

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1. Pengertian

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

Kehamilan adalah dimulai dari hasil konsepsi sampai lahirnya janin dengan lama kehamilan 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2002).

2. Menentukan Usia Kehamilan

a. Rumus Naegele

Usia kehamilan dihitung 280 hari. Patokan HPHT atau Tafsiran persalinan.

Tafsiran Persalinan (TP) : tanggal HPHT (+7), Bulan HPHT (-3), Tahun HPHT (+1) jika bulan lebih dari 4-12. Jika bulan lebih dari 1-3, tanggal HPHT (+7), bulan HPHT (-3) (Hani, 2010).

HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi yang seperti biasa (Hani, 2010).

b. Gerakan Pertama Fetus

Diperkirakan terjadinya gerakan pertama fetus pada usia kehamilan 16 minggu terdapat perbedaan. Pada primigravida biasanya dirasakan usia kehamilan 18 minggu, pada multigravida sekitar 16 minggu (Hani, 2010).

c. Perkiraan Tinggi Fundus Uteri

Tabel 2.1 TFU terhadap Umur Kehamilan

Usia Kehamilan (Minggu)	Cm	TFU (Tinggi Fundus Uteri)
12		3 jari di atas simfisis
16		Pertengahan pusat-simfisis
20	20 cm	3 jari bawah pusat
24	23 cm	Setinggi pusat
28	26 cm	3 jari diatas pusat
32	30 cm	Pertengahan pusat- <i>prosesus xiphoideus</i>
36	33 cm	setinggi <i>prosesus xiphoideus</i>
40		Dua jari (4 cm) dibawah <i>prosesus xiphoideus</i>

(Hani,2010)

3. Perubahan Anatomi dan Fisiologis pada Wanita Hamil

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram (Sulistyawati, 2012). Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen (Romaui, 2011).

2) Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron (Sulistyawati, 2012). Pada trimester ke III

korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2011).

3) Vagina dan Vulva

Dinding vagina banyak mengalami perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya kekebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertropi sel otot polos (Romauli, 2011).

b. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau biasa disebut curah jantung meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu (Sulistyawati, 2012).

c. Sistem Perkemihan

Pada kehamilan lanjut kepala janin mulai turun ke PAP sehingga keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali (Romauli, 2011).

d. Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron (Sulistyawati, 2012).

e. Sistem Metabolisme

Janin membutuhkan 30-40 gram kalsium untuk pembentukan tulangnya dan ini terjadi ketika trimester terakhir. Dalam sehari kalsium dibutuhkan rata-

rata 1,5 gram. Kebutuhan zat besi wanita hamil ± 1.000 mg. Kebutuhan zat besi rata-rata 3,5 mg/hari (Sulistyawati, 2012).

f. Sistem Muskuloskeletal

Adanya sakit punggung dan ligamen pada kehamilan tua disebabkan meningkatnya pergerakan pelvis akibat pembesaran uterus. Bentuk tubuh selalu berubah menyesuaikan dengan pembesaran uterus (Sulistyawati, 2012).

g. Kulit

Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi, hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mammae. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai *linea grisea*. Tidak jarang di jumpai perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut *striae livide*. Setelah partus, *striae livide* ini berubah warnanya menjadi putih dan disebut *striae albican*. Pada seorang multigravida sering tampak *striae* bersama dengan *striae albican* (Wiknjosastro, 2006).

h. Payudara

Beberapa perubahan yang dapat dialami oleh ibu adalah sebagai berikut:

- 1) Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang dan berat.
- 2) Dapat teraba nodul-nodul, akibat hipertropi kelenjar alveoli.
- 3) Bayangan vena-vena lebih membiru.
- 4) Hiperpigmentasi pada areola dan puting susu.

- 5) Kalau diperas akan keluar air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning (Sulistyawati, 2012).

i. Sistem Pernafasan

Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya (Sulistyawati, 2012).

j. Berat Badan

Menggambarkan status gizi selama hamil. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan :

- 1) 4 kg pada kehamilan trimester 1.
- 2) 0,5 kg pada kehamilan trimester II sampai III.
- 3) Totalnya sekitar 15-16 kg (Sulistyawati, 2012).

4. Perubahan Psikologis dalam Masa Kehamilan

a. Trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Penerimaan kehamilan biasanya terjadi pada akhir trimester pertama. Trimester pertama merupakan waktu terjadinya penurunan libido (Varney, 2007).

b. Trimester II

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni periode ketika wanita nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Wanita lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil atau ibu baru lainnya. Libido meningkat (Varney, 2007).

c. Trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. 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. Libido menurun (Varney, 2007).

5. Standar Asuhan Kehamilan**a. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan**

Penimbangan BB setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Tafsiran berat janin dihitung dengan rumus ($TBJ = (TFU \text{ (cm)} - N) \times 155$), N = 13 (Kepala belum melewati PAP), N = 12 (Kepala masuk PAP dan masih diatas spina ischiadika), N = 11 (Kepala masuk PAP dibawah spina ischiadika) (Mansjoer, 2008). Pengukuran TB dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko CPD (<145 cm).

b. Ukur Tekanan Darah

Untuk mendeteksi adanya hipertensi pada kehamilan ($TD \geq 140/90$ mmHg) dan preeklampsia. Tekanan darah normal antara 90/60 hingga 140/90 mmHg. Sedangkan untuk normalnya nadi 80-100 kali/menit, pernapasan 16-20 kali/menit, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Hani, 2010).

c. Nilai Status Gizi (Ukur LILA)

Dilakukan pada kontak pertama di trimester 1 untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (Lila <23,5 cm).

d. Ukur TFU

Mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Standar menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e. Tentukan Presentasi dan DJJ

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester 2 dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Penilaian DJJ pada akhir trimester 1 dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ 120-160 kali/menit.

f. Imunisasi TT

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi T-nya. Pemberian status imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 (pertama saat kunjungan antenatal pertama dan kedua, empat minggu setelah kunjungan pertama) agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status TT5 (TT long life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

g. Beri Tablet Tambah Darah

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet Fe dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan.

h. Periksa Laboratorium

- 1) Pemeriksaan golongan darah : Mempersiapkan calon pendonor darah sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi kegawatdaruratan.
- 2) Pemeriksaan HB : Dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pada trimester kedua dilakukan atas indikasi. Hb normal 10,5-14,0 gr%.
- 3) Pemeriksaan protein urine : Dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi (Negatif urine tidak keruh, positif 2 kekeruhan mudah dilihat dan endapan halus, positif 3 urine lebih keruh dan endapan lebih jelas terlihat, positif 4 urine sangat keruh dan endapan menggumpal).
- 4) Pemeriksaan kadar gula darah : Apabila dicurigai menderita diabetes mellitus (Negatif urine biru jerinoh atau kehijauan, positif 1 warna hijau kekuningan dan agak keruh, positif 2 kuning keruh, positif 3 urine jingga keruh, positif 4 urine merah keruh).
- 5) Pemeriksaan darah malaria : Ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria.
- 6) Pemeriksaan tes sifilis : Dilakukan di daerah dengan resiko tinggi menderita sifilis.
- 7) Pemeriksaan HIV : Dilakukan pada ibu hamil di daerah terkonsentrasi HIV.
- 8) Pemeriksaan BTA : Pada ibu hamil yang dicurigai tuberkolosis.

i. Tatalaksana atau Penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai standard dan kewenangan tenaga kesehatan.

j. Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara dilakukan setiap kunjungan antenatal mengenai tentang segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan (Kemenkes RI,2012).

6. Standar Minimal Kunjungan Kehamilan

Kunjungan ANC minimal 4 kali yaitu :

- 1) 1 kali pada trimester I (sebelum minggu ke-14)
- 2) 1 kali pada trimester II (sebelum minggu ke-28)
- 3) 2 kali pada trimester III (antara minggu 28-36) (Hani,2011).

7. Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul wajib dilakukan terutama pada ibu hamil primigravida untuk menilai keadaan dan bentuk panggul kemungkinan terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan. Sedangkan pemeriksaan panggul pada ibu hamil multigravida dengan riwayat persalinan sebelumnya spontan melalui jalan lahir tidak wajib, kecuali jika riwayat persalinan sebelumnya SC (Nurul, 2012). Ukuran normal panggul luar yaitu :

Distancia Spinarum	: 23-26 cm
Distancia Cristarum	: 26-29 cm
Conjugata Eksterna	: 18-20 cm
Lingkar Panggul	: 80-90 cm

Distancia Tuberum : 10,5 -11 cm (Hani,2010).

8. Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

- a. Edema : Dikarenakan tekanan uterus pada vena pelvis. Cara meringankannya yaitu dengan hindari posisi berbaring terlentang dan istirahat kaki agak ditinggikan.
- b. Sering buang air kecil : Akibat tekanan uterus pada kandung kemih. Cara meringankan dengan cara kosongkan kandung kemih saat terasa ada dorongan untuk berkemih.
- c. Konstipasi atau sembelit : Akibat peningkatan progesteron yang menyebabkan peristaltik uterus menjadi lambat. Cara meringankannya yaitu tingkatkan intake cairan dan air dalam diet.
- d. Sesak nafas : Semakin besarnya uterus, maka akan mengalami desakan pada diafragma. Cara meringankan dengan posisi berbaring semi fowler, latihan pernafasan dan senam hamil.
- e. Sakit punggung atas dan bawah : Kurvatur dari vertebra yang meningkat saat uterus terus membesar serta akibat mekanik tubuh yang kurang baik. Cara meringankan dengan menggunakan bantal saat tidur untuk meluruskan punggung dan gunakan *body mechanic* yang baik untuk mengangkat benda (Sulistyawati, 2012). Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberikan perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh ke belakang. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan

menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Cara mengatasinya, gunakan postur tubuh yang baik, kompres hangat, pijatan pada punggung (Varney, 2007).

- f. Hemoroid : Tekanan yang meningkat dari uterus terhadap vena hemoroidal. Cara meringankan dengan makan makanan yang berserat, banyak minum air putih, dengan perlahan masukkan kembali ke dalam rectum jika perlu (Sulistyawati, 2012).
- g. Keputihan : Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Cara meringankan tingkatkan kebersihan, memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun agar menyerap cairan (Sulistyawati, 2012).

9. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang- kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Jenis-jenis perdarahan antepartum :

1) Plasenta Previa

Adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. (Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan, dinding belakang rahim atau di daerah fundus uteri).

2) Solusio Plasenta (*Abruptio Plasenta*)

Adalah lepasnya plasenta sebelum waktunya, secara normal plasenta terlepas setelah anak lahir.

3) Gangguan Pembekuan Darah

Koagulopati dapat menjadi penyebab dan akibat perdarahan yang hebat. Gambaran klinisnya bervariasi mulai dari perdarahan hebat, atau tanpa komplikasi trombosis, sampai keadaan klinis yang stabil yang hanya terdeteksi oleh pemeriksaan laboratorium.

b. Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat, kadang – kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang (Romauli, 2011).

c. Penglihatan Kabur

Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak misalnya pandangan kabur berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre eklamsia (Romauli, 2011).

d. Bengkak di Wajah dan Jari-Jari Tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre eklamsia (Hani, 2011).

e. Gerakan Janin Tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Hani, 2011).

10. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Oksigen

Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

b. Nutrisi

- 1) Kalori : Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori.
- 2) Protein : Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.
- 3) Kalsium : Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka.
- 4) Zat Besi : Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.
- 5) Asam Folat : Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mikro gram per hari.

- 6) Air : Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel, darah, getah bening, dan cairan vital tubuh lainnya, dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) dan susu.

c. Personal Higyne (Kebersihan Pribadi)

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme.

d. Pakaian

Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut. bra yang menyokong payudara, sepatu dengan hak rendah

e. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK

f. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti abortus dan perdarahan per vaginam.

g. Mobilisasi

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur malam. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini, dibutuhkan sikap tubuh yang baik.

h. Exercise / Senam Hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak member I manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu member dorongn serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah.

i. Istirahat/Tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua.

j. Imunisasi TT

Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Asrinah, 2010).

11. Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

- a. Biaya : Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin (tabulin), atau menabung di bank.

- b. Penentuan tempat serta penolong persalinan.
- c. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.
- d. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.
- e. Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain).
- f. Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama).
- g. Persiapan persalinan yang tidak kalah pentingnya adalah transportasi, misalnya jarak tempuh dari rumah dan tujuan membutuhkan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan (Asrinah,2010).

2.1.2 Persalinan

1. Pengertian

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).

2. Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Asrinah 2010 sebab-sebab mulainya persalinan, meliputi :

a. Penurunan Hormon Progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his.

b. Keregangan Otot-Otot

Otot rahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka akan timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

c. Peningkatan Hormon Oksitosin

Pada akhir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

d. Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 5 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

f. Plasenta Menjadi Tua

Dengan adanya kehamilan plasenta menjadi tua, Villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun (Nurasiah,2012).

3. Jenis Persalinan**a. Berdasarkan Cara Pengeluarannya**

- 1) Persalinan Spontan : Proses Persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- 2) Persalinan Buatan : Persalinan dengan bantuan dari luar

- 3) Persalinan Anjuran : Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan (Nurasiah,2012).

b. Berdasarkan Usia Kehamilan

- 1) Abortus : Keluarnya hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 20 minggu. Berat janin kurang dari 500 gram.
- 2) Persalinan Immatur: Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20-28 minggu. Berat janin 500 gram dan <1000 gram.
- 3) Persalinan Prematur: Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu dan <37 minggu. Berat janin 1000 gram dan <2500 gram.
- 4) Persalinan Matur atau Aterm: Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu. Berat janin >2500 gram.
- 5) Persalinan Postmatur atau Serotinus: Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu (Nurasiah,2012).

4. Tanda-Tanda Persalinan

- a. *Lightening* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multigravida tidak begitu kelihatan.
- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d. Perasaan sakit diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus (Johariyah,2012).

5. Tanda dan Gejala Inpartu

- a. Kontraksi uterus yang semakin lama semakin sering dan teratur (frekuensi minimal 2x dalam 10 menit).
- b. Cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina.
- c. Pada pemeriksaan dalam ditemukan pelunakan, penipisan dan pembukaan serviks.
- d. Dapat disertai ketuban pecah (Johariyah, 2011). Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil (Asrinah, 2010).

6. Tahapan Persalinan

a. 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.

1) Fase laten

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukan serviks.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4.
- c) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

2) Fase aktif

- a) 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).

- b) 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).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

1. Fase Akselerasi : Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
2. Fase Dilatasi Maksimal : Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
3. Fase Deselerasi : Pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap (JNPK-KR, 2008).

Asuhan pada kala I persalinan yaitu :

- 1) Penggunaan partograf.

Digunakan untuk mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan.

- 2) Memberikan dukungan persalinan.

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan ibu dan keluarganya, sehingga memberikan dukungan dan dorongan semangat sangat penting dalam persalinan.

- 3) Asuhan sayang ibu.

b. Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan servik sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut kala pengeluaran bayi.

Tanda dan gejala kala II persalinan :

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

c. Kala III

Persalinan kala tiga dimulai saat setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

1) Metode Pelepasan Plasenta

a) Schultze : Pelepasan dimulai dari bagian tengah plasenta dan bagian inilah yang lebih dahulu turun ke segmen bawah rahim. Permukaan fetal akan muncul lebih dulu pada vulva diikuti selaput ketuban. Darah akan keluar sampai terjadinya pengeluaran plasenta.

b) Duncan : Pelepasan dimulai dari tepi plasenta. Darah menggumpal diantara selaput ketuban (Johariyah, 2012).

2) Tanda-Tanda Pelepasan Plasenta

a) Perubahan Bentuk dan Tinggi Fundus : Setelah bayi lahir uterus berbentuk bulat penuh dan TFU biasanya turun hingga dibawah pusat.

- b) Tali Pusat Memanjang : Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina.
- c) Semburan Darah Tiba-Tiba : Menandakan bahwa darah yang terkumpul diantara tempat melekatnya plasenta keluar melalui tepi plasenta yang terlepas (Johariyah, 2012).

3) Manajemen Aktif Kala Tiga

- a) Pemberian suntikan oksitosin.
- b) Penegangan tali pusat terkendali.
- c) Rangsangan taktil (masase) fundus uteri (JNPK-KR, 2008).

d. Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Hal yang dilakukan setelah plasenta lahir :

- 1) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- 2) Evaluasi tinggi fundus. Umumnya fundus uteri setinggi atatu beberapa jari di bawah pusat.
- 3) Mempekirakan kehilangan darah. Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut.
- 4) Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

- 5) Evaluasi keadaan ibu. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah (JNPK-KR, 2008).

Tabel 2.2 Perbedaan Lama Persalinan Primi dengan Multipara

Lama persalinan		
	Primi	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

(Johariyah, 2012)

7. Mekanisme Persalinan Normal

Merupakan perubahan-perubahan posisi kepala janin terhadap segmen panggul.

a. Penurunan

Masuknya kepala dalam PAP pada primigravida terjadi pada 36-37 minggu tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.

b. Fleksi

Begitu penurunan menemukan tahanan dari pinggir PAP, servik, dasar panggul, maka terjadilah fleksi sehingga UUK jelas lebih rendah dari UUB.

c. Putar Paksi Dalam

Gerakan pemutaran kepala dengan suatu cara yang secara perlahan menggerakkan oksiput dari posisi asalnya ke anterior menuju simfisis pubis.

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala yang telah fleksi penuh sampai di dalam panggul, terjadi ekstensi atau defleksi dari kepala.

e. Putar Paksi Luar

Setelah kepala lahir maka kepala memutar kembali ke arah punggung anak.

f. Ekspulsi

Setelah rotasi luar, bahu depan kelihatan dibawah simphisis disusul kemudian bahu depan (Johariyah,2012).

8. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power

1) 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 (Arsinah, 2010).

2) Tenaga Mendedan

Setelah Pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada didasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan (Nurasiah,2012).

b. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir yang meliputi rangka panggul, dasar panggul, uterus dan vagina. Agar passanger yaitu isi uterus dapat melalui jalan lahir tanpa rintangan maka jalan lahir tersebut harus normal.

c. Passanger (Janin dan Plasenta)

Anak, air ketuban dan plasenta, isi dari uterus yang akan dilahirkan agar persalinan berjalan dengan lancar maka faktor passanger harus normal.

d. Psikologis

- 1) Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya.
- 3) Kebiasaan adat.
- 4) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

e. Penolong (Pysician)

Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan aktif dan kesiapan penolong dalam menghadapi persalinan (Sumarah, 2009).

9. Asuhan Persalinan Normal

Lima benang merah dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi :

a. Membuat Keputusan Klinik

Merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien.

b. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.

- 6) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan/atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 8) Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 9) Hargai privasi ibu.
- 10) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- 11) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- 12) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- 13) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- 14) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.
- 15) Siapkan rencana rujukan (bila perlu).

c. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi 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.

d. 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.

e. Rujukan

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal – hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk.

S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan / atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat – obatan yang diterima

ibu dan / atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) : Bawa obat – obatan esensial padasaat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.

K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup (JNPK-KR, 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 adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes,2003).

2. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit 4 kali.

a. Kunjungan I (6-8 Jam Post Partum)

- 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.

b. Kunjungan II (6 Hari Post Partum)

- 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.

c. Kunjungan III (2 Minggu Post Partum)

Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

d. Kunjungan IV (6 Minggu Post Partum)

- 1) Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas.
- 2) Memberikan konseling KB secara dini (Heryani,2010).

3. Tahapan Masa Nifas

a. Puerperium 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.

b. Puerperium Intermedial

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

c. 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).

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) 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).

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 simpisi 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 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, lemah 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.

c) Perubahan pada Serviks

Bentuk serviks agak menganga seperti corong segera setelah bayi lahir. Serviks berwarna kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali.

d) Vulva dan Vagina

Dalam beberapa hari pertama sesudah persalinan, 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.

e) Perineum

Segera 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.

b. 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. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, ambulasi awal.

c. 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 (Sulistyawati, 2009).

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi :

1) Dinding Perut dan Peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu.

2) Kulit Abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

3) Striae

Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar.

4) Perubahan Ligamen

Setelah jalan lahir, ligamen-ligamen, diafragma pelvis dan fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala.

5) Simpisis Pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi. Namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan simpisis pubis antara lain: nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan (Heryani,2010).

e. Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (Human Placental Lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas.

2) Hormon Pituitary

Hormon pituitary antara lain : hormone prolactin, FSH dan LH. Hormon prolactin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolactin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi 6 minggu pasca persalinan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

4) Hormon Oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

5) Hormon Estrogen dan Progesteron

Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormone antidiuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan meningkatkan volume darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina (Heryani,2010).

f. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) 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.

2) 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.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya (Sulistyawati, 2009).

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormon estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar estrogen menurun selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi daripada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat (Heryani,2010).

h. Perubahan Sistem Hematologi

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematocrit dan eritrosit sering bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut (Heryani,2010).

5. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode adaptasi masa nifas dibagi menjadi 3 bagian, antara lain :

- a. Periode Taking In : Terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Mengulang-ngulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- b. Periode Taking Hold : Berlangsung hari ke 2-4 post partum. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi (Sulistyawati, 2009).
- c. Periode Letting Go : Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini. Ibu merasa percaya diri dan mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya (Heryani,2010).

6. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (mengonsumsi 3-4 porsi setiap hari), wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).

b. Ambulasi Dini

Early Ambulation adalah kebijakan untuk segera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan segera mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum.

c. Eliminasi

Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. BAB biasanya tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah melahirkan karena perineum yang sakit pasca melahirkan

d. Kebersihan Diri/ Perineum

Perawatan luka perineum bertujuan mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genitalia dengan air dan sabun setiap selesai BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan kemudian anus.

e. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

f. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomy telah sembuh dan lokea telah berhenti. Hendaknya hubungan seksual dapat ditunda sebisa mungkin 40 hari setelah melahirkan karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali.

g. Senam Nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas (Heryani,2010).

2.2 Manajemen 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 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 karangan 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.

2.2.1 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.

2.2.2 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, terapi 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.

2.2.3 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 pencegahan, sambil mengamati kondisi klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

2.2.4 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..

2.2.5 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.

2.2.6 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.

2.2.7 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 (Saminem, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1. Pengumpulan Data Dasar

a. Subyektif

1) Identitas

Umur : <16 tahun alat reproduksi belum matang dan >35 tahun merupakan faktor resiko tinggi dalam kehamilan serta proses persalinan (Skor Poedji Rochjati).

2) Keluhan Utama

Edema, sering buang air kecil , sembelit, sesak nafas , sakit, punggung atas dan bawah , hemoroid, keputihan (Sulistiyawati, 2012).

3) Riwayat Kebidanan

a) Kunjungan : kunjungan ANC minimal 1 kali pada trimester I (sebelum minggu ke-14), satu kali pada trimester II (sebelum minggu ke-28), dua kali pada trimester III (antara minggu 28-36) (Hani,2011).

b) Riwayat Menstruasi : Menarche 12-16 tahun, Siklus 23-32 hari, banyaknya sampai berapa kali mengganti pembalut dalam sehari (Sulistiyawati, 2012).

HPHT : tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi yang seperti biasa (Hani, 2010).

4) Riwayat Obstetri yang Lalu

Tabel 2.3 Riwayat Obstetri yang Lalu

No	Kehamilan		Persalinan				BBL				Nifas	
	UK	Peny	Jenis	Pnlg	Tmp	Peny	JK	PB/ BB	Hdp/ Mt	Usia	Kead	Lak

5) Riwayat Kehamilan Sekarang

a) Keluhan

Trimester I : Mual, muntah, kelelahan, mengidam, sering buang air kecil.

Trimester II : Pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung.

Trimester III : Sesak nafas, sering buang air kecil, sakit punggung atas dan bawah (Sulistiyawati,2012).

b) Pergerakan anak pertama kali : Primigravida UK 18 minggu, Multigravida UK 16 minggu (Hani,2010).

c) Frekuensi pergerakan standarnya paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Hani, 2010).

d) Imunisasi yang sudah didapat : Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Asrinah, 2010).

6) Pola Kesehatan Fungsional

- a) Pola Nutrisi : Makan 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, ayam, keju telur), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam), minum air putih 6-8 gelas/hari minum susu 1 gelas/hari (Asrinah, 2012).
- b) Pola Eliminasi : BAK lebih sering 6-7 x/hari, BAB 1x/hari.
- c) Pola Istirahat : Tidak semua wanita mempunyai kebiasaan tidur siang, rata-rata tidur malam yang normal adalah 6-8 jam (Sulistiyawati, 2012).
- d) Pola Aktivitas : aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika kegiatan pasien terlalu berat, dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil (Sulistiyawati, 2012).
- e) Pola Seksual : Selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti abortus dan perdarahan per vaginam (Asrinah, 2012).

7) Riwayat Penyakit Sistemik dan Penyakit Keluarga

Tidak pernah dan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit jantung, asma, diabetes mellitus, hepatitis, hipertensi, torch.

8) Riwayat Emosional

- 1) Trimester I : Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan, selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar- benar hamil.
- 2) Trimester II : Ibu merasa sehat ,ibu sudah menerima kehamilannya, merasakan gerakan anak, merasa terlepas dari ketidak nyamanan dan kekhawatiran, libido meningkat.
- 3) Trimester III : Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan. (Varney, 2007).

b. Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, compos mentis, kooperatif.

TTV : Tekanan darah : 90/60-140/90 mmHg

Nadi : 80-100 kali/menit

Pernapasan : 16-20 kali/menit

Suhu : 36,5⁰C-37,5⁰C (Hani, 2010).

Antropometri : Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan 4 kg pada kehamilan trimester I, 0,5 kg pada kehamilan trimester II sampai III, Totalnya sekitar 15-16 kg (Sulistiyawati, 2012). Tinggi badan ≥ 145 cm, lila $\geq 23,5$ cm (Kemenkes RI,2012).

Taksiran persalinan : tanggal HPHT (+7) bulan HPHT (-3), tahun HPHT (+1) jika bulan lebih dari 4-12, HPHT tanggal (+7) bulan (+9) jika bulan 1-3 (Hani,2010).

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Wajah : Tampak simetris, wajah tidak tampak pucat, wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum.
- b) Mata : Tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- c) Mulut & gigi : Tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis..
- d) Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-
- e) Mamae : Tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan,tidak ada benjolan.

f) Abdomen : Perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.

Leopold I : Teraba TFU 3 jari bawah processus xipoidius, pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting (bokong).

Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan.

Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, melenting dan tidak dapat digoyangkan (kepala sudah masuk PAP) (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk kedalam pintu atas panggul, dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul (Nurul,2012).

TFU Mc. Donald : Usia kehamilan 20 minggu 20 cm, 24 minggu 23 cm, 28 minggu 26 cm, 32 minggu 30 cm, 36 minggu 33 cm (Hani, 2010).

TBJ/EFW : $TBJ = (TFU (cm) - N) \times 155$.

N = 13 (Kepala belum melewati PAP).

N = 12 (Kepala masuk PAP).

N = 11 (Saat Inpartu) (Hani, 2010).

DJJ : 120-160 x/menit, teratur (Hani,2010).

g) Genetalia : Vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak odema, tidak ada varises.

h) Ekstremitas : Tampak simetris, tidak terdapat varises, tidak odem, reflek patella ++ (Hani, 2010).

3) Pemeriksaan Panggul

Distancia Spinarum	: 23-26 cm
Distancia Cristarum	: 26-29 cm
Conjugata Eksterna	: 18-20 cm
Lingkar Panggul	: 80-90 cm
Distancia Tuberum	: 10,5-11 cm (Hani,2010).

4) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Darah : Hb normal : 10,5-14,0 gr%.
- b) Urine : Reduksi : Negative (-)
Albumin : Negative (-) (Hani,2010).

5) Pemeriksaan Lain

USG : USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin (Feryanto, 2011).

2. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : GPAPIAH UK....minggu , hidup, tunggal, letak/presentasi, intra uteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin.

Masalah : Edema, sering buang air kecil , sembelit, sesak nafas , sakit punggung atas dan bawah , hemoroid, keputihan, khawatir/ cemas.

Kebutuhan : HE penyebab dan cara meringankan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu.

3. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada.

4. Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Tidak ada.

5. Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 20 menit, diharapkan ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas.

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, ibu mengerti dan dapat mengulang kembali tentang penjelasan yang telah diberikan petugas kesehatan.

1) Jelaskan hasil pemeriksaan.

Rasional : Pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan merupakan langkah awal bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga proses asuhan dapat berjalan lancar.

2) Lakukan temu wicara atau konseling mengenai ketidaknyamanan dalam trimester III atau yang dialami.

Rasional : Pemahaman kenormalan perubahan ini dapat menurunkan membantu meningkatkan penyesuaian aktivitas perawatan diri.

3) Berikan HE tentang kebutuhan dasar ibu hamil trimester III.

Rasional : Memberikan informasi untuk membantu mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan membuat rencana perawatan.

4) Diskusikan mengenai rencana persiapan kelahiran.

Rasional : Membantu klien untuk mengantisipasi adanya ketidaksiapan ibu dan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan.

2.3.2 Persalinan

1. Pengumpulan Data Dasar

a. Subyektif

1) Keluhan

Kenceng-kenceng sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah dari vagina, dapat disertai ketuban pecah (Johariyah, 2012).

2) Pola Fungsi Kesehatan

- a) Nutrisi : Asupan makanan ringan dan minum air sesering mungkin agar tidak terjadi dehidrasi karena akan memperlambat kontraksi/ kontraksi menjadi kurang efektif.
- b) Pola Eliminasi : Rutin setiap 2 jam sekali atau lebih atau jika kandung kemih penuh harus dikosongkan jika tidak dapat memperlambat turunnya bagian terendah janin.
- c) Pola Istirahat : Ibu dapat miring kiri, istirahat sewaktu tidak ada kontraksi.
- d) Pola Aktivitas : Tidak dianjurkan terlentang terus-menerus, dapat digunakan untuk jalan – jalan.
- e) Pola Seksual : Hubungan seksual sebelumnya dapat mempengaruhi kontraksi yang disebabkan karena pengaruh hormon prostaglandin yang ada di dalam sperma (Nurasiah, 2012).

b. Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, compos mentis, kooperatif.

TTV : Tekanan darah : 90/60-140/90 mmHg
 Nadi : 80-100 kali/menit
 Pernapasan : 16-20 kali/menit
 Suhu : 36,5⁰C-37,5⁰C (Hani, 2010).

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sama halnya pada kehamilan akan tetapi terjadi perubahan pada pemeriksaan abdomen dan genetalia.

a) Dada : Tentukan kesimetrisan, putting susu menonjol, keluaranya kolostrum, tidak ada massa.

b) Abdomen :

Leopold I : TFU, teraba bagian yang bulat, tidak melenting dan lunak.

Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan.

Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, melenting dan tidak bisa digoyangkan.

Leopold IV : Bagian bawah sudah masuk kedalam pintu atas panggul, dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul (Nurul,2012).

DJJ : 120-160 kali/menit (Hani,2010).

TBJ/EFW : TBJ/EFW : TBJ = (TFU (cm) -N) x155 (Hani, 2010).

His : 3x atau lebih dalam 10 menit selama 40 detik atau lebih (JNPK-KR. 2008).

Genetalia : VT Vulva dan vagina, konsistensi porsio tipis dan lunak, pembukaan serviks, air ketuban utuh atau pecah, presentasi dan posisi janin, penurunan bagian terendah janin, ketinggian bagian terendah janin (bidang hodge), penyusupan kepala janin/molase, bagian terbawah lain (Nurasiah, 2012).

2. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : GPAPIAH UK....minggu ,hidup, tunggal, letak/presentasi, intra uteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin.

Masalah : nyeri persalinan, cemas, khawatir

Kebutuhan : Dukungan emosional, dampingi selama persalinan.

3. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada.

4. Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Tidak ada.

5. Intervensi

Kala I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama (13 jam pada primigravida dan 7 jam pada multigravida) diharapkan terjadi pembukaan lengkap.

Kriteria Hasil : Ku ibu dan janin baik (kesadaran ibu compos mentis, DJJ 120-160 x/menit), his semakin adekuat dan teratur (3x atau lebih dalam 10 menit selama 40 detik atau lebih), terjadi penurunan kepala, terdapat pembukaan

lengkap, adanya tanda gejala kala II (dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka).

- 1) Informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.

Rasional : Pemberian informasi hasil pemeriksaan dapat membantu memperlancar proses asuhan yang akan diberikan.

- 2) Penggunaan partograf.

Rasional : Memantau dan mengetahui kemajuan persalinan.

- 3) Berikan dukungan persalinan.

Rasional : Pasien akan mengalami peningkatan cemas dan kehilangan kontrol jika dibiarkan tanpa perhatian.

- 4) Berikan asuhan sayang ibu.

Rasional : Perhatian dan dukungan selama proses persalinan mampu memberikan ibu mendapatkan rasa aman.

Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama (primigravida 60 menit, multigravida 30 menit) diharapkan bayi lahir spontan pervaginam.

Kriteria hasil : Ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, tangis bayi kuat.

- 1) Kenali tanda dan gejala kala II (Doran, Teknus, Perjol, Vulka).
- 2) Pastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukan spuit kedalam partus set.
- 3) Pakai celemek plastic.
- 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 pada 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) Dekontaminasi 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) Beritahukan 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 menahan 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 anjurkan 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 menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
- 24) Telusuri dan pegang 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.
- 26) Keringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam.

Kala III

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama (30 menit pada primigravida dan 15 menit pada multigravida) diharapkan plasenta dapat lahir spontan.

Kriteria hasil : Plasenta lahir spontan dan lengkap, tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

- 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, anjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai IMD.
- 33) Ganti handuk yg basah dg kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
- 34) Pindahkan klem pd 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 inversio uteri.
- 37) Lakukan 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.

Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan tidak ada perdarahan dan tidak terjadi komplikasi.

Kriteria hasil : TTV dalam batas normal (Tekanan darah 90/60-14/90 mmHg, nadi 80-100 x/menit, pernapasan 16-20 x/menit, suhu 36,5-37,5 °C), UC baik dan keras, tidak terjadi perdarahan.

- 41) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
- 43) Biarkan bayi diatas perut ibu.
- 44) Timbang berat badan bayi, tetesi mata dengan salep mata, injeksi vit k (paha kiri).
- 45) Berikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vitamin K).
- 46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam setiap 15 menit pada satu jam pertama post partum dan setiap 30 menit pada satu jam kedua post partum.
- 47) Ajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi jumlah kehilangan darah.

- 49) Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Periksa pernafasan dan temperatur tubuh.
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk mendekontaminasi cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 52) Buang bahan – bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 53) Bersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban lendir dan darah.
- 54) Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan menganjurkan mobilisasi dini.
- 55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %.
- 56) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan rendam selama 10 menit.
- 57) Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
- 58) Lengkapi Partograf (Joharyah, 2012).

2.3.3 Nifas

1. Pengumpulan Data Dasar

a. Subyektif

1) Keluhan Utama

Mules pada perut, nyeri perineum atau nyeri luka jahitan, konstipasi, ASI tidak lancar (Sulistiyawati, 2012).

2) Pola Kesehatan Fungsional

- a. Pola Nutrisi : Ibu nifas harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (mengonsumsi 3-4 porsi setiap hari), minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- b. Pola Eliminasi : BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. BAB biasanya tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah melahirkan.
- c. Pola Istirahat : Istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.
- d. Pola Aktivitas : Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum.
- e. Pola Seksual : Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lokea telah berhenti (Heryani,2010).

b. Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, compos mentis, kooperatif.

TTV : Tekanan darah : 90/60-140/90 mmHg

Nadi : 80-100 kali/menit

Pernapasan : 16-20 kali/menit

Suhu : 36,5⁰C-37,5⁰C (Hani, 2010).

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sama halnya pada kehamilan dan persalinan, akan tetapi terjadi perubahan pada pemeriksaan payudara, abdomen dan genetalia :

Payudara : Adanya hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, colostrum keluar pada kedua payudara.

Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, keras, kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva vagina tidak odem, kebersihan perineum, peradangan, keadaan jahitan, pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), hemoroid pada anus (Sulistiyawati,2012).

2. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH..... post partum.

Masalah : Mules, nyeri perineum atau luka jahitan, konstipasi, cemas.

Kebutuhan : HE penyebab mules, HE nutrisi, HE personal hygiene, HE mobilisasi.

3. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada.

4. Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Tidak ada.

5. Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 20 menit, diharapkan ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas.

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu, ibu mengerti dan dapat mengulang kembali tentang penjelasan yang telah diberikan petugas kesehatan.

1) 6-8 Jam Post Partum

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

2) 2 Minggu Post Partum

Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

3) 6 Minggu Post Partum

- a. Tanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas.
- b. Berikan konsling KB secara dini (Heryani,2010).