160x/menit. (Romauli, 2011)

Pemantauan gerakan janin minimal dilakukan selama 12 jam. Pergerakan janin selama 12 jam adalah minimal 10 kali. (Romauli, 2011)

8) Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

1. Sering Buang Air Kecil

Frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah efek lightening. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.(Varney, 2007)

Cara mengatasi :

- a. Jelaskan pada klien mengenai penyebab terjadinya keadaan ini.
- b. Kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk berkemih.
- c. Perbanyak minum pada siang hari
- d. Jangan kurangi minum pada malam hari untuk menghindari buang air kecil pada malam hari kecuali jika hal tersebut sangat menyebabkan kelelahan.
- e. Batasi minum-minuman dengan bahan diuretik seperti kopi, teh, cola, dan kafein.

f. Jelaskan tentang tanda-tanda bahaya infeksi saluran urine.
(Sulistyawati, 2011)

2. Nyeri punggung bagian bawah.

Nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bagian bawah biasanya meningkatkan intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan – perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar, nyeri punggung juga dapat merupakan akibat membungkuk berlebihan, berjalan tanpa istirahat, dan angkat beban.

Cara mengatasi :

1. Postur tubuh yang baik
2. Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban
3. Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban dan berjalan tanpa istirahat
4. Ayunkan panggul/miringkan panggul
5. Gunakan sepatu tumit yang rendah
6. Kompres hangat (jangan terlalu panas) pada punggung
7. Pijatan/asupan pada punggung
8. Untuk istirahat atau tidur
 - a. Kasur yang menyokong
 - b. Posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan rengangan. (varney:2007)

3. Napas Sesak

Disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernapasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta meningkatkan kadar O₂

Cara mengatasi :

- a. Jelaskan penyebab fisiologisnya
- b. Dorong agar sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi
- c. Secara periodik berdiri dan menelentangkan lengan di atas kepala serta menarik nafas panjang
- d. Mendorong postur tubuh yang baik dan melakukan pernapasan interkostal.

4. Hemoroid

Dasar anatomis dan fisiologis :

Terjadi akibat konstipasi, tekanan yang meningkat dari uterus terhadap vena hemoroidal, Dukungan yang tidak memadai pada vena hemoroid di are annorektal, kurangnya klep dalam pembuluh-pembuluh ini yang mengakibatkan perubahan secara langsung pada aliran darah, statis, gravitas, tekanan vena, dan pembesaran vena-vena hemoroid.

Cara mengatasi :

- a. Hindari konstipasi
- b. Makan-makanan yang berserat
- c. Banyak minum air putih
- d. Gunakan kompres es, kompres hangat atau rendah hangat

- e. Dengan perlahan masukkan kembali ke dalam rektum jika perlu. (Sulistyawati, 2011)

5. Konstipasi atau sembelit

Dasar anatomis dan fisiologis :

Peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus menjadi lambat, Penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot halus, penyerapan air dari kolon meningkat, tekanan dari uterus yang membesar pada usus, suplemen zat besi, diet yang kurang serat, kurang mengkonsumsi air minum (putih), kurang aktivitas.

Cara mengatasi :

- a. Tingkatkan intake cairan serat dan air dalam die.
- b. Konsumsi buah prem
- c. Minum air dingin atau hangat saat perut dalam kondisi kosong.
- d. Istirahat yang cukup
- e. Lakukan senam
- f. Membiasakan buang air besar secara teratur
- g. Buang air besar segera saat terasa ada dorongan. (Sulistyawati, 2011)

9) Tanda Bahaya Pada Kehamilan

1. Perdarahan.

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran.

2. Nyeri Hebat Di Daerah Abdominopelvikum.

Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan beberapa riwayat atau tanda tertentu, diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta.

3. Sakit Kepala Yang Hebat.

Sakit kepala yang menunjukkan kemungkinan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan hanya istirahat ini adalah gejala dari preeklamsi.

4. Masalah Penglihatan.

Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat, dan mungkin merupakan tanda preeklamsia.

5. Bengkak Pada Muka Atau Tangan.

Hampir separuh dari ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki, yang biasanya muncul pada sore hari, dan biasanya hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lain. Ini bisa jadi merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsi.

6. Bayi Kurang Bergerak Seperti Biasa.

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu bahkan mampu merasakan gerakan bayinya lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam. (Asrinah,2010).

10) Pemeriksaan Umum Pada Kehamilan

1. Pengukuran berat badan

Berat badan ibu hamil perlu dikontrol secara teratur paling tidak setiap kali kunjungan pemeriksaan kehamilan. Peningkatan berat badan 0,5 kg/minggu, total untuk keseluruhan 11,5 – 16 kg (Sulistyawati, 2011).

2. Taksiran persalinan : usia kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau postdate rumus tafsiran persalinan (+7) (-3) (+1) ((Manuaba, 2012).
3. Usia Kehamilan : 40 minggu (9 bulan 7 hari) (sarwono, 2010).
4. Pemeriksaan fisik
 - a. Wajah : oedema pada wajah dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki. Pucat disebabkan timbul anemia karena defisiensi zat besi (pondokiklan, 2010). Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi pada dahi, pipi, hidung dikenal sebagai cloasma gravidarum (Kusmiyati, 2010).
 - b. Mata : konjungtiva pucat bisa disebabkan karena anemia kehamilan. Sclera kuning bisa dikarenakan adanya kelainan hepar.
 - c. Mulut dan gigi : gingivitis disebabkan peningkatan vaskularitas dan provesi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen (Bobak, 2012).
 - d. Dada : sesak nafas bisa dilihat adanya retraksi dada akibat ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar (Bobak, 2012). Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara pada TM III (Depkes, 2002).
 - e. Mamae : puting susu menonjol, kolostrum hyperpigmentasi areola dan papila mamae dengan pemijatan colostrum keluar pada TM III (Depkes, 2002).

f. Abdomen: mengetahui TFU dan perkembangan janin, apabila tinggi fundus uteri 3 -4 cm lebih kecil dari pada usia gestasi dalam minggu, uterus disebut “kecil untuk usia gestasi”. Adanya luka bekas operasi bisa disebabkan komplikasi yang lalu (Artikel gizi dan kesehatan kehamilan, 2010).

Palpasi leopold :

- 1). Leopold I : menentukan tinggi fundus uteri, usia kehamilan, bagian janin yang terdapat dalam fundus uteri.
- 2). Leopold II : menentukan batas samping kanan dan kiri ibu, letak punggung janin, letak memanjang atau melintang janin.
- 3). Leopold III : menentukan presentasi (bagian terbawah janin), membedakan presentasi kepala dan bokong.
- 4). Leopold IV : menentukan apakah presentasi janin sudah masuk PAP

g. Genetalia eksterna dan anus

Odema pada vulva sebagai bendungan local atau bagian dari edema umum pada malnutrisi atau preeklamsia (mayuputri, 2012). Varises pada kehamilan karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid. Apabila pecah akan berakibat fatal (mayuputri, 2012).

h. Ekstremitas atas dan bawah : odema bisa disebabkan karena tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki (pondokiklan, 2010). Varises karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat

pengaruh hormon steroid (mayuputri, 2012). Reflek terutama lutut, reflek lutut negative bisa dikarenakan penyakit urat saraf (pondokiklan, 2010).

5. Pemeriksaan laboratorium

- a). Pemeriksaan urine meliputi pemeriksaan protein untuk mengetahui adanya gejala preeklamsia yaitu komplikasi kehamilan yang umumnya ditandai oleh peningkatan TD dan odema kaki (artikel gizi, 2010). Adanya glucose dalam urine wanita hamil harus dianggap sebagai gejala penyakit diabetes kecuali kalau dapat membuktikan bahwa hal lain yang menyebabkan (pondokiklan, 2010).
- b). Untuk mendeteksi anemia pada kehamilan dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) ibu hamil. Pemeriksaan dilakukan pada minggu ke 28. Bila kadar hemoglobin $\leq 11\text{g/dl}$ pada kehamilan dinyatakan anemia dan harus diberi suplemen tablet zat besi secara teratur 1 tablet/hari selama 90 hari.

11) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul penting dan wajib dilakukan terutama pada ibu hamil primigravida, hal ini bertujuan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit pada persalinan. Sedangkan pemeriksaan panggul pada ibu hamil multigravida dengan riwayat persalinan sebelumnya spontan melalui jalan lahir tidak wajib, kecuali jika riwayat persalinan sebelum SC.

Ukuran-ukuran Luar panggul yang sering digunakan untuk menilai keadaan panggul adalah :

1. Distansia Spinarum

Yaitu jarak spina iliaca anterior superior kanan dan kiri dengan ukuran normal sekitar 23-26 cm

2. Distansia Kristarum

Yaitu jarak terjauh antara krista illiaca terjauh kanan dan kiri dengan ukuran normal sekitar 26-29.

3. Distansia Tuberum

Yaitu ukuran dari pintu bawah panggul atau jarak antara tuber iskhiadikum kanan dan kiri, dengan ukuran normal sekitar 10,5-11 cm.

4. Konjugata Eksterna

Yaitu jarak antara tepi atas simfisis dan prosesus lumbal ke V, dengan ukuran normal sekitar 18-20.

5. Lingkar panggul

Diukur mulai dari pinggir atas simfisis, pertengahan simfisis trochanter mayor, ruas tulang lumbal ke V kembali lagi ke tempat yang sama yaitu sekitar 80-90 cm. (Baety, 2012).

12) Penatalaksanaan Pada Kehamilan Trimester III

Tindakan yang dilakukan bidan pada kunjungan trimester ke III yaitu :

1. Membina hubungan percaya antara bidan dan ibu hamil
2. Mendeteksi masalah dan mengatasinya
3. Memberitahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan
4. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan
5. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat (cara hidup sehat bagi ibu hamil, nutrisi, cara mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan)
6. Memberikan imunisasi tetanus toksoid, tablet besi

7. Mulai mendiskusikan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan ibu untuk menghadapi kondisi kegawatdaruratan.
8. Kewaspadaan khusus terhadap preeklamsia (tanyakan kepada ibu mengenai gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa adanya proteinuria).
9. Palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan kembar.
10. Deteksi letak janin dan kondisi yang menjadi kontraindikasi persalinan di luar RS.
11. Menjadwal kunjungan berikutnya
12. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan. (Saminem, 2010)

13) Skrining Antenatal pada Ibu Hamil

1. Primi Muda

Ibu hamil pertama pada umur >16 tahun ,rahim dan panggul ibu seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya di ragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu, mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain: bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir, dan perdarahan dapat terjadi sesudah bayi lahir. Kebutuhan pertolongan medic, bila terdapat kelainan yaitu: janin tidak dapat lahir normal , biasa dengan tenaga ibu sendiri, persalinan membutuhkan tindakan, kemungkinan operasi sesar, dan bayi yang lahir kurang bulan membutuhkan perawatan khusus.

2. Primi Tua, Lama Perkawinan >dari 4 tahun.

Ibu hamil pertama setelah menikah 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa yaitu suami istri tinggal satu rumah dan suami istri tidak sering

keluar kota, dan tidak memakai alat kontrasepsi (KB). Keluarga sangat mendambakan anak bayi dengan nilai sosial tinggi (anak mahal). Bahaya nya yang mungkin dsapat terjadi pada primi tua adalah : selama hamil dapat timbul masalah , faktor resiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya preeclampsia dan persalinan tidak lancar. Kebutuhan pertolongan medic yaitu perawatan antenatal yang teratur, melakukan rujukan kehamilan dan bila memberi pengobatan, dan pengamatan persalinan ketat terhadap adanya gawat janin, 1 jam bayi tidak lahir ,dilakukan tindakan atau operasi sesar.

3. Primi Tua pada Umur ibu >dari 35 tahun ,

Ibu yang hamil pertama pada umur > dari 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet, dan perdarahan. Bahaya yang dapat terjadi antara lain : Hipertensi, pre-eclampsia, ketuban pecah dini,persalinan macet tidak lancar, perdarahan setelah bayi lahir,dan bayi lahir dengan berat badan rendah, kebutuhan pertolongan medik yaitu : perawatan kehamilan, yang teratur agar dapat ditemukan penyaki-penyakit pada ibu secara dini dan pertolongan persalinan ada kemungkinan ditolong dengan tindakan atau operasi sesaar.

4. Anak terkecil Umur < 2 tahun.

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dari rahim ibu masih butuh cukup istirahat, ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain : yaitu perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah, bayi premature dan bayi

dengan berat badan lahir rendah. Kebutuhan pertolongan medic yaitu : perawatan kehamilan yang teratur dan pertolongan persalinan ada kemungkinan dengan tindakan.

5. Primi Tua Sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir > dari 10 tahun yang lalu, ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan/persalinan yang pertama lagi. Umur ibu biasanya lebih bertambah tua. Kehamilan ini bisa terjadi pada anak pertama mati, janin di dambakan dengan nilai sosial tinggi. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan, penyakit ibu ,hipertensi diabetes dan lain-lain

6. Grande Multi

Ibu pernah hamil/ melahirkan anak 4 kali atau lebih karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan: kesehatan terganggu, anemia ,kurang gizi, kekendoran, dinding perut, tampak ibu dengan perut menggantung ,kekendoran dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini antara lain: kelainan letak,persalinan letak lintang, robekan rahim, pada kelainan letak intang, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan. Kebutuhan pertolongan medic : perawatan kehamilan teratur agar gizi seimbang dan tidak anemis, sebaiknya persalinan ibu di tolong bidan di puskesmas atau rumah sakit.

7. Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih ,dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan di dapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu.

8. Tinggi Badan 145 cm atau kurang

Terdapat 3 batasan dalam kelompok resiko ini

- a. ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional dalam hal ini ada 2 (dua) kemungkinan yang terjadi yaitu panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar. Dan panggul ukuran normal tetapi anaknya besar / kepala nya besar. Pada kedua kemungkinan itu bayi dapat lahir melalui operasi sesar
- b. ibu hamil kedua dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi 7 hari atau kurang.
- c. ibu hamil ,kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan , dan berat badan lahir rendah <2500 gram.

9. Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)

Dapat terjadi pada ibu hamil dengan ¹ Kehamilan kedua ,dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati <dari 7 hari kehamilan ketiga atau lebih kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran >dari 2 kali ² Kehamilan kedua atau lebih kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.

10. Persalinan yang Lalu dengan Tindakan.

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam:

- a. Tindakan dengan tarikan tang/cunam/forcep/vacuum.
- b. Uri manual yaitu tindakan pengeluaran uri dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan pada keadaan bila ditunggu sampai ½ jam uri tidak dapat lahir sendiri dan setelah bayi lahir serta uri belum lahir terjadi perdarahan banyak >dari 500cc.
- c. ibu diberi infuse atau tranfusi pada persalinan lalu karena mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500cc, sehingga ibu mejadi syol dan membutuhkan infuse serta tranfusi darah.pemberian infuse atau transfuse tersebut merupakan tindakan yang dapat menyelamatkan ibu hamil. Tranfusi diberikan di Rumah Sakit.

11. Bekas Operasi Sesar

Ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu, pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan atau persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim. Keadaan ini dapat terjadi pada operasi sesar klasik(corporil),yaitu rahim ,tetap tidak pada bagian bawah dari rahim

2.1.2 Persalinan

1) Pengertian

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Varney,2007)

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Johariyah, 2012)

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (Buku Panduan APN, 2008)

2) Jenis persalinan

- a. Persalinan Spontan: Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.
- b. Persalinan Buatan: Persalinan dengan bantuan dari luar misalnya forcep/vakum/SC.
- c. Persalinan Anjuran: Persalinan dengan bantuan diberi obat-obatan baik disertai/tanpa pemecahan ketuban. (Johariyah, 2012)

3) Sebab Mulainya Persalinan

1. Teori peregangan
 - a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu
 - b. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
 - c. Contohnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.
2. Teori penurunan Progesteron

- a. Proses penebaran plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
 - b. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.
 - c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.
3. Teori oksitosin
- a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior
 - b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
 - c. Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, sehingga persalinan dapat dimulai.
4. Teori prostaglandin
- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
 - b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
 - c. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu persalinan.
5. Teori Hipotalamus - pituitari dan glandula suprarenalis
- a. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
 - b. Malpas pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.

c. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara hipotalamus dengan mulainya persalinan.

d. Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

(Johariyah, 2012)

4) Tanda – tanda persalinan

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (Prepatory stage of labor), dengan tanda-tanda :

- 1) Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multigravida tidak begitu kelihatan.
- 2) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- 3) Perasaan sering atau susah buang air kecil (polaksuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 4) Perasaan sakit diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi dari uterus, disebut “false labor pains”.
- 5) Serviks menjadi lembek mulai mendatar, dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show).
- 6) Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. (Johariyah 2012)

Tanda dan gejala inpartu :

1. penipisan dan pembukaan serviks.

2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
3. Cairan lendir bercampur darah (bloody Show) melalui vagina. (Buku Panduan APN, 2008)

5) Tahapan persalinan

I. Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten

1. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukan serviks.
2. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4.
3. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b. Fase aktif

1. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan menimbulkan secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
2. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
3. Terjadi penurunan bagian terbawah janin. (Buku Panduan APN, 2008)

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

a) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

II. Kala II

Kala dua persalinan dimulai dengan dilatasi lengkap serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi. (Varney, 2007)

Persalinan kala 2 dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala 2 juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Gejala dan Tanda kala 2 persalinan :

1. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakn adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya.
3. Perineum menonjol.
4. Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. (Buku panduan APN, 2008)

III. Kala III

Kala tiga persalinan dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta.

Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara antara 5 dan 10 menit. Akan tetapi, kisaran normal kala tiga sampai 30 menit. Resiko perdarahan

meningkat apabila kala tiga lebih lama dari 30 menit, terutama antara 30 sampai 60 menit. (Varney, 2007)

1. Manajemen aktif kala tiga

a. Pemberian suntik oksitosin

Segera dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis). Jika oksitosin tidak tersedia, minta ibu untuk melakukan stimulasi puting susu atau menganjurkan ibu menyusukan dengan segera, Ini akan menyebabkan pelepasan oksitosin secara alamiah.

b. Penegangan tali pusat terkendali

Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat diatas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkn tali pusat dengan satu tanag yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso kranial). Lakukan secara hati – hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lakukan tekanan dorso kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

c. Rangsangan taktil (masase) fundus uteri

a) Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.

b) Jelaskan tindakan pada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahanserta rileks.

- c) Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.
 - d) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
 - e) Periksa uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Ajarkan ibu dan keluarganya cara masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.
 - f) Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.
- (Buku Panduan APN, 2008)

IV. Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Setelah plasenta lahir :

1. Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
2. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya undud uteri setinggi atatu beberapa jari di bawah pusat.
3. Memperirakan kehilangan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu (2000 – 2500 ml).

4. Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.
5. Evaluasi keadaan ibu
 - a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
 - b. Masase uterus untuk membuat kontraksi uetrus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
 - c. Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai denganapa yang diperlukan.
 - d. Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
 - e. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus mejadi lembek.
 - f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberikan ASI.
 - g. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.

- h. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan. (Buku Panduan APN, 2008)

6) Perubahan Fisiologis Persalinan

1 Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Arti penting dan kejadian ini adalah untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya, sehingga diperlukan pengukuran diantara kontraksi. Jika seorang ibu dalam keadaan sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan rasa takutnya yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya. Oleh karena itu diperlukan asuhan yang mendukung yang dapat menimbulkan ibu rileks atau santai.

2 Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobic akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

3 Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu

dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1C suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama ,kenaikan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum ,karena hal ini bisa merupakan tanda infeksi.

4 Perubahan Denyut Jantung

Perubahan yang mencolok selama kontraksi dengan kenaikan denyut jantung, penurunan selama acme sampai satu angka yang lebih rendah dan angka antara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama acme kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi terlentang. Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu di control secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Yanti, 2009).

5 Pernapasan

Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan, kenaikan pernapasan ini dapat disebabkan karena adanya nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar.

6 Perubahan Renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini di sebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi

terlentang, yang mempunyai efek mengurangi aliran urin selama kehamilan. Kandung kencing harus sering di control setiap 2 jam yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian rendah janin & trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan.

7 Perubahan Saluran Cerna

Mobilitas dan absorsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak terpengaruh dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa (Yanti, 2009).

8 Perubahan Hematologis

Hematologis akan meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat sebelum persalinan pada hari pertama setelah persalinan, apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan, waktu koagulasi berkurang akan mendapat tambahan plasma selama persalinan. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progresif selama kala 1 persalinan sebesar 5000 s/d 15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap tidak ada peningkatan lebih lanjut.

9 Uterus

Kontraksi uterus terjadi mulai dari fundus dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen, kemudian berakhir dengan masa yang paling lama dan paling kuat pada fundus uterus. Kontraksi mencapai puncak secara

bersamaan pada seluruh bagian uterus dan berkurang bersamaan dengan pembukaan serviks dan pengeluaran janin (Erawati, 2008).

10 Serviks

Pada kala I persalinan, serviks mengalami effacement (penipisan), yaitu panjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek. Serviks juga mengalami dilatasi (pembukaan) yang progresif. Pembukaan serviks di ukur dengan menggunakan ukuran sentimeter dengan jari tangan. Pada tahap persalinan ini, umumnya ibu akan mengeluarkan lendir darah (bloody show) sedikit atau sedang dari serviks (Erawati, 2008).

11 Pembentukan Segmen Atas Dan Bawah Uterus

Pada akhir kehamilan, uterus terbagi menjadi dua segmen yang secara anatomis berbeda, yaitu segmen atas uterus, tempat kontraksi, tebal, serta berotot. Sedangkan segmen bawah uterus, disiapkan untuk pengembangan dan pembukaan, lebih tipis, berkembang dari istmus, dan memanjang 8-10 cm (Erawati, 2008).

12 Penipisan Serviks

Serat otot yang mengelilingi lubang serviks akan tertarik ke atas oleh segmen atas uterus yang beretraksi. Serviks menyatu ke dalam segmen bawah uterus. Saluran serviks melebar ke arah lubang serviks. Pada multigravida, lubang luar serviks mulai membuka sebelum penipisan selesai (Erawati, 2008).

13 Pembukaan Serviks

Pembukaan serviks adalah proses pembesaran lubang luar serviks dari tertutup rapat menjadi lubang yang cukup besar untuk kelahiran bayi. Pembukaan serviks yang lengkap berukuran 10 cm. Pembukaan serviks terjadi akibat kerja uterus dan tekanan yang berlawanan oleh kantong ketuban dan bagian janin yang turun. Kepala janin yang menekan serviks akan membantu pembukaan secara efisien. Tekanan pada serviks menyebabkan fundus uterus berkontraksi. (Erawati, 2008).

14 Janin

Janin dengan lambat melakukan manuver melewati panggul ibu (penurunan janin) (Erawati, 2008)

15 Kontraksi Dan Retraksi

Kontraksi tidak seluruhnya terjadi pada serat otot uterus, tetapi sebagian serat otot yang lain menahan sebagian dari pemendekatan otot uterus dan juga saat relaksasi tidak rileks sepenuhnya yang disebut retraksi. Durasi kontraksi dan retraksi bervariasi yang bergantung pada paritas, psikologis, posisi bayi, bentuk dan ukuran panggul, dan lain-lain (Erawati, 2008).

16 Perdarahan

Akibat pembukaan serviks, sumbatan pada serviks akan menghilang dan keluar lendir bercampur darah. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh halus yang pecah pada pelepasan korion (Erawati, 2008).

17 Kala II

Kala II atau Kala pengeluaran janin adalah tahap persalinan yang dimulai dengan pembukaan serviks lengkap sampai bayi keluar dari uterus. Kala II

pada primipara biasanya berlangsung 1,5 jam dan pada multipara berlangsung pada 0,5 jam.

Perubahan yang terjadi pada kala II persalinan, antara lain :

- a. Kontraksi (His). His pada kala II menjadi lebih terkoordinasi, lebih lama (25 menit), lebih cepat kira-kira 2-3 menit sekali. Sifat kontraksi uterus simetris, fundus dominan, diikuti relaksasi.
- b. Uterus. Pada saat kontraksi, otot uterus menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek, kavum harus lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah uterus dan serviks.
- c. Pergeseran organ dasar panggul. Organ-organ yang ada dalam panggul adalah vesika urinaria, dua ureter, kolon, uterus, rektum, tuba uterine, uretra, vagina, anus, perineum dan labia. Pada saat persalinan, peningkatan hormon relaksin menyebabkan peningkatan mobilitas sendi, dan kolagen menjadi lunak sehingga terjadi relaksasi panggul. Hormon relaksin dihasilkan oleh korpus luteum (Erawati, 2008).

18 Kala III

Batasan kala III persalinan dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Ada dua tingkatan dalam kala III persalinan, yaitu pelepasan plasenta dari tempat implantasi dan pengeluaran plasenta dari kavum uteri. Setelah plasenta lepas dari tempatnya, plasenta akan berada di bagian bawah uterus atau bagian atas vagina, dan kemudian keluar melalui vagina. Tanda-tanda klinis pelepasan plasenta, yaitu semburan darah, pemanjangan tali pusat, perubahan bentuk

uterus dari toksid menjadi bentuk bundar (globular), perubahan posisi uterus yaitu uterus naik dalam abdomen (Erawati, 2008).

19 Kala IV

Setelah plasenta lahir, tinggi fundus uterus berkurang lebih dari dua jari di bawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada di antara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Dilakukan pemijatan uterus untuk menstimulasi uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus, yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah fundus uterus akan teraba keras saat di palpasi. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri (Erawati, 2008).

7) **Perubahan Psikologis Pada Persalinan**

Perubahan psikologi dan perilaku ibu, terutama yang terjadi pada fase laten, aktif, dan transisi pada kala satu persalinan dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Fase laten

Fase ini dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan terjadinya penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap hingga serviks membuka kurang dari 4 cm, pada umumnya berlangsung hingga 8 jam, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran tentang apa yang akan terjadi. Secara umum, wanita tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi situasi tersebut dengan baik. Namun untuk wanita yang tidak pernah mempersiapkan

diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu ketika wanita banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya sampai, seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas baginya bahwa akan segera bersalin (Yanti, 2009).

b. Fase aktif

Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm. Akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Pada saat kontraksi semakin kuat lebih lama, dan terjadi lebih sering , semakin jelas baginya bahwa semua itu berada di luar kendalinya.

c. Fase transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, menolak hal-hal yang ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar. Berbeda dari proses fisiologis yang umum terjadi pada kala satu persalinan, tetapi seperti perubahan fisik, seperti kontraksi dan perubahan serviks, perubahan psikologis dan perilaku ini cukup spesifik seiring kemajuan persalinan. Berbagai perubahan ini dapat digunakan sebagai evaluasi kemajuan persalinan pada wanita dan bagaimana ia mengatasi tuntutan terhadap dirinya

yang muncul dari persalinan dan lingkungan tempat ia bersalin. Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan. Antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan. Banyak bayi yang tidak direncanakan. Apabila kehamilan, bayi tidak diharapkan bagaimanapun aspek psikologis ibu akan mempengaruhi proses persalinan.

8) Pemeriksaan Umum Pada Persalinan

1. Pemeriksaan Fisik

Sama dengan pemeriksaan kehamilan, namun disini terjadi perubahan pada pemeriksaan diantaranya :

a. Leopold IV :

Kedua tangan konvergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian dengan menggunakan perlimaan jari (Mochtar, 1998).

b. His :

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) (APN, 2008).

c. Denyut jantung janin : untuk mengkaji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit dapat menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera (varney, 2008).

d. Genetalia : Pengeluaran pervaginam, blood show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 - 48 jam. Peningkatan blood show merupakan tanda menjelang kala dua persalinan. Edema pada vulva akibat disproporsi sefalopelvik atau wanita mengejan terlampau lama, hematoma akibat pembuluh darah yang pecah sehingga hematoma pada vulva. Varises merupakan reaksi system vena terutama dinding pembuluh darah seperti otot-otot ditempat lain, bahaya bagi persalinan bila pecah bisa berakibat fatal (Mayuputri, 2012). Vaginal Toucher di peroleh : serviks primigravida umumnya menipis 50-60% dan membuka selebar ujung jari sampai 1 cm. Sedangkan pada multigravida yang memasuki persalinan biasanya berdilatasi 1-2 cm. Keadaan ketuban pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala 1 persalinan. Apabila terjadi sebelum pembukaan lengkap maka kondisi tersebut disebut Ketuban Pecah Dini (KPD) (varney, 2008).

9) Kebutuhan Dasar Ibu Selama Persalinan

1. Dukungan fisik dan psikologis

Dukungan fisik dan psikologis tidak hanya diberikan oleh bidan, melainkan suami, keluarga, maupun teman. Dukungan dapat dimulai sejak awal ibu mengalami kehamilan. Dukungan fisik dan emosional harus sesuai dengan aspek asuhan sayang ibu.

2. Kebutuhan cairan dan nutrisi

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu, bahwa pemebrian makanan padat dengan pasien yang memerlukan anetesi tidak disetujui. Motilitas. Absorpsi dan sekresi asam lambung menurun. Hal ini dapat menyebabkan makan dapat

tertinggal di lambung sehingga dapat terjadi aspirasi pneumonia. Namun demikian, kebutuhan akan cairan masih diperbolehkan. Selama persalinan, ibu memerlukan minum dan sangat dianjurkan minum – minuman yang manis dan berenergi.

Sebagian ibu masih berkeinginan untuk makan selama fase laten persalinan, tetapi memasuki fase aktif, hanya ingin minum saja. Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/ tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan.

10) Mekanisme Persalinan

Terdapat tiga faktor yang berperan penting pada persalinan, yang meliputi kekuatan pada ibu yaitu kekuatan his dan kekuatan mengejan (power), keadaan jalan lahir yaitu ukuran panggul dan otot dasar panggul (passage), janin, plasenta, dan air ketuban (passenger).

Mekanisme persalinan normal, adalah sebagai berikut :

1. Penurunan janin dan pembukaan serviks terjadi selama persalinan karena adanya dorongan kontraksi dan posisi serta mengejan selama kala II.
2. Kepala janin melitasi Pintu Atas Panggul (PAP) dalam keadaan sinklitisme, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP. Akan tetapi, kepala janin dapat juga dalam posisi asinklitisme anterior atau

posterior, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP, baik lebih mengarah ke anterior ataupun posterior.

3. Dalam rongga panggul, kepala janin dalam posisi fleksi (ukuran yang paling kecil yaitu ukuran diameter suboksipitobregmatika 9,5 cm).
4. Fleksi sangat penting bagi penurunan janin selama kala II. Melalui fleksi ini, diameter terkecil dari kepala janin dapat masuk ke dalam panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala janin berada di dasar panggul, tahanan semakin meningkat sehingga terjadi peningkatan fleksi yang sangat diperlukan agar diameter terkecil dapat terus turun.
5. Kepala janin yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi dan elastisitas pelvis dan tekanan intrauterin yang disebabkan oleh his yang berulang, kepala janin melakukan rotasi atau putar paksi dalam. Di dalam panggul, kepala janin melakukan rotasi dan ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis. Dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala janin melakukan gerakan defleksi agar dapat dilahirkan.
 - a. Dengan adanya his, vulva lebih membuka, kepala janin lebih tampak, perineum semakin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum.
 - b. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka, dan akhirnya dagu.
 - c. Sesudah kepala lahir, kepala melakukan rotasi yang disebut putaran paksi luar, yaitu gerakan kepala menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung bayi.

- d. Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga di dasar panggul, bahu dalam posisi depan belakang dengan bahu depan tampak pada vulva vagina.
- e. Selanjutnya, dilahirkan bahu depan lebih dahulu kemudian bahu belakang. Setelah bahu dilahirkan, tubuh bayi akan segera lahir mengikuti lengkung terus (Erawati, 2008).

Tabel 2.2 Penurunan Kepala Janin

	Periksa dalam	Keterangan
= 5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan
= 4/5	H= I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk kedalam panggul
= 3/5	H=II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
= 2/5	H=III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
=1/5	H=III-IV	Kepala didasar panggul
=0/5	H=IV	Diperineum

Sumber : Maternal Neonatal, 2007

11) Lama Persalinan

Lama persalinan dihitung dari kala I sampai dengan kala III kemungkinan akan berbeda, dibawah ini adalah tabel perbedaan lama persalinan antara Nulipara dengan Multipara.

Tabel 2.3 Perbedaan lama persalinan antara nuli para dengan multipara

Lama Persalinan		
	Para	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
	14 ½ jam	7 ¾ jam

Sumber : Johariyah, 2012

12) Faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Power

A. His (Kontraksi uterus)

Kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

a) Pembagian his dan sifat-sifatnya

- 1) His pendahuluan : His tidak kuat, dataangnya tidak tertur, menyebabkan keluarnya lendir dan bloody show.
- 2) His pembukaan (kala I) : Menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- 3) His pengeluaran (kala II) : Untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- 4) His pelepasan plasenta (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring (kala IV) : Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari. (Arsinah, 2010)

b) Perbedaan kontraksi sejati dengan kontraksi palsu pada persalinan

Tabel 2.4 Perbedaan kontraksi sejati dengan kontraksi palsu

Kontraksi pada persalinan sejati	Kontraksi pada persalinan palsu
Kontraksi terjadi dengan interval teratur	Kontraksi terjadi dengan interval tidak teratur
Interval bertahap memendek	Interval tidak lama
Nyeri di punggung dan abdomen	Nyeri diperut bawah
Serviks membuka	Serviks belum membuka
Nyeri tidak hilang dengan sedasi	Nyeri mereda dengan sedasi

Sumber : Cuningham, 2006

B. Tenaga Mergedan

Setelah Pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada didasar panggul, sifat

kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibanttu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunter.(Nurasiah, 2012)

2. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku.

3. Passenger (janin dan plasenta)

Passanger (janin/plasenta) bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

4. Posisi ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi uterus yang lebih kuat dan efisien dapat membantu penipisan dan dilatasi serviks. Pada posisi tegak dapat mengurangi insiden penekanan tali pusat juga membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu, mencegah kompresi pembuluh darah.

5. Psikologis

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang ada dalam dirinya atau yang disampaikan padanya. Wanita bersalin mengatakan kekhawatiran jika ditanya. Perilaku dan penampilan ibu serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah.(Sumarah,2009)

13) Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf, adalah mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, serta mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, partograf juga dapat mendeteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama. Partograf harus digunakan :

1. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinandalam memantau,

mengevaluasi, dan membantu keputusan klinik, baik persalinan normal maupun yang disertai penyulit.

2. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
3. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Sp.OG, bidan, dokter umum, residen, mahasiswa).

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

Pencatatan Pada Temuan Partograf

- a. Informasi tentang ibu dicatat pada bagian awal (atas) partograf waktu kedatangan.
- b. Denyut jantung janin di catat setiap 30 menit, beri tanda titik pada garis yang sesuai, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik yang lain dengan garis yang tidak terputus.
- c. Warna dan adanya air ketuban, dikaji setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, dan periksa warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang berikut ini U (ketuban utuh), J (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), M (air ketuban sudah pecah dan bercampur darah), K (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban).
- d. Mulase (penyusupan kepala janin) gunakan lambang sebagai berikut :
 - 0: Tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
 - 1: Tulang – tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2: Tulang – tulang kepala janin tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan.

3: Tulang – tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

e. Kemajuan persalinan

1. Pembukaan serviks, dengan menggunakan metode pemeriksaan fisik, kaji dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.
2. Penurunan bagian terendah janin atau presentasi janin, kaji dan catat penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin setiap kali melakukan pemeriksaan dalam. Akan tetapi, kadang kala penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks 7 cm. Berikan tanda “O” pada garis waktu yang sesuai.
3. Garis waspada dan garis tindakan dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik pembukaan lengkap.

f. Kontraksi uterus terdapat lima lajur kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya dalam satuan detik. Catat lamanya kontraksi dengan :

1. Memberi titik – titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
2. Memberi garis – garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20 – 40 detik.
3. Mengisi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

- g. Obat – obatan dan cairan yang diberikan dicatat pada lajur kotak observasi kontraksi uterus. Oksitosin di dokumentasikan jika tetesan sudah di mulai, dan catat setiap 30 menit, dengan jumlah unit oksitosin yang diberikan (Erawati, 2008)

14) Asuhan Persalinan Normal

Tujuan Asuhan Persalinan Normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi yang lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).

Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

1. Membuat Keputusan Klinik

Merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti, keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien. (Buku panduan APN, 2008)

2. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- b. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan / atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h. Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Hargai privasi ibu.
- j. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.

- k. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
 - l. Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
 - m. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
 - n. Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.
 - o. Siapkan rencana rujukan (bila perlu) (Buku panduan APN, 2008)
3. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur.

PI adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi, saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pasca persalinan / bayi baru lahir atau saat menatalaksana penyulit. (Buku panduan APN, 2008)

4. Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. (Buku panduan APN, 2008)

5. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal – hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi. (Buku Panduan APN, 2008)

15) Penatalaksanaan Persalinan Kala I

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

Dimanapun persalinan dan kelahiran bayi terjadi, diperlukan hal – hal pokok seperti berikut ini :

- a. Ruang yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik
- b. Sumber air yang bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan dekontaminasi
- c. Air disinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan periksa dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir
- d. Tempat tidur yang bersih untuk ibu
- e. Meja tindakan untuk resusitasi bayi baru lahir

2. Mempersiapkan perlengkapan. Bahan – bahan dan obat – obatan yang diperlukan pada setiap persalinan dan kelahiran bayi :

- a. Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan
- b. Periksa semua obat – obatan dan bahan – bahan sebelum dan setelah menolong persalinan
- c. Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan – bahan sudah bersih dan siap pakai.

3. Persiapan rujukan

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan atau bayinya.

4. Memberikan asuhan sayang ibu

a. Memberikan dukungan emosional

Dukungan dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

b. Membantu pengaturan posisi

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendampingnya untuk membantu ibu berganti posisi. Posisi tegak, seperti berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan.

c. Memberikan cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan riangan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi.

d. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya 2 jam atau lebih sering jika terasa kandung kemih ibu penuh. Selama persalinan tidak dianjurkan melakukan kateterisasi karena dapat menyebabkan infeksi dan perlukaan saluran kemih ibu.

e. Pencegahan infeksi.

Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya.

5. Partograf

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- a. mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.
- c. Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (APN, 2008).

2.1.3 Nifas

1) Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira selama kira-kira 6 minggu. (Sulistyawati, 2009)

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. (Sarwono,2009)

2) Tahapan Masa Nifas

1. Puerpurium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote Puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan. (Sulistyawati, 2009)

3) Tujuan Pemberian Asuhan Masa Nifas

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, Kb, cara dan manfaat menyusui, manfaat imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
5. Mendapatkan kesehatan emosi. (Reni, 2010)

4) Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit 4 kalimelakukan kunjungan pada masa nifas dengan tujuan untuk :

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.

2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya. (Reni Heryani,2010)

Tabel 2.5 Jadwal Kunjung Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 Jam Post Partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling tentang pencegahan perdarahan masa nifas yang disebabkan atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal. 5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. 7. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah persalinan atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
II	6 Hari Post Partum	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, TFU dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal 3) Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat. 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan perawatan bayi sehari-hari.
III	2 Minggu Post Partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 Minggu Post Partum	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas. 2) Memberikan konsling KB secara dini.

Sumber : Reni Heryani,2010

5) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

a) Involusi Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpas untuk meraba di mana TFU-nya (tinggi fundus uteri).

- 1) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- 2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawa pusat.
- 3) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- 4) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
- 5) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram..

b) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua nekrotik dari dalam uterus.

Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

- 1) Lokhea Rubra/Merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisis darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2) Lokhea Sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) Lokhea Serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lokhea Alba/ Putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometriotitis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.

c) Perubahan pada Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sedangkan serviks

tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara corpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali.

b. Vulva dan Vagina

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

c. Perineum

Segara setelah melahirkan perinium menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh.

Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut "diuresis". Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. (Ari Sulistyawati, 2009)

4. Perubahan Tanda-Tanda Vital

a. Suhu Badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa.

Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 x/menit. Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100x/menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c. Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya pre-eklamsi post partum.

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan. (Sulistiyawati, 2009)

5 Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari dari volume darah dan entrasi. Apabila ada persalinan pervagina hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang denan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah.

Kedua ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kardis pada penderita vitium cordia. (Ambarwati, 2010)

6) Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap :

1 Taking in

- a. Periode ini menjadi 1 - 2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b. Ibu akan mengulang - ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan.
- c. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.
- d. Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. Nafsu makan yang kurang menandakan proses pengambilan kondisi ibu tidak berlangsung normal.

2 Taking hold

- a. Berlangsung 3 - 4 hari postpartum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap janin.
- b. Perhatian terhadap fungsi - fungsi tubuh (misalnya : eliminasi).
- c. Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi

3 Periode “Letting Go”

- a. Periode ini berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap ketergantungan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
- c. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.
- d. Post Partum Blues. Post partum blues atau sering juga disebut maternity blues atau sindroma ibu baru dimengerti sebagai suatu sindroma gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan
- e. Depresi Berat. Depresi berat dikenal sebagai sindroma depresif non psikotik pada kehamilan namun umumnya terjadi dalam beberapa minggu sampai bulan setelah kelahiran.
- f. Psikosis Post Partum. Rekurensi dalam masa kehamilan mencapai 20-30%. Gejala muncul umumnya dari beberapa hari sampai 4-6 minggu post partum. (Suherni, 2009).

7) Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1. Kebutuhan gizi ibu menyusui

a. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 – 500 kalori. Sebaiknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan mengurangi produksi ASI.

b. Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan 3 gelas susu, 2 butir telur, 5 putih telur, 120 gram keju, 1 gelas yoghurt, 120 – 140 gram ikan atau daging, 200 – 240 gram tahu atau setara 5 – 6 potong kecil.

c. Kalsium dan vitamin

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Setara dengan 50 – 60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium. Sedangkan vitamin A (200.00 unit) dibutuhkan ibu nifas agar dapat memberikan vitamin pada bayinya melalui ASI.

d. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya tiga porsi sehari. 1 porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4 - 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak.

e. Karbohidrat kompleks

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan 4 porsi per hari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 jagung pipil, 1 porsi sereal atau oat, 1 iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue dari bijian utuh, 2 – 6 biskuit kering, 1/2 cangkir kacang – kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/ pasta dari bijian utuh.

f. Cairan

Konsumsi cairan sedikitnya 3 liter tiap hari, kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu, dan sup.

2. Ambulasi Dini

Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24 – 4 jam postpartum. Keuntungan early ambulation :

- a. Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- c. Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan, dan lain – lain selama ibu masih dalam masa perawatan.

3. Eliminasi

a. Miksi

Disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan :

- a) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien,
- b) Mengompres air hangat di atas simpisis.

b. Defekasi

Biasanya 2 – 3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan suppositoria dan minum air hangat. (Ambarwati, 2010)

4. Kebersihan Diri

a. Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dapat dibersihkan secara rutin. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi.

b. Perawatan Payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putingsusu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam.

5. Istirahat

Anjurkan ibu supaya istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. (Ambarwati, 2010)

6. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3 – 4 minggu post partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh.

7. Latihan Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah Senam Kegel. Senam Kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergantian pada otot – otot dasar panggul. Senam Kegel mempunyai beberapa manfaat antar lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan haemorroid, meningkatkan pengendalian atas urin. (Ambarwati, 2010)

8. Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. (Ambarwati, 2010)

8) Pemeriksaan Fisik Masa Nifas

1. Payudara :

Payudara akan menjadi lebih besar, kencang, dan lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal dan dimulainya laktasi. Hari ke-2 postpartum sejumlah colostrum cairan yang disekresi oleh payudara selama 5 hari pertama setelah kelahiran bayi dapat diperas dari puting susu (Ambarwati, 2008).

2. Abdomen :

Dinding abdomen menjadi lembek (kendor, keriput, striae gravidarum bila ada maka gambaran ini tidak hilang akan tetapi berubah menjadi merah (paduan perinatal, 2009). Uterus berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat. Kandung kemih berkaitan dengan penurunan tinggi fundus dan masalah atau penyulit dalam berkemih.

3. Genetalia :

Odema vagina akibat penekanan kepala bayi saat lah lahir dan perlahan akan kembali ke bentuk semula. Ukuran vagina dan ruggae vagina akan kembali normal dalam jangka waktu 3 minggu. Dinding vagina lebih kendor dibanding sebelumnya. Beberapa hari pertama serviks masih dalam keadaan terbuka, dan dalam jangka waktu 7 hari seharusnya sudah kembali (panduan perinatal, 2009). Anus : haemoroid pada saat mengejan akan keluar yang diderita ibu sebelumnya dan terasa nyeri. Keadaan perineum : pada keadaan dimana bagian tubuh mengalami robekan maka saraf disekitar luka akan menjadi sangat peka dan timbul nyeri, namun semakin sering bergerak, maka nyeri akan semakin berkurang. Lokhea rubra/merah : Keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum.

9) Perawatan Pasca Persalinan

1 Mobilisasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur telentang selama 8 jam pasca persalinan. Setelahnya, ibu boleh miring-miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke-2, ibu diperbolehkan duduk, hari ke-3 berjalan-jalan, dan hari ke-4 atau ke-5 sudah

diperbolehkan pulang. Mobilisasi tersebut memiliki variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka (Sofian, 2011).

2 Diet

Makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya, makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran, dan buah-buahan (Sofian, 2011).

3 Miksi

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang, wanita mengalami kesulitan berkemih karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme akibat iritasi sfingter ani selama persalinan, juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Sofian, 2011).

4 Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Apabila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi buang air besar keras, dapat diberikan obat laktasif per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa, dilakukan klisma (Sofian, 2011).

5 Perawatan Payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. Apabila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH, seperti tablet lynoral dan parlodel. Sangat dianjurkan agar seorang ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayi tersebut (Sofian, 2011).

6 Laktasi

Untuk menghadapi masa laktasi sejak kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae yaitu, proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar, alveoli, dan bertambahnya jaringan lemak serta pengeluaran cairan susu jolong (colostrum), yang berwarna kuning-putih susu, dari duktus laktiferi, hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam (Sofian, 2011).

10) Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan ≥ 500 cc pasca persalinan dalam 24 jam pertama

- a. Setelah anak dan plasenta lahir
- b. Perkiraan perdarahan kadang bercampur amnion, urine, darah.
- c. Akibat kehilangan darah bervariasi.
- d. Perdarahan dapat terjadi lambat.

2. Infeksi nifas

Semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman ke dalam alat – alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas. Faktor predisposisi infeksi nifas yaitu partus lama, tindakan operasi persalinan, perdarahan ante partum, infeksi nosokomial.

3. Demam

Kenaikan suhu ≥ 38 °C selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum.

Faktor predisposisi KPP, partus lama, malnutrisi.

4. Bendungan ASI

- a. Suhu tidak ≥ 38 °C
- b. Terjadi minggu pertama post partum

- c. Nyeri tekan pada payudara

5. Mastitis

Peradangan pada mammae, kuman masuk melalui luka pada puting susu.

- a. Suhu tidak $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- b. Terjadi minggu kedua post partum
- c. Bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan (Sulistyawati, 2009).

2.2. Manajemen Varney

2.2.1 Teori Manajemen Kebidanan menurut Varney

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga pemeriksaan pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti aturan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatakan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apa pun. Akan tetapi,

setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

1. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

Pada tahap ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dari berbagai sumber. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap tentang kondisi klien. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, bidan akan melakukan konsultasi melalui upaya manajemen kolaborasi.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien secara tepat berdasarkan interpretasi data yang akurat. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. kata masalah dan diagnosa sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan layaknya diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah sering kali berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan arahan. Masalah ini sering menyertai diagnosis

3. Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi sebelumnya. Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi, atau bila memungkinkan upaya pecegahan, sambil mengamati kondisi klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

4. Langkah IV: Mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi perlu/tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Dengan kata lain, manajemen bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan, misalnya pada waktu persalinan.

Pada tahap ini, bidan dapat mengumpulkan dan mengevaluasi data baru. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu, dan nilai APGAR yang rendah).

Dari data yang dikumpulkan akan menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter (misalnya prolaps tali pusat) Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda

awal pre-eklampsia, kelainan panggul, penyakit jantung, diabetes, atau masalah medik yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh.

Pada tahap ini, bidan merencanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Tahap ini merupakan kelanjutan manajemen diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya, dan bidan dapat segera melengkapi informasi/data yang tidak lengkap..

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang baru serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. jika bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam

kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama tersebut.

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini, bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosa yang telah teridentifikasi.

2.3. Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengumpulan Data Dasar

1 Data subjektif

- a) Umur 16-35 tahun
- b) Keluhan utama sering kencing, hemoroid, konstipasi, sesak napas, nyeri punggung, cemas.
- c) Riwayat Obstetri
 - a. Riwayat kehamilan : terlalu hamil anak 1 < 16 tahun, terlalu tua hamil anak 1 > 35 tahun, terlalu lambat hamil pertama, kawin > 4 tahun, terlalu lama hamil lagi > 10 tahun, terlalu cepat hamil lagi < 2 tahun, pernah gagal kehamilan, hamil gemeli
 - b. Riwayat persalinan : tidak ada
 - c. Riwayat post natal : tidak ada
- d) Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal 4x yaitu 1x pada trimester I, 1x pada trimester II, dan 2x pada trimester III

- e) Riwayat kehamilan sekarang
 - a. Gerakan janin paling sedikit 3 kali dalam 3 jam.
 - b. Penyuluhan yang di dapat selama hamil antara lain, nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara, seksualitas, persiapan persalinan, dan KB.
- f) Pola fungsi kesehatan ibu hamil seperti :
 - a. Pola nutrisi, dianjurkan mendapat asupan kalori sebesar 300 kkal/ hari. Dengan frekuensi 3x sehari, nasi 1 piring, daging 3 potong sedang, tempe 3 potong kecil, sayuran 3 mangkuk sedang, buah 2 potong, susu 1 gelas, air 8 – 10 gelas sedang.
 - b. Pola eliminasi untuk BAK terjadi peningkatan urine, BAB terjadi konstipasi.
 - c. Pola istirahat pada siang hari 1 jam, untuk menjaga kesehatan selama hamil, dan istirahat malam 8 jam.
 - d. Pola aktivitas, tidak terlalu beratterlalu berat aktivitasnya
 - e. Pola seksual libido menurun.
 - f. Pola persepsi daneliharaan kesehatan, tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, tidak minum jamu
- g) Riwayat psiko – socio – spritual
 - a. Riwayat emosional
 - Trimester III : Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa jelek, aneh dan tidak menarik, tidak menyenangkan ketika bayi lahir tepat

waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.

- h) Jenis KB yang pernah digunakan AKDR, suntik, pil, metode sederhana, dan kontap.

2) Data objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tanda – tanda vital (tekanan darah 110/70-130/90 mmHg, nadi 80-100 kali/menit, pernafasan 16-24 Kali / menit, suhu 36⁰C-37,5⁰C

2) Antropometri

Penambahan berat badan trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Tinggi Badan > 145 cm. Lingkar lengan atas >23,5 cm

3) Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : Tidak pucat, tidak oedema.
- b. Mata : Sklera putih, conjungtiva merah muda, tidak pucat, tidak ada benjolan pada palpebra.
- c. Dada : Irama nafas teratur, tidak ada retraksi dinding dada.
- d. Mamae: Puting susu menonjol, hyperpigmentasi areola dan papila mamae dengan pemijatan colostrum keluar.
- e. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.

Leopold I : Teraba TFU 3 jari bawah processus xipoidius, pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting.

Leopold II : Teraba bagian panjang, keras seperti papan ada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin.

Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP

TBJ : 2500 – 4000 gram

DJJ : 120–160 x/menit dan teratur.

f. Genetalia : Tidak varises pada vulva dan vagina, tidak odem, tidak ada condiloma akuminata

g. Ekstremitas : Tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak, reflek patella +/+

4) Pemeriksaan panggul

Distancia Spinarum 23-26 cm, distancia cristarum 26-29 cm, conjugata eksterna 18-20 cm, lingkaran panggul 80-90 cm, distancia tuberum 10,5-11 cm

5) Pemeriksaan lab

a. Darah : Hb : >11 gram %

b. Urine : Reduksi (-), Albumin (-)

2) Interpretasi data dasar

Diagnosa : GPAPIAH , uk....minggu , hidup, tunggal, letak/presentasi, intrauteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin.

Masalah : Nyeri punggung, nafas sesak, konstipasi, hemoroid, sering kencing, dan cemas

Kebutuhan : HE mengenai penyebabnya, pola nutrisi, pola istirahat, pola aktivitas.

3) Antisipasi diagnose dan masalah potensial :

Tidak ada.

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera :

Tidak ada

5) Merencanakan Asuhan Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu mengerti tentang penyebab masalah yang dialami dan cara mengatasinya

Kriteria Hasil : Ibu mampu menjelaskan kembali penjelasan dari petugas kesehatan.

Intervensi

1. Bina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu hamil
2. Beritahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan saat ini
3. Deteksi masalah dan cara mengatasinya
4. Ajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan
5. Diskusikan tentang persiapan kelahiran bayi
6. Ajarkan cara mengenali tanda bahaya kehamilan
7. Berikan tablet besi
8. Jadwalkan kunjungan ulang

2.3.2 Persalinan

1) Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

- a) Keluhan utama yang dirasakan mengeluarkan lendir darah, perut terasa tegang kontraksi semakin adekuat, (3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih)
- b) Pola fungsi kesehatan
 - a. pola nutrisi, pada ibu bersalin asupan makanan ringan dan minum air sesering mungkin
 - b. Pola eliminasi pada saat bersalin, ibu rutin setiap 2 jam.
 - c. Pola Istirahat, ibu dapat miring kiri.
 - d. Pola Aktivitas, selama proses persalinan tidak dianjurkan terlentang terus menerus dalam masa persalinannya, jalan – jalan.
- c) Riwayat Psikososiospiritual. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat.

2. Obyektif

- a) Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tanda – tanda vital (tekanan darah 110/70-130/90 mmHg, nadi 80-100 kali/menit, pernafasan 16-24 Kali / menit, suhu 36⁰C-37,5⁰C
- b) pemeriksaan fisik
 - a. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.

Leopold I : Teraba TFU 3 jari bawah processus xipoidius, pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting.

Leopold II : Teraba bagian panjang, keras seperti papan ada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin.

Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting melenting.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP

TBJ : 2500 – 4000 gram

DJJ : 120–160 x/menit dan teratur.

His : 3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih

- b. Genetalia : Tidak ada oedem, tidak varices, tidak ada pembesaran kelenjar bartolini dan terdapat pengeluaran lendir dan darah, terdapat cairan ketuban atau tidak, tidak ada nyeri tekan
- c. VT : \emptyset 1 – 10 cm, eff 10- 100%, ket (+/ -) jernih, letak kepala \cup , denominator ubun-ubun kecil, kepala H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi.

2) Interpretasi data dasar

Diagnose : GPAPIAH uk36-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, ku ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase laten / aktif

Masalah : Cemas, gelisah, takut, nyeri punggung

Kebutuhan: KIE tentang keadaannya saat ini

Dukungan emosional

KIE teknik relaksasi, KIE Eliminasi

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial : Tidak Ada

4) Identifikasi kebutuhan tindakan segera : Tidak ada

5) Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

KALA I

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama 12 jam pada primigravida dan 7 jam pada multigravida

Kriteria Hasil : Adanya tanda gejala kala II yaitu dorongan meneran, tekanan pada anus, vulva menonjol dan membuka.

Intervensi

- 1) Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
- 2) Persiapkan perlengkapan, bahan – bahan dan obat – obatan yang diperlukan
- 3) Persiapan rujukan jika sewaktu – waktu ada kegawatdaruratan
- 4) Berikan asuhan sayang ibu seperti :
 - a. Dukungan emosional
 - b. Atur posisi yang nyaman
 - c. Pemberian asupan nutrisi dan cairan
 - d. Anjurkan ibu untuk ke kamar mandi saat ada dorongan untuk berkemih
 - e. Lakukan pencegahan infeksi
- 5) Observasi DJJ, His, nadi tiap 30 menit
- 6) Observasi kemajuan persalinan tiap 4 jam sekali, tekanan darah tiap 2 jam sekali.

KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan 30 menit untuk multigravida dan 60 menit untuk primigravida persalinan dapat berjalan normal.

Kriteria Hasil : Bayi lahir spontan , menangis kuat, bernafas spontan, warna kulit kemerahan.

Intervensi

1. Kenali tanda dan gejala kala II
2. Pastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukan spuit kedalam partus set.
3. Pakai celemek plastik
4. Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dg handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Pakai sarung tangan DTT/steril pd tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin 10 unit kedalam spuit yg telah disediakan tadi dg menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set
7. Bersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon
8. Lakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap
9. Dekontaminasikan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Periksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal
11. Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman .
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

13. Lakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan member cukup cairan.
14. Anjurkan ibu mengambil posisi yng nyaman jika belum ada dorongan meneran.
15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
19. Lindungi perineum dg tangan kanan yg dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menhan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Periksa kemungkinan ada lilitan tali pusat
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Pegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menynggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Telusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kak(masukan telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dg ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.

25. Nilai segera bayi baru lahir dengan apgar skore.
26. Keringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

KALA III

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III kurang dari 30 menit diharapkan plasenta lahir

Kriteria Hasil : plasenta lahir , kotiledon lengkap, selaput ketuban utuh, tidak ada kelainan baik dari sisi fetal maupun maternal.

Intervensi

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.
29. Suntikan oksitosin 10 unit secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
30. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama.
31. Gunting tali pusat yg telah di jepit oleh kedua klem dg satu tangan(tangan yg lain melindungi perut bayi) pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut, ikat tali pusat.
32. Berikan bayi pada ibunya, menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD)
33. Ganti handuk yang basah dg kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-6 cm dari vulva.

35. Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain merengangkan tali pusat.
36. Lakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain. Mendorong kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
37. Letakan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).
38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian dilahirkan ditempatkan pada tempat yang telah disediakan.
39. Letakan telapak tangan difundus dan melakukan msase dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir.
40. Periksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal. Maternal = selaput utuh, kotiledon dan lengkap. Fetal = tidak dikaji. Diameter, tebal, berat.

KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan selama 2 jam kala IV normal.

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus baik (keras), tidak terjadi perdarahan , tidak terjadi infeksi.

Intervensi

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina

42. Pastikan uterus berkontraksi degan baik dan tidak terjadi perdarahan.
43. Biarkan bayi diatas perub ibu.
44. Timbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetrasiklin 1%), berikan injeksi Vit.K (paha kiri)
45. Berikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit.k)
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - a) setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama post partum
 - b) setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
 - c) setiap 30menit pada 1 jam kedia post partum.
47. Anjurkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
48. Evaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
49. Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15menit pada 1 jam pertama post partum dan setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.
50. Periksa pernafasan da temperature tubuh ibu sekali setiap 1jam selama 2 jam post partum
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk mendekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekotaminasi.
52. Buang bahan bahan yang sudah terkntamnasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lender dan darah.

54. Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan asi menganjurkan keluarga untuk member minum dan makanan yang diinginkan ibu, mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.
55. Dekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan rendam selama 10 menit.
57. Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
58. Lengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV

2.3.3 Nifas

1) Pengumpulan Data Dasar

1. Subyektif

a) Keluhan Utama

nyeri perineum, kram pada perut (after pains), bengkak, nyeri pada payudara.

b) Pola kesehatan fungsional meliputi

- a. pola nutrisi, kebutuhan karbohidrat 4 porsi per hari, 1 porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ cangkir nasi. Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan 3 gelas susu, 2 butir telur, 5 putih telur, 120 gram keju, 1 gelas yoghurt, 120 – 140 gram ikan atau daging, 200 – 240 gram tahu atau setara 5 – 6 potong kecil, sedangkan sayuran 3 porsi sehari, dengan 1 porsi setara dengan $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ cangkir sayuran hijau yang dimasak. Sedangkan kebutuhan cairan, minum sedikitnya 3 liter setiap hari.

- b. Pola eliminasi dalam 6 jam pertama postpartum ibu harus dapat buang air kecil, dan untuk buang air besar dalam 24 jam pertama.
 - c. Pola istirahat, istirahat siang 2 jam, sedangkan istirahat malam 7 – 8 jam.
 - d. Pola Seksual, tidak melakukan hubungan seksual.
 - e. Pola personal hygiene, mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK paling tidak dalam waktu 3 jam supaya ganti pembalut.
- c) Riwayat psikososiospritual

Ibu setelah melahirkan, ia akan mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menajalani proses pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya.

2. Obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional kooperatif, tanda – tanda vital (tekanan darah 110/70-130/90 mmHg, nadi 80-100 kali/menit, pernafasan 16-24 Kali / menit, suhu 36⁰C-37,5⁰C

b. Pemeriksaan fisik

- a) mammae : Puting susu menonjol, ASI sudah keluar.
- b) abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik
- c) genetalia : Tidak ada kelainan, jumlah perdarahan <500cc, terdapat lochea rubra.

2) Interpretasi data dasar

Diagnosa	: PAPIAH 6 jam
Masalah	: nyeri perineum, kram pada perut (after pains), bengkak, nyeri pada payudara.
Kebutuhan	: He mengenai penyebabnya, mobilisasi, aktivitas, personal hygiene

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

5) Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama \pm 15 menit, ibu dapat mengerti penjelasan dari bidan

Kriteria Hasil : Ibu dapat menjelaskan kembali

Intervensi

1. 6-8 jam post partum

- a. Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Berikan konseling tentang pencegahan perdarahan masa nifas yang disebabkan atonia uteri.
- d. Anjurkan pemberian ASI awal.
- e. Ajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f. Ajarkan menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

- g. Pantau ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah persalinan atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
- 2. 6 hari post partum
 - a. Pastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, TFU dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
 - b. nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
 - c. Pastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.
 - d. Pastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
 - e. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan perawatan bayi sehari-hari.
 - 3. 2 minggu post partum

Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
 - 4. 6 minggu post partum
 - a. Tanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas.
 - b. Berikan konsling KB secara dini.