

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan

1) Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Sarwono, 2009).

2) Faktor – faktor yang mempengaruhi kehamilan

(1)Faktor Fisik

1. Status Kesehatan/Penyakit

Ada 2 klasifikasi dasar yang berkaitan dengan status kesehatan atau penyakit yang dialami ibu hamil.

- a) Penyakit/komplikasi akibat langsung kehamilan yaitu Hyperemesis gravidarum, preeklampsia/eklampsia, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan ektopik, kelainan plasenta/selaput janin, perdarahan antepartum, gemelli (anak kembar).
- b) Penyakit/kelainan yang tidak langsung berhubungan dengan kehamilan yaitu dimana penyakit ini dapat memperberat serta mempengaruhi kehamilan yaitu varises, penyakit jantung, hipertensi,

anemia kehamilan, TB paru, penyakit ginjal, diabetes dalam kehamilan, penyakit menular (IMS, AIDS, kondiloma akuminata).

2. Gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin.

Status gizi ibu sewaktu konsepsi dipengaruhi oleh :

- a) Keadaan sosial dan ekonomi ibu sebelum hamil.
- b) Keadaan status Gizi dan kesehatan ibu.
- c) Jarak Kelahiran jika yang dikandung bukan anak pertama.
- d) Paritas.
- e) Usia kehamilan pertama (Arisman, 2010).

Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil dan janin secara garis besar :

a) Asam Folat

Pada ibu hamil dan janin kekurangan asam folat menyebabkan meningkatnya resiko anemia, keguguran, neural tube defect seperti spina bifida (kegagalan tulang belakang menutup pada bulan pertama kehamilan), anencephaly (kegagalan penutupan *neural tube* selama perkembangan janin, mengakibatkan bagian dari tengkorak tidak terbentuk), meningkatkan resiko bayi lahir dengan berat badan rendah atau lahir dengan cacat bawaan, down's syndrome, bibir sumbing, kelainan pembuluh darah, dan lepasnya plasenta sebelum

waktunya. Defisiensi asam folat berat pada ibu mengakibatkan anemia megaloblastik (makrositik), nyeri perut, dan diare.

b) Energi

Diet pada ibu hamil tidak hanya difokuskan pada tinggi protein saja tetapi pada susunan gizi seimbang energi dan juga protein. Untuk menurunkan kejadian BBLR dan kematian perinatal. Kebutuhan energi ibu hamil adalah 285 kalori untuk proses tumbuh kembang janin dan perubahan pada tubuh ibu.

Kekurangan energi dalam asupan makanan yang dikonsumsi menyebabkan tidak tercapainya penambahan berat badan ideal.

c) Protein

Protein diperlukan lebih banyak pada masa kehamilan dibandingkan dengan keadaan-keadaan lainnya, bahkan sampai 68 % dari sebelum kehamilan. Hal ini dikarenakan protein penting untuk pembentukan dan pertumbuhan jaringan janin. Kekurangan asupan protein dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan janin, keguguran, bayi lahir dengan berat badan kurang, serta tidak optimalnya pertumbuhan jaringan tubuh dan jaringan pembentuk otak.

d) Zat Besi (Fe)

Zat besi bagi ibu hamil, mulai diberikan sesegera mungkin setelah rasa mual hilang, sebanyak 1 tablet setiap hari. Setiap tablet besi mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60mg), minimal 90 tablet selama hamil. Sebaiknya diminum dengan air jeruk untuk membantu

absorpsi, jangan diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tanin/pitak yang menghambat penyerapan zat besi (Nur, 2011).

e) Kalsium

Untuk pembentukan tulang dan gigi bayi. Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 500 mg sehari.

Kalsium juga penting untuk pembekuan darah yang tepat. Jika ibu hamil kekurangan kalsium, maka kebutuhan kalsium akan diambilkan dari cadangan kalsium pada tulang ibu. Ini akan mengakibatkan osteoporosis pada ibu.

f) Pemberian suplemen vitamin D terutama pada kelompok beresiko penyakit seksual (IMS).

g) Pemberian yodium pada daerah dengan endemik kretinisme.

h) Tidak ada rekomendasi rutin untuk pemberian zink, magnesium, dan minyak ikan selama hamil.

3. Gaya Hidup

Kebiasaan minum jamu, Mitos atau Kepercayaan tertentu, Aktivitas Seksual, Pekerjaan atau aktivitas sehari-hari, Senam hamil.

a) Substance Abuse

Adalah Perilaku yang merugikan/membahayakan ibu hamil misalnya penggunaan obat selama hamil, merokok, minum alkohol/kafein).

b) Kehamilan di luar nikah dan Kehamilan tidak diinginkan.

c) Kehamilan dengan IUFD (kematian janin dalam kandungan)

4. Faktor Psikologis/Kelainan Jiwa dalam Kehamilan

Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan keadaan yang timbul sebagai akibat/diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran dimana kehamilan sebagai proses fisiologis menjadi patologis (Kusmiyati, 2010).

3) Perubahan Anatomi dan Fisiologi Ibu Hamil

(1)Perubahan Anatomi

Sistem Reproduksi

1. Uterus

Selama hamil uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 l bahkan dapat mencapai 20 l atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g.

Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah alvokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu (Sarwono, 2009).

2. Serviks

Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heteroden yang mengalami perubahan yang luar biasaselama kehamilan dan persalinan. Bersifat seperti katup yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan dan selama persalinan (Sarwono, 2009).

3. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Sarwono, 2009).

4. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot diperineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Sarwono, 2009).

5. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerahpayudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*.

Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada

wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum* (Sarwono, 2009).

6. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar (Sarwono, 2009).

7. Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Sarwono, 2009).

8. Traktus Digestivus

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser ke arah dan lateral (Sarwono, 2009).

9. Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan tibul kembali (Sarwono, 2009).

10. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar $\pm 135\%$. Hormon prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun (Sarwono, 2009).

11. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai (Sarwono, 2009).

4) Perubahan Psikologis Trimester III

Perubahan psikologis pada trimester ketiga yang disebut dengan Periode Penunggu, perubahan psikologis yang terjadi yaitu :

- 1) Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
- 2) Ibu khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu dan dalam kondisi yang tidak normal.
- 3) Rasa tidak nyaman kembali terjadi merasa dirinya aneh dan jelek.
- 4) Semakin ingin menyudahi kehamilannya dan resah.
- 5) Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya.
- 6) Mulai menebak-nebak jenis kelamin bayinya dan mempersiapkan nama.
- 7) Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya

5) Masalah Ibu Hamil pada Trimester III

1. Urgensi dan sering berkemih

Karena kapasitas kandung kemih menurun seiring membesarnya rahim dan bagian terbawah janin.

Cara meringankannya yaitu dengan cara kosongkan kandung kemih saat terasa ada dorongan untuk berkemih.

2. Sesak nafas

Semakin besarnya uterus, maka akan mengalami desakan pada diafragma. Cara meringankannya yaitu dengan posisi berbaring semi fowler, latihan pernafasan dan senam hamil.

3. Edema

Dikarenakan tekanan uterus pada vena pelvis. Cara meringankannya yaitu dengan menghindari posisi berbaring terlentang dan istirahat dengan kaki agak ditinggikan.

4. Konstipasi

Motilitas saluran GI menurun karena pengaruh progesterone, menyebabkan resopsi air meningkat dan tinja menjadi kering.

Predisposisi konstipasi adalah penggunaan suplemen besi per oral.

Cara meringankannya yaitu : dengan meningkatkan intake cairan dan air dalam diet.

5. Haemoroid

Tekanan yang meningkat dari uterus terhadap vena hemoroidal. Cara meringankannya yaitu : dengan makan makanan yang berserat, banyak

minum air putih, dengan perlahan masukkan kembali ke dalam rectum jika perlu (Sulistyawati, 2012).

6. Keputihan

Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen.

Cara meringankannya yaitu: dengan meningkatkan kebersihan, memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun agar menyerap cairan.

7. Kenceng-kenceng

Terjadi akibat perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitifitas otot rahim sering terjadi kontraksi.

Cara meringankannya yaitu : dengan menarik nafas panjang melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut, mengatur posisi tidur dengan miring kiri, menjaga aktifitas dan mengatur waktu istirahat. (Sumarah, 2008).

6) Tanda Gejala dan Bahaya Selama Kehamilan

(1)Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12 % kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa (Sarwono, 2009).

(2) Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia.

Gejala dan tanda alain dari preeklamsia adalah sebagai berikut :

1. Hiperrefleksia (iritabilitas susunan saraf pusat)
2. Sakit kepala atau sefalgia (frontal atau oksipital) yang tidak membaik dengan pengobatan umum
3. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang-kunang
4. Nyeri epigastrik
5. Oliguria (luaran kurang 500ml/24jam)
6. Tekanan darah sistolik 20-30 mmHg dan diastolik 10-20 mmHg diatas normal
7. Proteinuria ($\leq +3$)
8. Edema menyeluruh

(Sarwono, 2009)

(3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda dibawah ini maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

1. Trauma abdomen
2. Preeklamsia

3. Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan
4. Bagian-bagian janin sulit diraba
5. Uterus tegang dan nyeri
6. Janin mati dalam rahim

(Sarwono, 2009)

7) Gejala dan Tanda Bahaya Lain yang Harus Diwaspadai

Beberapa gejala dan tanda lain yang berkaitan dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
2. Disuria
3. Menggigil atau demam
4. Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya
5. Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya (Sarwono, 2009).

8) Standar Asuhan Antenatal Care

(1) Kunjungan Ante-natal Care

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

(2) Pelayanan Standart, yaitu : 7T

Sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan, standart minimal pelayanan pada ibu hamil adalah tujuh bentuk yang disingkat dengan 7 T, antara lain sebagai berikut:

- a) Timbang berat badan.
- b) Ukur tekanan darah.
- c) Ukur tinggi fundus uteri.
- d) Pemberian imunisasi TT lengkap.
- e) Pemberian Tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablett setiap harinya.
- f) Lakukan Tes penyakit Menular Seksual (PMS).
- g) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

(Sulistyowati, 2011)

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan/Inpartu

1) Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir (Ai Nurasih, 2012).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput dari tubuh ibu (Firman F, 2011).

Nyeri persalinan adalah nyeri kontraksi uterus yang dapat mengakibatkan peningkatan aktivitas system syaraf simpatis, perubahan tekanan darah, denyut jantung, dan apabila tidak segera diatasi maka akan meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stress (Yanti, 2010).

2) Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya,

melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta internensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Sarwono, 2009).

3) Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau disebut Lima Benang merah dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Kelima aspek ini akan berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala I sampai kala IV termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Kelima benang merah tersebut adalah :

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang sangat penting untuk menyelesaikan dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komprehensif, dan aman baik bagi pasien dan keluarganya maupun bagi petugas yang memberikan pertolongan (Nurasiah, 2012).

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- a) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- b) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- c) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi atau dihadapi.
- d) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk solusi masalah
- e) Merencanakan asuhan atau intervensi.
- f) Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih.

g) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

(Depkes, 2008)

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayangi ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu (Depkes, 2008).

3. Pencegahan infeksi

Tujuan tindakan-tindakan pencegahan infeksi alam pelayanan asuhan kesehatan adalah :

- a) Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme.
- b) Menurunkan resiko penularan penyakit mengancam jiwa seperti Hepatitis dan HIV/AIDS (Depkes, 2008).

4. Pencatatan (rekam medik)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan

5. Rujukan

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan.

B :	Bidan	Pastikan bahwa ibu maupun bayi didampingi penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanakan gawat darurat untuk dibawa ke tempat tujuan.
A :	Alat	Bawa perlengkapan dan bahan-bahan bersama ibu ketempat rujukan.
K :	Keluarga	Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir dan jelaskan alasan merujuk. Suami dan keluarga harus menemani ibu dan bayi hingga kefasilitas rujukan.
S :	Surat	Berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberikan informasi tentang ibu/bayi.
O :	Obat	Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke

		fasilitas rujukan.
K :	Kendaraan	Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.
U :	Uang	Ingatkan pada keluarga untuk membawa uang dalam jumlah cukup untuk membeli obat-obatan dan bahan kesehatan yang diperlukan selama ibu dan bayi tinggal di fasilitas rujukan

Tabel 2.1 Persiapan Rujukan

Sumber : Depkes, 2008

Kini persiapan merujuk bukan hanya BAKSOKU saja, tetapi ditambah dengan Darah (Da), karena kemungkinan terjadi perdarahan banyak dan membutuhkan darah saat difasilitas rujukan, untuk itu perlu disiapkan calon pendonor darah.

4) Macam Persalinan Berdasarkan Cara Pengeluarannya

1. Persalinan Spontan

adalah bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2. Persalinan Buatan

adalah bila persalinan dibantu dengan alat dan/atau tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forcep, atau dilakukan operasi seksio caesarea.

3. Persalinan Anjuran

Pada umumnya persalinan terjadi jika bayi sudah cukup besar untuk hidup di luar. Kadang persalinan tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi

berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian piton atau prostaglandin.

(Firman F, 2011)

5) Macam Persalinan Berdasarkan Usia Kehamilan

1. Abortus

Keluarnya hasil konsepsi (bayi) sebelum dapat hidup pada UK < 20 minggu.

2. Persalinan Imatur

Keluarnya hasil konsepsi pada UK 20-27 minggu

3. Persalinan Prematur

Keluarnya hasil konsepsi pada UK 28-35 minggu

4. Persalinan Matur/Aterm

Keluarnya hasil konsepsi pada UK 36-40 minggu

5. Persalinan Postmaturatau Serotinus

Keluarnya hasil konsepsi pada UK > 40 minggu

(Indrayani, 2011)

6) Tanda-tanda Persalinan

(1) Tanda-tanda persalinan sudah dekat

1. *Lightening*

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

- a) Kontraksi braxton hicks
- b) Ketegangan otot perut
- c) Ketegangan ligamentum rotundum
- d) Gaya berat janin kepala kearah bawah

2. Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu.

Sifat his palsu :

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan serviks
- d) Durasinya pendek
- e) Tidak bertambah jika beraktivitas

7) Tanda-tanda Terjadinya Persalinan

1. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat :

- a) Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan

- b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- c) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
- d) Makin beraktifitas (jalan), kekuatan makin bertambah.

2. *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit.

3. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil (Asrinah, 2010).

8) Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan

Penyebab terjadinya persalinan merupakan teori-teori yang kompleks antara lain ditemukan faktor hormonal, 1 – 2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun. Struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh prostaglandin, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi (Sarwono, 2007).

1) Teori Keregangan

Rahim yang menjadi besar dan teregang menyebabkan iskemia otot – otot sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter

2) Teori penurunan progesterone

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu

3) Teori Oksitosin internal

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi baraxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan.

5) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Superarenalis

Dari beberapa percobaan tersebut dapat disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

6) Teori Berkurangnya Nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Sumarah, 2008).

7) Faktor lain

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale fleksus frankenhausner yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion tertekan maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Sumarah, 2008).

9) Tahapan Persalinan

Tahap persalinan menurut Prawirohardjo (2008) adalah :

(1) Kala 1 (kala pembukaan)

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu kala I (serviks membuka dari 0 sampai 10 cm), kala II (kala pengeluaran), kala III (kala urie), dan kala IV (2 jam post partum). Kala satu persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Varney, 2007)

Terdapat 2 fase pada kala satu, yaitu (Prawirohardjo, 2008) :

1. Fase laten

Merupakan periode waktu dari awal persalinan pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm atau permulaan fase aktif

berlangsung dalam 7-8 jam. Selama fase ini presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

2. Fase Aktif

Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan.

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

- a) Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap

(Sarwono, 2007)

Fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada primi serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi, berlangsung 13-14 jam. Pada multi mendatar dan membuka bisa bersamaan, berlangsung 6-7 jam (Sarwono, 2007).

(2)Kala II

Kala dua Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran bayi (Depkes, 2008).

Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar (Sumarah, 2008).

1) Tanda gejala kala II

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina.
- c) Perineum terlihat menonjol
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Tanda pasti kala dua persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina (Winkjosastro, 2008).

2) Mekanisme persalinan normal

Mekanisme persalinaan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul (Sumanah, 2008).

Mekanisme persalinan sebenarnya mengacu pada bagaimana janin menyesuaikannya dan meloloskan diri dari panggul ibu, yang meliputi gerakan:

a) Turunnya kepala

Sebetulnya janin mengalami penurunan terus menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester III, antara lain masuknya bagian terbesar janin kedalam pintu atas panggul (PAP) yang pada primigravida 38 minggu atau selambat-lambatnya awal kala II.

b) Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (Oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu terutama bidang sempit panggul yang ukuran melintang 10 cm untuk dapat melewatinya, maka kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran diameter Oksipito Frontalis (11,5 cm) harus Fleksi secara maksimal menjadi diameter Oksipito Bregmatika (9,5 cm)

c) Rotasi dalam / putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil anterior posterior Pintu Bawah Panggul (PBP). Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis (Sumber: Ibu dan bayi 2009).

d) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau depleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada PBP mengarah ke depan dan ke atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya kalau tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada pertemuan dan menembusnya. Dengan ekstensi ini maka sub Oksiput bertindak sebagai Hipomochlion (sumbu putar). Kemudian lahirlah berturut-turut sinsiput (puncak kepala), dahi, hidung, mulut, dan akhir dagu.

e) Rotasi Luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus.

f) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.

Lamanya kala II pada primi 1 ½ - 2 jam dan pada multi ½ - 1 jam.

(3)Kala III (kala pengeluaran uri)

Setelah bayi lahir biasanya his berhenti sebentar, dan kemudian muncul lagi yang disebut his pelepasan uri. Lama kala III pada primigravida dan multigravida 6-15 menit. Perdarahan kala uri sebelum atau sesudah lahirnya plasenta tidak lebih dari 400ml, jika lebih berarti patologis (Firman F, 2011).

1. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a) Uterus menjadi semakin globuler
- b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld).
- c) Adanya semburan darah

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan di buat seperti gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

2. Macam-macam pelepasan plasenta :

a) Secara Schultzel

Pelepasan dimulai dari bagian tengah plasenta, bagian plasenta yang nampak pada vulva ialah bagian fetal. Perdarahan tidak ada sebelum plasenta lahir

b) Secara Duncan

Pelepasan mulai dari pinggir plasenta, plasenta lahir dengan pinggirnya terlebih dahulu, yang nampak di vulva ialah bagian maternal. Perdarahan sudah ada sejak bagian dari plasenta terlepas.

3. Perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta :

a) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas symphysis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas, diam atau maju atau bertambah panjang berarti sudah lepas.

b) Klein

Sewaktu ada his rahim kita dorong sedikit pada daerah fundus, bila tali pusat kembali masuk berarti belum lepas, diam atau turun atau bertambah panjang berarti sudah lepas.

c) Stassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus uteri, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas.

4. Manajemen aktif kala III

a) Pemberian suntikan oksitosin

b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali

c) Masase fundus uteri

Seluruh proses biasanya berlangsung 5- 30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta biasanya disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

(4)Kala IV

Kala IV di mulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

1. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

- a) Tingkat kesadaran pasien
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, respirasi
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadinya perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 cc sampai 500 cc (Sumarah, 2008).

2. Lamanya persalinan pada primi dan multi menurut (sofian, 2012) :

	Primi	Multi
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	<u>½ jam</u>	<u>¼ jam</u>
Lama persalinan :	14 ½ jam	7 ¾ jam

10) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Pada setiap persalinan harus diperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Tiga faktor utama yang menentukan prognosis paersalinan adalah passage (jalan lahir), power (kekuatan), Passanger (janin) dan ada dua faktor lain yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu penolong dan psikologis (Rukiyah, 2009).

(1) 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. Oleh karna itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

Bidang/pintu panggul :

- a) Pintu Atas Panggul (PAP): promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis. Disebut juga inlet
- b) Ruang tengah panggul (RTP): kira - kira pada spina ischiadica. Disebut juga midlet
- c) Pintu Bawah Panggul (PBP): symphysis dan arcus pubis. Disebut juga outlet (Nurhakim, 2009).

Penentu utama dalam penilaian persalinan adalah adanya bagian-bagian pintu panggul dan saat penilaian penurunan kepala bayi lalu panggul tersebut dibagi dalam garis khayal panggul yang disebut Hodge. Bagian-bagian tersebut diantaranya yaitu :

- a. Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- b. Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
- c. Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- d. Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis

(Nurhakim, 2009)

(2) Power (kekuatan)

- a) Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.
- b) Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.
- c) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.
- d) His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah.

- e) His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan (Blogspot, 2010).

(3) Passanger (janin)

- a) Passanger terdiri dari janin dan plasenta.
- b) Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala.
- c) Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang.

(4) Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendekontaminasian alat bekas pakai (Rukiyah, 2009).

1. Psikologis

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu mamperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung, dukungan tersebut dapat berupa membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, berada disisi pasien, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien (Sumanah, 2008).

2.1.3 Nifas/Puerperium

1) Pengertian

Masa nifas(puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Vivian, 2011).

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

2) Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan-tahapan masa nifas (post partum/puerperium) adalah :

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, serta menjalankan aktivitas seperti layaknya wanita normal lainnya.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.

3. Puerperium Remote yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Vivian, 2011).

Waktu untuk sehat sempurna bisa cepat bila kondisi sehat prima, atau bisa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.

3) Tujuan Asuhan Masa Nifas

1. Mendeteksi adanya perubahan masa nifas
2. Menjaga kesehatan Ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
3. Melaksanakan skrining secara komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada Ibu maupun bayinya.
4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
5. Memberikan pendidikan mengenai Laktasi dan Perawatan payudara

(Vivian, 2011)

4) Perubahan Pada Masa Nifas

1. Sistem Reproduksi

Pada masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat genitalia ini secara keseluruhannya disebut involusi. Organ kandungan yang mengalami involusi adalah uterus, endometrium dan ligament-ligament (Sarwono, 2007).

Involusi alat-alat kandungan, yaitu:

1) Uterus

Pada involusi uterus jaringan ikat dan jaringan otot mengalami proses preteolitik. Berangsur-angsur akan mengecil sehingga pada akhir kala nifas biasanya seperti semula dengan berat 30 gr.

Proses involusi uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Bekas Mekat Plasenta(cm)	Keadaan Serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram		
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat symphisis	500 gram	7,5	Beberapa telah post partum
2 minggu	Tidak teraba	350 gram	3-4	dapat dilalui 2 jari
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram	1-2	
8 minggu	Sebesar normal	30 gram		Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1jari

Tabel 2.2 Proses involusi uterus

(Vivian, 2011)

2) Bekas Implantasi Plasenta

Otot-otot uterus berkontraksisegera pasca salin. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir. Bagian bekas implantasi plasenta merupakan suatu luka yang kasar dan menonjol kedalam kavum uteri, segera setelah persalinan. Penonjolan tersebut dengan diameter 7,5 cm, sering disangka sebagai suatu bagian plasenta yang tertinggal

setelah 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm dan pada 6 minggu setelah mencapai 2,4 mm dan akhirnya pulih (Sarwono, 2007).

3) Luka pada jalan lahir

Serviks sering mengalami perlukaan pada persalinan, demikian juga vulva, vagina dan perenium yang semuanya itu merupakan tempat masuknya kuman-kuman pathogen. Proses radang dapat terbatas pada luka-luka tersebut atau dapat menyebar diluar luka asalnya. Bilaluka tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari (Mochtar, 1998).

4) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyaireaksi basa/alkali yang dapat membuat orgasme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Vivian, 2011).

Lochea dapat dibagi menjadi 3 dengan warnanya yaitu:

- a) Lochea rubra berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan mekoneum berlangsung 3-4 hari pertama masa nifas. Aliran lochea cukup deras.
- b) Lochea Sanguinolenta, lochea ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke3-5 hari postpartum
- c) Lochea serosa berwarna merah muda, berisi sedikit darah dan lendir serta leukosit dari bekas implantasi plasenta . Berlangsung pada hari ke 5-9 masa nifas dan pengeluaran lochea berkurang

d) Lochea alba berwarna putih kekuningan (krim) mengandung leukosit, lender serviks dan jaringan nekrosis dari penyembuhan luka endometrium. Pengeluaran lochea alba berkurang 2-3 minggu pasca salin. Pengeluaran lochea alba sangat berkurang.

5) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim. Setelah 2 jam dapat dilalui 2-3 jari, dan setelah 7 hari terbuka 1 jari

6) Endometrium

Perubahan yang terdapat pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama masa nifas, endometrium yang kira-kira 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah 3 hari permukaan endometrium mulai rata akibat lepasnya sel-sel yang mengalami degenerasi. Sebagian besar endometrium terlepas. Regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakan waktu 2-3 minggu (Sarwono, 2007).

7) Ligament-ligament

Ligament dan diaphragma pelvis yang meregang waktu melahirkan, setelah janin lahir berangsur-angsur ciut dan pulih kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligament rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan uterus jatuh kebelakang (Sarwono, 2009).

8) Sistem Pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap untuk makan pada waktu 1-2 jam setelah melahirkan. Konstipasi dapat terjadi pada awal masa nifas kalau tidak adanya makanan yang masuk pada saat persalinan penurunan motilitas usus dan penurunan kekenyalan otot-otot abdomen. Sering obstipasi \pm 3 hari post partum, bila $>$ 1 minggu termasuk patologis. Fungsi usus besar biasanya akan kembali normal pada akhir minggu pertama dimana nafsu makan mulai bertambah serta rasa tidak nyaman pada perineum sudah menurun (Winknjosastro, 2005).

9) Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal dan uterus yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu ke 4 setelah persalinan. Efek dari trauma selama persalinan pada kandung kemih dan urethra akan menghilang dalam 24 jam pertama post partum sehingga pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sekitar hari ke 5 post partum.

10) Sistem Endokrin

a. Oksitosin

Selama tahap ketiga persalinan hormone oksitosin menyebabkan kontraksi, memperkecil bekas tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang menyusui bayinya hisapan bayi dapat merangsang keluarnya oksitosin dan membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b. Prolaktin

Prolaktin merangsang produk susu pada wanita yang menyusui FSH sehingga fungsi ovarium tertunda. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin luruh dalam 14-21 hari setelah melahirkan.

c. Sistem Kardiovaskuler

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala tiga ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum (Bahiyatun, 2009).

11) Perubahan Tanda Vital

- a. Suhu tubuh : 24 jam pertama akan meningkat menjadi 38°C akibat dari efek dehidrasi persalinan. Bila peningkatan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ pada hari ke 2-10 waspadai febris puerperalis infeksi traktus urinarius, endometritis mastitis.
- b. Nadi : Biasanya normal bila denyut nadi $> 100\text{x}/\text{menit}$ disebabkan oleh infeksi atau perdarahan post partum.
- c. Pernafasan : Pernafasan post partum normal sama dengan selama melahirkan.
- d. Tekanan darah : Tekanan darah sedikit mengalami perubahan, dapat terjadi hipotensi orthostatic yang ditandai dengan adanya perasaan pusing secara setelah berdiri terjadi 48 jam pertama.

5) Program dan Kebijakan Teknis Kunjungan Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi dalam masa nifas.

- 1) Kunjungan I : Asuhan 6-8 jam setelah melahirkan
- 2) Kunjungan II : Asuhan 6 hari setelah melahirkan
- 3) Kunjungan III : Asuhan 2 minggu setelah persalinan
- 4) Kunjungan IV : Asuhan 6 minggu setelah persalinan

(Ambarwati, 2008)

Frekwensi kunjungan masa nifas :

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. - Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. - Pemberian ASI awal. - Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. - Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. - Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. - Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak

		ada tanda-tanda kesulitan menyusui. - Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
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	- Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. - Memberikan konseling KB secara dini.

Tabel 2.3 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

(Sulistyawati, 2009)

6) Perawatan Pasca Persalinan

Wanita pascapersalinan harus cukup istirahat. 8jam pasca persalinan, ibu harus tidur telentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8jam, ibu boleh miring kanan atau kanan untuk mencegah trombosis.

1) Genetalia interna dan eksterna

Alat-alat Genetalia interna dan eksterna akan berangsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil

2) Suhu badan pasca persalinan dapat naik lebih dari 0,5°C dari keadaan normal tapi tidak lebih dari 39°C. Sesudah 12jam pertama melahirkan, umumnya suhu tubuh kembali normal

3) Nadi umumnya 60-8- denyut permenit dan segera setelah partus dapat terjadi takikardi

4) Hemokonsentrasi dapat terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-15 pascapersalinan.

5) Laktasi

Kelenjar mammae telah dipersiapkan semenjak kehamilan. Umumnya produksi ASI baru terjadi hari kedua atau ketiga pascapersalinan.

6) Perasaan mules setelah partus akibat kontraksi uterus kadang sangat mengganggu selama 2-3hari pasca persalinan dan biasanya lebih sering pada multipara daripada primipara.

7) Keadaan serviks, uterus dan adneksa

8) Lokia adalah sekret dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

9) Miksi

Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.

10) Defekasi

BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan, jika masih belum bisa dilakukan klisma.

11) Latihan Senam masa nifas

Berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot abdomen rahim yang sudah menjadi longgar akibat melahirkan.

(Mansjoer, 2001)

7) Perubahan Psikologis

1. Tahap I : taking in

a) Periode ketegangan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan

- b) Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri
- c) Ibu mudah tersinggung, menjadi pasif terhadap lingkungan
- d) Sering menceritakan tentang pengalaman melahirkan secara berulang

2. Tahap II : taking hold

- a) Hari ke 3-10 hari
- b) Merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab merawat bayinya
- c) Perawatan sangat sensitive, mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati
- d) Memerlukan dukungan yang lebih dari suami dan keluarga untuk menerima penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya

3. Tahap III : letting go

- a) Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab dan peran barunya menjadi Ibu 10 hari setelah melahirkan
- b) Ibu sudah mulai menyesuaikan diri merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat
- c) Ibu lebih mandiri memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya
- d) Mempunyai keinginan untuk merawat diri dan bayinya sendiri

(Vivian, 2011)

8) Tanda-Tanda Bahaya Nifas

1. Infeksi nifas : keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas.
2. Demam nifas : demam masa nifas oleh sebab apapun

3. Morbiditas puerperalis : kenaikan suhu badan sampai 38° C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama puerperium kecuali hari pertama. Suhu diukur 4 kali sehari secara oral.
4. Sub involusi : proses mengecilnya uterus terganggu, faktor penyebabnya antara lain sisa-sisa placenta dalam uterus, adanya mioma uteri, endometritis dll. Pada peristiwa lochea bertambah banyak dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.
5. Perdarahan nifas sekunder bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan. Perdarahan ini bisa timbul pada minggu kedua nifas. Sebab-sebabnya adalah subinvolusi, kelainan kongenital uterus, inversio uterus, mioma uteri dll (Sarwono, 2009).
6. Pengeluaran dari vagina yang baunya membusuk
7. Kepala sakit yang terus menerus, nyeri ulu hati atau pandangan kabur
8. Pembengkakan tangan atau wajah
9. Demam muntah, rasa sakit waktu BAK
10. Payudara yang berubah menjadi merah, panas, bengkak dan sakit
11. Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama
12. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan dikaki
13. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau diri sendiri
14. Merasa sangat sedih atau nafas cepat dan dangkal

(Bahiyatun, 2009)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Manajemen Varney

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

2.2.1 Pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti:

- a) Riwayat kesehatan
- b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c) Peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d) Data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

2.2.2 Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan klien. Masalah atau diagnosa yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terpikirkan

perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah. sebagai contoh masalah yang menyertai diagnosis seperti diagnosis kemungkinan wanita hamil, maka masalah yang berhubungan adalah wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya atau apabila wanita hamil tersebut masuk trimester III, maka masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut untuk menghadapi proses persalinan.

2.2.3 Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

2.2.4 Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan melakukan rujukan.

2.2.5 Perencanaan asuhan secara menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga

dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

2.2.6 Pelaksanaan perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya. Baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

2.2.7 Evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan secara terus-menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

(Alimul Hidayat, 2008)

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

(1) SUBYEKTIF

a. Identitas

1. Identitas

Nama, Usia : >16 tahun dan < 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan, pekerjaan, agama, suku, alamat (JNPK-KR, 2010).

2. Keluhan Utama

Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki/vulva (Sulystyowati, 2009).

3. Riwayat Kebidanan :

a. Kunjungan : kunjungan Ante-Natal Care (ANC) 1x pada trimester I, 1x pada trimester II, 2x pada trimester III (Nurul, 2012).

b. Riwayat menstruasi :

Menarche : wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarche sekitar 12 sampai 16 tahun.

Siklus : biasanya sekitar 23-32 hari (Sulystyowati, 2009).

Disminorhoe : nyeri abdomen biasanya dirasakan sebelum atau saat menstruasi.

4. Riwayat Obstetri yang lalu (kehamilan, persalinan dan nifas)

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

Tabel 2.4 Riwayat Obstetri yang Lalu

5. Riwayat kehamilan sekarang

a. Keluhan :

Trimester III : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak napas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki / vulva (Sulystyowati, 2009).

b. Pergerakan anak pertama kali : ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir (Varney, 2008).

c. Imunisasi yang sudah di dapat :

Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ke 3 (interval minimal 6 bulan dari dosis kedua) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke 3 dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke empat (Vivian, 2011).

6. Pola Kesehatan Fungsional

Selama Hamil

a) Pola Nutrisi :

Tidak berpantang terhadap daging, telur dan ikan. Banyak mengkonsumsi sayur dan buah, banyak minum air putih minimal 2 liter sehari. Cukupi kebutuhan kalori 500 mg sehari. Konsumsi tablet Fe selama hamil sampai dengan masa nifas.

b) Pola Istirahat :

Istirahat malam 6-8 jam sehari. Istirahat siang 1-2 jam sehari.

c) Pola Aktivitas :

Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan premature.

(Sulistyowati, 2009).

d) Pola Seksual :

Berhubungan seksual tidak berbahaya untuk dilakukan kapan saja sesuai keinginan berdua selama kehamilan dengan syarat tidak ada resiko mengalami keguguran, terjadi perdarahan, atau pasangan mempunyai penyakit kelamin yang menular (Penny, 2008).

Jika ada riwayat abortus sebelumnya, koitus ditunda sampai usia kehamilan di atas 16 minggu. Beberapa kepustakaan menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3 – 4 minggu terakhir menjelang perkiraan tanggal persalinan (Vivian, 2011).

e) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan

Obat-obatan, merokok, minuman keras. Harus dihentikan sekurang-kurangnya selama kehamilan dan sampai persalinan, nifas dan menyusui selesai. Obat-obatan depresan adiktif mendepresi sirkulasi janin dan menekan perkembangan susunan saraf pusat pada janin, maka sebaiknya dihindari untuk pemakaian obat-obatan selama kehamilan terutama trimester I (Vivian, 2011)

Hewan peliharaan dapat menjadi pembawa infeksi (misalnya bulu kucing/burung mengandung parasit toksoplasma) (Vivian, 2011).

7. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :

Jantung, diabetes mellitus (DM), ginjal, hipertensi/hipotensi, dan hepatitis (Sulistiyowati, 2009).

8. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Kehamilan kembar, penyakit menular dalam keluarga, penyakit keturunan penyakit alergi (Sulistiyowati 2009).

9. Riwayat psiko-sosial-ekonomi

Status perkawinan, respons orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini, riwayat KB, dukungan keluarga, pengambil keputusan dalam keluarga, kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi dengan focus pada vitamin A dan zat besi, kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok dan minum obat atau alcohol, beban kerja dan kegiatan sehari-hari, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan (Vivian, 2011).

(2) OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Keadaan emosional : Kooperatif
4. Tanda –tanda vital
 - a. Tekanan darah : Normalnya 110/70-130/90 mmHg (Sarwono, 2006)
 - b. Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Sulistiyowati, 2009).
 - c. Suhu : Normal $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Sarwono,2006).

5. Antropometri

a) Status gizi

- a. TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul
- b. Kenaikkan BB selama hamil 6,5 – 16 kg rata-rata 12,5 kg
- c. Kenaikkan BB trimester I : 1 Kg
- d. Kenaikkan BB trimester II : 5 Kg
- e. Kenaikkan BB trimester III : 5,5 Kg

b) Ukuran lila > 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk

6. Taksiran persalinan : Rumus Naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL, EDC = Expected Date of Confinement). Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Caranya yaitu tanggal

hari pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3 (Kusmiyati, 2009).

b. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a. Wajah :

Wajah tentukan ada atau tidanya kloasma gravidarum, edema wajah, keadaan selaput mata (pucat atau merah), ikterus pada mata, bibir pucat.

b. Dada : Tentukan kesimetrisan, putting payudara (menonjol / masuk), keluaranya kolostrum, tidak ada massa.

c. Abdomen : Perut membesar kedepan, keadaan pusat, pigmentasi di linea alba, adanya striae gravidarum atau bekas luka operasi.

Leopold I : Tentukan Tinggi Fundus Uteri dan bagian janin yang berada di fundus (kepala atau bokong janin) (Nurul,2012).

Leopold II: Mengetahui bagian yang ada disebelah kanan atau kiri ibu.

Leopold III : mengetahui apa yang ada dibawah uterus (Sulistyowati, 2009).

Leopold IV : Tentukan apakah 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 29-35 minggu tinggi fundus adalah usia Kehamilan dalam minggu (± 2 cm), Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm (± 2 cm) (Sarwono, 2009).

TBJ/EFW :

(tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = Berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka n = 11 (Kusmiyati, 2010).

DJJ :

Dalam keadaan normal frekuensi dasar denyut jantung janin berkisar antar 120-160 dpm (Sarwono, 2006).

c. Pemeriksaan Panggul

1. Distancia Spinarum : 24-26 cm.
2. Distancia cristarum : 28-30 cm.
3. Conjugata eksterna : 18-20 cm
4. Lingkar panggul : 80-90 cm
5. Distancia tuberum : 10,5 cm

(Sulistyawati, 2009)

d. Pemeriksaan Laboratorium

1. Darah :

Pemeriksaan darah (Hb) minimal dilakukan 2x selama hamil, yaitu pada trimester I dan III. Hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

Hb 11 gr %	tidak anemia
9-10 gr %	anemia ringan
7-8 gr %	anemia sedang
< 7 gr %	anemia berat

Tabel 2.5 : Pemeriksaan Hb

(Manuaba, 2010 : 239)

2. Urine

a. Protein dalam urine

Untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine. Hasilnya :

Urine : Reduksi : Negative (-)

Albumin : Negative (-) (Hani,2010).

e. Pemeriksaan Lain

1. USG (ultrasonografi)

USG : Penentuan umur kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

- 1) Dengan mengukur diameter kantong gestasi kehamilan (GS=gestasional sac) untuk kehamilan 6-12 minggu.
- 2) Dengan mengukur jarak kepala – bokong (GRI = Grown Rump Length) untuk umur kehamilan 7 – 14 minggu.
- 3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu (Nurul, 2012).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : G..PAPIAH, UK..minggu, Anak Hidup, anak tunggal, letak kepala, anak intra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum umum ibu dan janin baik (Firman, 2010)
- b. Masalah : Sering kencing, sesak nafas, sakit punggung atas/bawah
- c. Kebutuhan : HE penyebab dan cara meringankan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu, seperti : HE Aktivitas, HE Istirahat, HE Nutrisi

3) Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

tidak ada

5) Intervensi

1. Jelaskan mengenai ketidaknyamanan normal yang dialaminya
R/ Membantu menurunkan stress berhubungan dengan kehamilan.
2. Sesuai dengan Usia kehamilan ajarkan ibu tentang materi pendidikan kesehatan pada ibu hamil.
R/ Memberikan informasi untuk membantu mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan membuat rencana perawatan.
3. Diskusikan mengenai rencana persiapan kelahiran dan jika terjadi kegawatdaruratan.
R/ Membantu klien untuk mengenali awitan persalinan, untuk menjamin tiba di rumah sakit tepat waktu, dalam menangani persalinan/ kelahiran
4. Ajari ibu untuk mengenal tanda-tanda bahaya, pastikan ibu untuk memahami apa yang dilakukan jika menemukan tanda bahaya.
R/ Mengidentifikasi masalah potensial yang memerlukan intervensi oleh pemberi pelayanan kesehatan.
5. Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya (Sulistyowati, 2009).
Selama kehamilan biasanya dijadwalkan sebagai berikut :
 - a) hingga usia kehamilan 28 minggu, kunjungan dilakukan setiap 4 minggu sekali.

- b) antara minggu ke-28 hingga ke-36, setiap dua minggu.
- c) antara minggu ke-36 hingga persalinan, dilakukan setiap minggu
(Varney, 2007).

R/ Memantau kondisi ibu dan janin.

6) Implementasi

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan intervensi.

2.2.8 Persalinan

1) Pengkajian

A. SUBYEKTIF

a. Identitas

Sesuai dengan anamnesa kehamilan.

b. Keluhan utama

1. Pinggang terasa nyeri yang menjalar kedepan, interval makin pendek, dan kekuatannya masih besar, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.
2. Pengeluaran lendir dan darah.
3. Pengeluaran cairan.

(Manuaba, 2010)

B. OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis

3. Keadaan emosional : Kooperatif

4. Tanda –tanda vital :

Tekanan darah normalnya 110/70-130/90 mmHg (Sarwono, 2006),

Nadi normalnya 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit

(Sulistiyowati, 2009), Suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Sarwono,2006).

b. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

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

a) Wajah : Wajah tentukan ada atau tidanya kloasma gravidarum, edema wajah, keadaan selaput mata (pucat atau merah), ikterus pada mata, bibir pucat.

b) Dada : Tentukan kesimetrisan, putting payudara (menonjol / masuk), keluaranya kolostrum, tidak ada massa.

c) Abdomen :

Leopold I : Tentukan Tinggi Fundus Uteri dan bagian janin yang berada di fundus (kepala atau bokong janin) (Nurul,2012).

Leopold II : Mengetahui bagian yang ada disebelah kanan atau kiri ibu.

Leopold III : mengetahui apa yang ada dibawah uterus (Sulistiyowati, 2009).

Leopold IV : Melakukan pemeriksaa penurunan kepala janin, (jika presentasi kepala) dengan hitungan perlima bagian kepala janin yang dapat di palpasi di atas simfisis pubis (ditemukan oleh

jumlah jari yang ditempatkan di bagian kepala diatas simfisis pubis)

d) Genetalia : Tidak edema, tidak ada varices, tidak ada condiloma acuminata, tidak ada pembesaran pada kelenjar bartholini dan skene, terdapat lendir bercampur darah.

Pemeriksaan dalam :

- a) Pemeriksaan serviks : 1-10 cm.
- b) Bagian terbawah janin : kepala, bokong, serta posisinya.
- c) Turunnya bagian terbawah menurut bidang hodge : I-IV.
- d) Apakah selaput ketuban sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak.
- e) Apakah promontorium teraba atau tidak.
- f) Apakah linea inominata seluruhnya tau tidak.
- g) Apakah sakrum cekung atau berbentuk lain.
- h) Apakah arkus pubis lebar atau tidak.
- i) Serviks, pendataran (effacement), tipis atau tebal.
- j) Apakah pada kepala janin ada kaput atau tidak.

(Sofian, 2010)

c. Pemeriksaan Penunjang

Sesuai dengan kehamilan.

2) Interpretasi data dasar

- 1) Diagnosa : GPAPIAH uk minggu, tunggal, hidup, letkep inpartu kala I fase laten / aktif.
- 2) Masalah : cemas, gelisah, takut

Data Pendukung :

- a. Klien khawatir / takut akan kondisi dirinya dan bayinya.
- b. Menanyakan keadaan persalinannya

(Manuaba, 2010)

3) Kebutuhan

- a. KIE tentang keadaannya saat ini
- b. Dukungan emosional
- c. KIE posisi yang nyaman

3) Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial

tidak ada

4) Identifikasi akan kebutuhan segera

tidak ada.

5) Intervensi

C. PLANNING

KALA I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan Kala I sekitar 8 jam untuk multigravida dan untuk primigravida berlangsung 12 jam.

Kriteria Hasil :

1) DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).

2) Tanda-tanda vital dalam batas normal :

Tekanan Darah sistole 100 - 140 mmHg dan diastole 60-90 mmHg, Suhu 36,5 – 37,50C, Nadi 80 - 100 x/menit, Pernafasan 16 - 24 x/menit.

(Manuaba, 2010)

Intervensi

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

R/ Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai.

2. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

R/ Pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi.

3. Persiapan rujukan.

R/ Jika terjadi penyuli, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan/atau bayinya.

4. Memberikan asuhan sayang ibu.

R/ Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

5. Pantau kemajuan persalinan.

R/ Deteksi dini adanya penyulit.

KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan (pada primigravida 1-1,5 jam, pada multigravida 0,5-1 jam) diharapkan bayi lahir spontan, tidak ada gawat janin.

Kriteria Hasil :

- 1) k/u ibu & janin baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah <math><140/90</math>, Nadi 60-100 x/menit)
- 2) Suhu 36,5-37,5⁰C, pernafasan 16-20x/menit)
- 3) DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
- 4) Bayi lahir spontan , menangis kuat, gerak aktif dan warna kulit kemerahan.

1. Implementasi

- 1) Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua (doran, tekus, perjol, vulka)
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat spuit sekali pakai 3 ml ke dalam wadah partus set
- 3) Memakai celemek plastic
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun & air mengalir.
- 5) Menggunakan sarung tangan steril pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Memasukan oksitosin 10 unit kedalam spuit yang telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/steril dan letakkan dalam partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum secara hati-hati dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/Savlon.

- 8) Melakukan pemeriksaan dalam - pastikan pembukaan sudah lengkap dan keadaan selaput ketuban.
- 9) Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.
- 13) Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan ingin meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan memberi cukup cairan
- 14) Menganjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan untuk meneran
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, ketika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Meletakkan underped steril di bawah bokong ibu
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
- 18) Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.

- 19) Melindungi perineum dengan tangan kanan yang dilapisi underped, tangan kiri menahan kepala bayi agar tidak defleksi, untuk membantu lahirnya kepala
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat pada leher janin
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).
- 25) Melakukan penilaian selintas :
 - a) Apakah bayi menangi kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b) Apakah bayi bergerak aktif ?
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti

handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \leq 30 menit diharapkan plasenta segera lahir.

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

1. Implementasi

(28) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik agar uterus berkontraksi dengan baik

(29) Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral, 1 menit setelah bayi lahir.

(30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

(31) Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

- (33) Menerungkupkan bayi pada perut/dada ibu (skin to skin) menyelimuti tubuh bayi, memasang topi pada kepala bayi, menaganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD)
- (34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- (35) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas symphysis untuk mendeteksi dan tangan lain untuk menegangkan tali pusat.
- (36) Melakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain mendorong kearah belakang (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya insversio uteri.
- (37) Melakukan penegangan dan dorso kranial 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 kranial).
- (38) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah jarum jam untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- (39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

(40) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik.

Kriteria Hasil: Keadaan umum ibu baik, tidak terjadi perdarahan dan komplikasi

1. Implementasi

- 41) Mengevaluasi laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan laserasi pada perineum (derajat I) dengan anastesi, yang menyebabkan perdarahan.
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu
- 44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik tetrasiklin 1%, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
- 45) Memberikan Imunisasi Hepatitis B pada paha kanan bayi (diberikan saat bayi telah dipindahkan diruang bayi, dan pemberian dengan menggunakan persetujuan keluarga)

- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%

57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

58) Melengkapi partograf, TTV dan Lanjutkan Asuhan kala IV.

2.1.3 Nifas

1) Pengkajian

A. SUBYEKTIF

a. Identitas

Sesuai dengan anamnesa kehamilan.

b. Keluhan utama (PQRST)

Ketidaknyamanan pada masa puerperium : nyeri setelah lahir (after pain), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid (Varney, 2008).

c. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola Nutrisi

1. Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
2. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin.
3. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.

2) Pola Eliminasi

1. Dalam 6 jam pertama postpartum ibu harus dapat buang air kecil.
2. Dalam 24 jam pertama ibu sudah harus buang air besar.

(Sulistyawati, 2009)

3) Pola Istirahat

1. Istirahat siang kira-kira 2 jam.

2. Istirahat malam 7-8 jam.

(Suherni, 2009)

4) Pola Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dan dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau minggu setelah kelahiran (Sulistyawati, 2009).

5) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Tidak merokok, tidak minum alkohol, tidak memakai narkoba, minum obat-obatan dari petugas kesehatan, tidak minum jamu, tidak memelihara binatang peliharaan.

6) Pola Personal Hygiene

1. Menjaga kebersihan seluruh tubuh bayi.
2. Mengajarkan ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.
3. Mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3-4 jam supaya ganti pembalut.

(Suherni, 2009)

d. Riwayat Psikososiospiritual

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

2. Dengan respon positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi (Sulistyawati, 2009).

B. OBYEKTIF

a. Riwayat Persalinan

IBU

1. Air ketuban : jumlah air ketuban normalnya 1-2 liter.
2. Kala III

Terjadi 5-30 menit.

Plasenta

- a) Maternal : terdiri dari beberapa lobus dan kotiledon (15-20 buah).
- b) Fetal : pada permukaan janin, uri diliputi oleh amnion yang keihatan licin.
- c) Berat : 500-600 gram.
- d) Panjang tali pusat : 50-55 cm.
- e) Insersi : Sentralis/lateralis/marginalis/velamentosa.

(Sofian, 2011)

BAYI

- a) Lahir : Spt-B, SC, Vacum Ekstraksi
- b) BB/ PB/ A-S : 2.500-4.000 gram/ 48-52 cm/ >7
- c) Masa Gestasi : 37-40 minggu

(Vivian, 2010)

b. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Keadaan emosional : Kooperatif
4. Tanda –tanda vital :

Tekanan darah normalnya 110/70-130/90 mmHg (Sarwono, 2006),

Nadi normalnya 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit

(Sulistyowati, 2009), Suhu 36,5⁰C-37,5⁰C (Sarwono,2006).

c. Pemeriksaan Fisik

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

- 1) Payudara : membesar, adanya hiperpigmentasi

(Sofian, 2011)

- 2) Abdomen : TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dengan konsistensi keras, kandung kemih kosong (Suherni, 2009).

- 3) Genitalia : vagina timbul rugae/kerutan-kerutan, perineum terdapat luka jahitan, adanya lochea rubra (Suherni, 2009).

d. Pemeriksaan Laboratorium

Sesuai dengan pemeriksaan laboratorium pada kehamilan dan persalinan.

D. ASESSMENT

1) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH , jam post partum.

Masalah : Ketidaknyamanan pada masa puerperium adalah : nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid (Varney, 2007).

Kebutuhan: Kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya (Sulistyawati 2009)

2) Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

tidak ada

3) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan

tidak ada

4) Intervensi

Kunjungan I : 6 jam.

- a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
R/ evaluasi segera dan intervensi dapat mencegah/membatasi perkembangan komplikasi.
- b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.
R/ evaluasi segera dan intervensi dapat mencegah/membatasi perkembangan komplikasi.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

R/ evaluasi segera dan intervensi dapat mencegah/membatasi perkembangan komplikasi.

d. Pemberian ASI awal

R/ kontak awal mempunyai efek positif pada durasi pemberian ASI, kontak kulit dengan kulit dan lainnya tugas ibu meningkatkan ikatan.

e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

R/ jam-jam pertama setelah lahir memberikan kesempatan unik untuk terjadinya ikatan keluarga, karena ibu dan bayi secara emosional saling menerima isyarat, yang menimbulkan kedekatan dan penerimaan.