

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Difinisi

Adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.

(Manuaba : 1998 : 4)

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

(Varney Midwifery Edisi 4 Vol.1 : 2007 : 492)

Adalah matarantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

(Chandranita Manuaba : 2010 : 75)

2.1.2 Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan dibagi menjadi tanda mungkin, tanda tidak pasti dan tanda pasti.

a. Tanda Mungkin

Menurut Winknjosastro (2007) wanita hamil terdapat beberapa tanda atau gejala, antara lain sebagai berikut:

1. Amenorea (tidak haid), gejala ini sangat penting kerana umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan bila persalinan diperkirakan akan terjadi.
2. Nausea (enek) dan emesis (muntah), dimana enek pada umumnya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, disertai kadang-kadang oleh emesis. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut morning sickness. Dalam batas-batas tertentu keadaan ini masih fisiologik. Bila melampaui sering, dapat mengakibatkan gangguan kesehatan disebut hiperemesis gravidarum.
3. Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu), sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
4. Pingsan, sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan. Hilang sesudah kehamilan 16 minggu.

5. Mammae menjadi tegang dan membesar, keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang Iduktuli dan alveoli di mammae. Galndula montgomeri tampak lebih jelas.
6. Anoreksia (tidak ada nafsu makan), pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nnafsu makan timbul lagi. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk dua orang, sehingga kenaikan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.
7. Sering kencing terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mual membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala ini bisa timbul lagi karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.
8. Obstipasi terjadi karena tonus otot menurun karena disebabkan oleh pengaruh hormon steroid.
9. Pigmentasi kulit terjadi pada kehamilan 12 minggu ke atas. Pada pipi, hidung dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai chloasma gravidarum. Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebih. Daerah leher menjadi lebih hitam. Demikian pula linea alba di garis tengah abdomen menjadi lebih hitam (linea nigra). Pigmentasi ini terjadi karena pengaruh dari hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.
 - Chloasma gravidarum: setelah kehamilan 16 minggu kulit didaerah muka menjadi gelap dan menjadi semakin gelap bila terkena sinar matahari (Blogspot, 2009).

- Linea nigra: warna puting susu dan linea alba menjadi gelap akibat adanya rangsangan oleh melanophore akibat peningkatan kadar MSH-melanocyte stimulating hormon (Blogspot, 2009).
- Striae Gravidarum adalah striae pada payudara dan abdomen akibat separasi jaringan kolagen yang terlihat sebagai jaringan parut iregular. Diperkirakan akibat pengaruh hormon adrenocorticosteroid dan nampak pada kehamilan lanjut (Blogspot, 2009).
- Epulis adalah suatu hipertropi papila gingivae. Sering terjadi pada triwulan pertama.

10. Varises, sering dijumpai pada triwulan terakhir didapat pada daerah genetalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan terdahulu, timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang-kadang timbulnya varises merupakan gejala kehamilan muda.

b. Tanda Tidak Pasti Hamil

1. Perut membesar
2. Uterus membesar, sesuai dengan umur kehamilan.
3. Tanda Chadwicks, mukosa vagina berwarna kebiruan karena hipervaskularisasi hormonestrogen.
4. Discharge, lebih banyak dirasakan wanita hamil. Ini pengaruh hormon estrogen dan progesteron.
5. Tanda Goodell, portio teraba melunak.
6. Tanda Hegar, isthmus uteri teraba lebih panjang dan lunak.

7. Tanda Piskaseck, pembesaran dan pelunakan pada tempat implantasi. Biasanya ditemukan saat umur 10 minggu.
 8. Teraba ballotement (tanda ada benda mengapung/ melayang dalam cairan), pada umur 16-20 minggu.
 9. Kontraksi Braxton Hicks, kontraksi uterus (perut terasa kencang) tetapi tidak disertai rasa nyeri.
 10. Reaksi kehamilan positif (Lusa, 2009)
- c. Tanda Pasti Hamil

Tanda pasti dari kehamilan dalam Prawirohardjo (2007), dapat ditentukan dengan jalan:

1. Gerakan janin dalam rahim, terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.
2. Denyut jantung janin.

Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiograf, alat Doppler.

Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.

2.1.3 Ketidaknyamanan pada trimester III

1. Sesak nafas

Ketika perut semakin membesar maka Ibu akan merasakan sesak nafas, jangan khawatir karena hal ini biasa terjadi pada masa kehamilan. Untuk mencegahnya jangan

lupa berdiri dan duduk dengan dengan sikap tenang. Jika ingin berbaring, telentang dan letakkan kepala dan bahu di atas sebuah bantal atau lebih, mengurangi bekerja yang berat seperti turun naik tangga, menyandarkan bahu pada tumpukan bantal (posisi semi Fowler)

2. Sering Kencing

Penyebabnya adalah tekanan rahim terhadap kandung kemih yang membatasi kemampuan kandung kemih untuk menyimpan air seni. Saat kehamilan bertambah besar Ibu hamil akan mengalami rasa sulit menahan air seni. Walaupun repot harus bolak-balik ke kamar kecil jangan pernah untuk mengurangi porsi minum.

Ini adalah keluhan yang paling sering dialami. Adanya janin membuat tekanan pada kandung kemih. Kadang kala penyebabnya kecenderungan ibu hamil yang minum lebih banyak. Akibatnya, ginjal lebih banyak pula memproduksi air seni. Selain itu letak kandung kemih yang bersebelahan dengan rahim membuat kapasitasnya berkurang. Itulah salah satu sebab ibu hamil sering buang air kecil.

Yang perlu diwaspadai, saat ini sering terjadi infeksi pada saluran atau kandung kencing pada ibu hamil. Sayangnya, sulit membedakan buang air kecil lantaran hamil dengan yang disebabkan oleh infeksi. Yang mungkin bisa dijadikan pedoman yakni rasa nyeri yang menyertai. Jika keluarannya air seni diiringi oleh rasa nyeri dan warnanya merah atau keruh mungkin itu pertanda infeksi. Untuk mengatasinya, jangan menunda keinginan buang air kecil.

3. Nyeri punggung bagian atas dan bawah

Nyeri tersebut bisa muncul seiring dengan penambahan berat badan. Perubahan mobilitas dapat ikut berpengaruh pada perubahan postur tubuh dan dapat menimbulkan

rasa tidakenak di punggung bagian bawah. Ini umumnya terjadi pada akhir masa kehamilan. Nyeri punggung dapat diredakan dengan kompres panas, istirahat dan obat pereda sakit yang telah diresepkan dokter kandungan untuk mengantisipasinya juga, perhatikan, diet dan kenaikan berat badan.

Tips mengatasi sakit punggung:

- a. BeristirahatGunakan bantal-bantal untuk menyangga tubuh.
- b. Saat berbaring miring, taruh sebuah bantal di antara paha dan satu lagi di bawah lutut, untuk menghindari rasa kaku pada punggung.
- c. Hangatkan. Sebotol air panas atau kompres hangat dapat meredakan area tubuh yang sakit.
- d. Berlatih. Untuk memperkuat punggung bagian bawah, coba kencangkan otot-otot pantat dan perut, seolah-olah memakai jeans ketat. Kemudian tahan posisi tersebut selama beberapa detik sambil tetap bernafas seperti biasa. Ulangi dua tiga kali sepanjang hari
- e. Jongkok, tapi jangan membungkuk. Jangan pernah membungkuk untuk memungut sesuatu dari lantai. Turunkan tubuh sampai posisi berjongkok, dengan punggung tegak.
- f. Cari pengobatan alternatif. Beberapa terapi tambahan seperti akupunktur, osteopathy atau chiropractic dapat mengatasi masalah pada punggung.

4. Varices

Yang dimaksud dengan varises adalah pelebaran pembuluh darah balik (vena) akibat sumbatan atau pun berkurangnya tonus otot dan lemahnya katup dalam vena.

Penyebabnya dapat akibat sumbatan misalnya varises pada ibu hamil, varises esofagus (saluran makanan sebelum lambung) dan yang sering juga adalah varises di daerah pembuluh darah sekitar anus (wasir).

Kalau yang disebabkan tekanan / sumbatan dapat hilang atau berkurang setelah sumbatan itu hilang. Pada ibu hamil selain tekanan rahim diperkirakan ada faktor hormonal juga, bila masih ringan, maka varises di kaki dapat dihilangkan dengan memperbaiki tonus otot pembuluh darah dan tonus otot rangka disekitarnya, misalnya dengan berolah raga dan kalau wanita dapat dengan menggunakan medical stocking.

5. Panas perut

Rasa panas di perut adalah rasa terbakar yang tidak nyaman pada oesophagus (saluran cerna). Gejala ini lebih sering terjadi pada ibu hamil karena hormon progesteron membuat lentur katup saluran pencernaan, sehingga sebagian makanan yang sudah dicerna atau asam perut naik kembali ke oesophagus. Kondisi ini yang menyebabkan rasa terbakar.

Mengatasi rasa terbakar:

- a. Konsumsi makanan dalam porsi kecil-kecil secara lebih sering, ketimbang makanan berat secara lebih jarang.
- b. Berbaringlah atau tidurlah dengan posisi tersangga bantal.
- c. Hindari makanan yang diproses dan kaya bumbu, juga minuman yang mengandung kafein.
- d. Minumlah teh camomile atau teh jahe—keduanya dapat membantu menyamankan sistem pencernaan.

- e. Dokter dapat menuliskan resep antacid yang aman selama kehamilan.

6. Susah tidur

Ketika usia kehamilan bertambah, maka kesulitan tidur yang nyaman akan menjadi keluhan yang sering pada ibu hamil. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu karena keadaan perut yang semakin membesar, gerakan bayi dalam kandungan, rasa tak enak didaerah ulu hati, dsb. Semua hal ini menyebabkan ibu hamil kesulitan untuk tidur dengan nyaman di malam hari.

Beberapa Tips yang dapat dilakukan untuk membantu agar tidur lebih nyaman :

- a. Carilah posisi tidur yang nyaman. Faktor yang terpenting untuk dapat tidur dengan nyaman adalah menemukan posisi tidur yang terbaik. Posisi tidur terbaik yang dianjurkan selama kehamilan adalah posisi tidur miring ke sisi kiri, hal ini dapat membantu mengoptimalkan aliran darah oksigen dan nutrisi ke plasenta
- b. Mandi dengan air hangat. Basuhlah tubuh dengan mandi air hangat (jangan terlalu panas) dengan sabun yang wangi dan rasa segar akan membantu siap untuk tidur. Hindari makan terlalu banyak saat menjelang tidur.
- c. Hindari makan terlalu kenyang. Saat hamil seringkali merasa ingin makan sesuatu saat malam hari tapi hati-hatilah karena bila keinginan untuk makan itu datang di waktu malam hari karena dapat mempengaruhi tidur. Cobalah untuk menghindari makan yang banyak

atau terlalu kenyang saat menjelang tidur, dapat mengantunya dengan snack yang ringan atau segelas susu hangat.

- d. Minum segelas susu hangat. Minum segelas susu hangat akan membantu untuk dapat tidur hal ini didasarkan susu mengandung asam amino tryptophan yang meningkatkan kadar serotonin dalam otak yang akan membantu untuk dapat tidur.
- e. Musik. Dengarkanlah musik yang dapat memberikan ketenangan dan rasa rileks. Pilihlah musik apapun yang penting dapat memberikan ketenangan. Dengan merasa tenang dan rileks akan mudah untuk untuk tidur lebih nyaman
- f. Latihan menarik nafas. Latihan menarik nafas dalam yang teratur dapat menolong mengurangi ketegangan otot dan membantu untuk tidur lebih baik.
- g. Carilah posisi yang nyaman, duduk, berdiri ataupun berbaring, lalu tariklah nafas melalui hidung secara perlahan lalu tahan nafas selama 1-2 detik dan keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan lakukan beberapa kali, beristirahat selagi dapat.

7. Obstipasi

Berhubung hormon kehamilan progesteron mengendurkan sistem pencernaan dan memperlambat gerakan pencernaan, maka konstipasi menjadi keluhan yang umum. Kondisi ini akan semakin memburuk bila memang sudah mengalaminya sebelum kehamilan atau bila mengkonsumsi suplemen zat besi (lihat Anemia)

Cara untuk mencegah konstipasi:

- a. Minumlah sebanyak-banyaknya air putih, jus buah-buahan atau teh herbal. Tapi hindari teh dan kopi, karena dapat membuat bolak-balik buang air kecil yang bisa mengakibatkan dehidrasi.
- b. Konsumsi serat. Buah segar dan buah yang dikeringkan, juga sayur-sayuran dan gandum adalah sumber-sumber penting yang harus dikonsumsi.
- c. Singkirkan junkfood. Hindari makanan manis dan halus, yang bisa menyumbat sistem pencernaan.
- d. Olah raga ringan seperti jalan kaki dan berenang akan membantu menjaga sirkulasi berjalan lancar.
- e. Jangan terburu-buru. Pelan-pelan saja kalau buang air besar, dan jangan mengejan.
- f. Manfaatkan ramuan alami. Para herbalis menyarankan akar teh dandelion untuk menjaga keteraturan BAB dapat diperoleh di toko-toko makanan sehat.

(Mochtar, 1998 : 43)

2.1.4 Perubahan fisiologis pada ibu hamil

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan menurut Prawirohardjo (2009) adalah:

a. Sistem Reproduksi

1. Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama di bawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus, di samping itu serabut-serabut kolagen yang ada pun menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Berat uterus normal

lebih kurang 30 gram, pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus ini menjadi 1000 gram, dengan panjang lebih kurang 20 cm dan dinding lebih kurang 2,5 cm.

Pada awal kehamilan terjadi penebalan sel otot-otot uterus, yang dipengaruhi oleh posisi plasenta, dimana bagian uterus yang mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga menyebabkan uterus tidak rata disebut tanda Piskacek. Pada minggu-minggu pertama istmus uteri mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertropi istmus pada triwulan pertama membuat istmus menjadi panjang dan lebih lunak. Hal ini dikenal sebagai tanda Hegar.

2. Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Serviks banyak mengandung jaringan ikat, jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak, warna menjadi biru, membesar (oedema) pembuluh darah meningkat, lendir menutupi ostium uteri (kanalis servikalis) serviks menjadi lebih mengkilap.

3. Vagina dan vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut Chadwick warna portio pun tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar, hal ini karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia meningkat.

4. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya korpus luteum graviditatum yang masih ada sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditatum berdiameter kira-kira 3 cm. Korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat-laun fungsi ini diambil alih oleh plasenta. Diperkirakan korpus luteum adalah tempat sintesis dari relaxin dalam awal kehamilan. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm.

5. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukuran dan vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama kolostrum dapat keluar. Meskipun dapat dikeluarkan air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormon. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun, peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan meningkatkan produksi air susu, areola akan membesar dan kehitaman, kelenjar montgomery membesar dan cenderung menonjol keluar.

b. Perubahan metabolic

Sebagian penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya, payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke2 dan ke3

perempuan dengan gizi baik dianjurkan untuk menambah BB perminggu 0,4 kg, gizi kurang 0,5 kg, gizi lebih 0,3 kg.

Perubahan metabolisme dalam tubuh terutama Metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trimester ketiga. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil adalah Kalsium 1,5 gram setiap hari, 30 sampai 40 gram untuk pembentukan tulang janin. Fosfor, rata-rata 2 gram dalam sehari. Zat besi, 800 mg atau 30 sampai 50 mg sehari. Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

c. Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mamma dan alat-alat yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi sebanyak kira-kira 30%.

Eritropoesis dalam kehamilan juga meningkat untuk memenuhi keperluan transpor zat asam yang dibutuhkan sekali dalam kehamilan. Meskipun ada peningkatan dalam volume eritrosit secara keseluruhan, tetapi penambahan volume plasma jauh lebih besar, sehingga konsentrasi hemoglobin dalam darah menjadi lebih rendah.

d. Sistem respirasi

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat kira-kira 20%, seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam.

e. Traktus digestivus

Karena pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan :pengeluaran air liur berlebihan (hipersalivasi), daerah lambung terasa panas, terjadi mual dan sakit/pusing kepala terutama pagi hari, yang disebut morning sickness, muntah yang terjadi disebut emesis gravidarum, muntah berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari, disebut hiperemesis gravidarum, progesteron menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi.

f. Traktus urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering kencing. Filtrasi pada glomerulus bertambah sekitar 69-70%. Pada kehamilan ureter membesar untuk dapat menampung

banyaknya pembentukan urine, terutama pada ureter kanan karena peristaltik ureter terhambat karena pengaruh progesteron.

g. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh peningkatan melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mamma. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea grisea. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut striae livide.

1.2.5 Standar Pelayanan Antenatal Care

Pelayanan atau asuhan standar minimal adalah 7 T yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid) lengkap, pemberian Tablet zat besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular Seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

1. Timbang Berat Badan

Peningkatan berat badan ibu hamil normal sama dengan 25% dari berat badan sebelum hamil. Peningkatan yang utama terjadi pada paruh kedua kehamilan. Peningkatan trimester pertama 1,5 kg, trimester kedua 5 kg, trimester ketiga 5,5 kg (obstetri fisiologi, 1983). Adapun

dalam perhitungan Indeks Masa Tubuh ibu bahwa didapat Berat masa tubuh ibu normal dengan cara menghitungnya menggunakan rumus Berat Badan (kg) : (Tinggi badan (m) x Tinggi badan (m)). Dengan menggunakan rumus ini maka pencapaian berat badan ideal dapat diukur dengan tepat. Untuk memenuhi tambahan kebutuhan zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur diperlukan tambahan konsumsi makanan sehari-hari seperti berikut : nasi ½ piring, ikan ½ potong, tempe 1 potong, sayuran ½ mangkuk, susu 1 gelas, dan air 2 gelas. Pada kehamilan triwulan III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Umumnya nafsu makan ibu sangat baik, dan ibu sering merasa lapar. Pada masa ini hindari makanan berlebih sehingga berat badan tidak terlalu banyak.

(Manuaba, 1999).

2. Mengukur Tekanan Darah

Peningkatan curah jantung terjadi akibat peningkatan volume darah. Jantung harus memompa dengan kekuatan yang lebih besar khususnya pada saat menjelang aterm, sehingga terjadi sedikit dilatasi. Progesteron akan menimbulkan relaksasi otot-otot polos dan menyebabkan dilatasi dinding pembuluh darah yang akan mengimbangi peningkatan kekuatan dari jantung. Dengan demikian tekanan darah harus tetap atau mendekati nilai pada keadaan tidak hamil .

Umumnya, ibu hamil akan mengalami penurunan tekanan darah (hipotensi), terutama di usia kehamilan 20 minggu hingga maksimal di usia 32 minggu. Jika penurunan ini terjadi secara gradual atau perlahan dan tak menimbulkan keluhan, maka terbilang normal, karena

sesudah itu tekanan darah akan kembali normal atau sedikit lebih rendah dari normal. Kisaran tekanan darah normal yang umum adalah terendah 80/60 dan paling tinggi 120/80 .

3. Mengukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus dilakukan dengan posisi ibu setengah duduk dan tempelkan ujung pita (posisi melebar) mulai dari tepi atas simfisis pubis, hingga ke puncak fundus. Jarak antara tepi atas simfisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus. Pemeriksaan palpasi Leopold dilakukan dengan sistematika :

- a. Leopold I : menentukan tinggi fundus dan meraba bagian janin yang di fundus dengan kedua telapak tangan.
- b. Leopold II : kedua telapak tangan menekan uterus dari kiri-kanan, jari kearah kepala pasien, mencari sisi bagian besar (biasanya punggung) janin, atau mungkin bagian keras bulat (kepala) janin.
- c. Leopold III : satu tangan meraba bagian janin apa yang terletak di bawah (di atas simfisis) sementara tangan lainnya menahan fundus untuk untuk di fiksasi.
- d. Leopold IV : kedua tangan menekan bagian bawah uterus dari kiri-kanan, jari kearah kaki pasien, untuk konfirmasi bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk/melewati pintu panggul. Jika memungkinkan dalam palpasi diperkirakan juga taksiran berat janin (meskipun kemungkinan kesalahan juga masih cukup besar). Pada kehamilan aterm, perkiraan bereat janin dapat menggunakan rumus cara Johnson-Tausak yaitu : $TFU \text{ (cm)} - (11,12,13) \times 155 \text{ gr}$

(Farrer, 2001).

4. Pemberian Imunisasi (Tetanus Toksoid)

Manfaat imunisasi TT ibu hamil

- a. Melindungi bayinya yang baru lahir dari tetanus neonatorum (BKKBN, 2005; Chin, 2000).
Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh clostridium tetani, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistim saraf pusat.
- b. Melindungi ibu terhadap kemungkinan tetanus apabila terluka.

Kedua manfaat tersebut adalah cara untuk mencapai salah satu tujuan dari program imunisasi secara nasional yaitu eliminasi tetanus maternal dan tetanus neonatorum.

Jumlah dan dosis pemberian imunisasi TT untuk ibu hamil :

Imunisasi TT untuk ibu hamil diberikan 2 kali dengan dosis 0,5 cc di injeksikan intramuskuler/subkutan dalam .

Umur kehamilan mendapat imunisasi TT ;

Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap TT1 dapat diberikan sejak di ketahui postif hamil dimana biasanya di berikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan .

Jarak pemberian imunisasi TT1 dan TT2 :

Jarak pemberian (interval) imunisasi TT1 dengan TT2 adalah minimal 4 minggu

5. Pemberian Tablet Zat Besi

Untuk pemberian vitamin zat besi di mulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin serasa rasa mual telah hilang. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 330 mg (zat besi 60 mg) dan Asam Folat 500 mcg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan .

6. Tes Terhadap Penyakit Menular Sexual.

Selama kehamilan, ibu perlu dilakukan tes terhadap penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS, Gonorrhoe, Siphilis. Hal tersebut dikarenakan sangat berpengaruh pada janin yang dikandungnya. Apabila ditemukan penyakit-penyakit menular seksual harus segera ditangani.

7. Temu Wicara dalam Rangka Persiapan Rujukan

Persiapan rujukan perlu disiapkan karena kematian ibu dan bayi disebabkan keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan.

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipiskan serviks dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2007).

Sedangkan persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2007).

2.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Memberikan Asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

2.2.3. 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. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis (JNPK-KR/POGI, 2008). 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 :

a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

1. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
2. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
3. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi atau dihadapi.
4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk solusi masalah
5. Merencanakan asuhan atau intervensi.
6. Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih.
7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu.

c. Pencegahan infeksi

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

1. Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganismenya.
2. Menurunkan resiko penularan penyakit menular seksual seperti Hepatitis dan HIV/AIDS.

d. 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.

e. Rujukan

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan sering kali disingkat BAKSOKUDO:

1. B : (Bidan)
2. A : (Alat)
3. K : (Keluarga)
4. S : (Surat)
5. O : (Obat)
6. K : (Kendaraan)
7. U : (Uang)
8. DO (Donor Darah)

2.2.4 Tanda-Tanda Persalinan

- a. Kontraksi atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering).
- b. Lendir bercampur darah dari jalan lahir.
- c. Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban.

Tanda- tanda mulainya persalinan dalam referensi Prawirohardjo (2007) adalah : Setling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu panggul terutama primigravida, pada multipara tidak begitu kentara. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun. Perasaan sering-sering atau susah kencing (polikisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut “false labor pains”.Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show).Terjadinya his permulaan (palsu), pada saat hamil mudah sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.Kontraksi ini dapat dikemukakan dengan keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu.Kontraksi Braxton Hieks terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesteron dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Sifat his permulaan (palsu): rasa nyeri ringan di bagian bawah, datang tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda, durasinya pendek, tidak bertambah beraktivitas.

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

a. Kala I Persalinan

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

1. Fase Laten persalinan.

- a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm.

- c. Biasanya berlangsung dibawah 8 jam.
 - d. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik.
2. Fase Aktif persalinan
- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selam 40 detik atau lebih).
 - b. Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
 - c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin

(JNKP-KR/POGI, 2008).

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase lagi, 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 (Prawirohardjo, 2007).

b. Kala II Persalinan (Pengeluaran)

Kala dua Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran bayi. 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 mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar.

c. Kala III Persalinan (Pelepasan Uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Adapun menurut Sumarah kala III yaitu dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta.

Pada kala III persalinan, otot uterus miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian dalam vagina.

d. Kala IV Persalinan (Observasi)

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.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

1. Tingkat kesadaran penderita.
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya perdarahan.

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 cc sampai 500 cc

(Sumarah, 2008).

2.2.5. Faktor yang mempengaruhi proses 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.

a. Passage (jalan lahir)

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

Bidang/pintu panggul :

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

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

1. Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
2. Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
3. Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
4. Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis.

b. Power (kekuatan)

1. Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.
2. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.
3. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.
4. 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.
5. His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan.
6. Kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena hypotonic atau atonia uteri dan hypertonic atau tetania uteri.

c. Passanger (janin)

1. Passenger terdiri dari janin dan plasenta.

2. 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.
3. 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 (Blogspot, 2010).

d. 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.

e. 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, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, menciptakan kamar bersalin yang nyaman, memberikan sentuhan, berada disisi pasien, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien.

2.3. Nifas

2.3.1. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Definisi Nifas/ Puerperium

Masa puerperium atau masa nifas mulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Wiknjosastro, 2007).

Masa nifas (Puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Saifuddin, 2007).

Tujuan asuhan pada masa nifas adalah untuk membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

b. Periode Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode :

1. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

4. Program dan Kebijakan Tehnis

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.

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1	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.

		<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu

	post partum	selama masa nifas. - Memberikan konseling KB secara dini.
--	-------------	--

c. Perubahan Fisiologis masa nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti:

1. Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:
 - a. Iskemia Miometrium – Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
 - b. Atrofi jaringan – Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.
 - c. Autolysis – Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5

kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

- d. Efek Oksitosin – Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Bayi lahir: Setinggi pusat – 1.000gr

Uri lahir: 2 jari di bawah pusat – 750 gr

I minggu: Pertengahan pusat symphysis – 500 gr

2 minggu: Tak teraba diatas symphysis – 350 gr

6 minggu: Bertambah kecil – 50 gr

8 minggu: Sebesar normal – 30 gr

2. Involusi tempat plasenta, uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat

implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochea.

3. Perubahan ligamen, setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala.
4. Perubahan pada Serviks, segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin.
5. Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam – macam Lochia dalam referensi Prawirohardjo (2007):
 1. Lochia rubra (Cruenta): berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari post partum.
 2. Lochia Sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3–7 post partum.
 3. Lochia serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 - 14 post partum
 4. Lochia alba : cairan putih, setelah 2 minggu
 5. Lochia purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
 6. Lochiastasis : lochia tidak lancar keluarnya.
6. Perubahan Pada Vulva, Vagina selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke

tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

7. Perubahan Sistem Pencernaan, sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.
8. Perubahan Sistem Perkemihan, pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Manajemen Asuhan Kebidanan Varney Ibu hamil, bersalin, dan nifas.

2.4.1 Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah. Penemuan – penemuan keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney.1997:25).

2.4.2 Cara pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan pasien dengan menggunakan 7 langkah Varney adalah:

1. Langkah pertama adalah pengumpulan dan analisa data dasar
 - a. Pengumpulan dan analisa data dasar (pengkajian) merupakan langkah awal dari manajemen kebidanan. Pengumpulan data dasar untuk menilai kondisi klien. Yang termasuk data dasar : riwayat kesehatan klien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan atas indikasi tertentu, catatan riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang serta hasil pemeriksaan laboratorium.
 - b. Semua data harus memberikan informasi yang saling berhubungan (relevan) dan menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya, data-data yang perlu dikumpulkan dalam kasus abortus inkomplit adalah amenore, sakit perut, perdarahan yang bisa sedikit atau banyak, dan biasanya berupa stolsel (darah beku), sudah ada keluar fetus atau jaringan, pada abortus yang sudah lama terjadi atau pada abortus provokatus yang dilakukan oleh orang yang tidak ahli sering terjadi infeksi. Pada pemeriksaan dalam (VT) untuk abortus yang baru terjadi didapati serviks terbuka, kadang-kadang dapat diraba sisa-sisa jaringan dalam kanalis servikalis atau cavum uteri, serta yang berukuran lebih dari biasanya.
2. Langkah kedua adalah identifikasi diagnosa/masalah aktual

- a. Menginterpretasikan data secara fisik kedalam rumusan diagnosa dan masalah kebidanan. Kata masalah dan diagnosa digunakan kedua-duanya dan mempunyai pengertian yang berbeda-beda. Masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosa, tetapi memerlukan suatu pengembangan rencana keperawatan secara menyeluruh pada klien. Masalah lebih sering berhubungan dengan bagaimana klien menguraikan keadaan yang dirasakan, sedangkan diagnosa lebih sering didefinisikan oleh bidan yang difokuskan pada apa yang dialami oleh klien.
3. Langkah ketiga adalah identifikasi diagnosa/masalah potensial
 - a. Dari kumpulan masalah dan diagnosa, identifikasi faktor-faktor potensial yang memerlukan antisipasi segera, tindakan pencegahan jika memungkinkan atau waspada sambil menunggu mempersiapkan pelayanan segala sesuatu yang mungkin terjadi.
 4. Langkah keempat adalah evaluasi perlunya tindakan segera (emergency dan konsultasi).
 - a. Proses manajemen kebidanan dilakukan secara terus menerus selama klien dalam perawatan bidan. Proses terus menerus ini menghasilkan data baru segera dinilai. Beberapa data menunjukkan adanya suatu situasi yang menuntut tindakan segera selagi menunggu instruksi dari dokter seperti prolapsus tali pusat. Situasi lain yang bukan merupakan keadaan darurat tetapi boleh memerlukan konsultasi dokter atau manajemen kolaborasi.
 5. Langkah kelima adalah perencanaan asuhan kebidanan

- a. Dikembangkan berdasarkan intervensi saat sekarang dan antisipasi diagnosa dan problem serta meliputi data-data tambahan setelah data dasar. Rencana tindakan komprehensif bukan hanya meliputi kondisi klien serta hubungannya dengan masalah yang dialami klien, akan tetapi meliputi antisipasi dengan bimbingan terhadap klien serta konseling, bila perlu mengenai ekonomi, agama, budaya, ataupun masalah psikologis. Rencana tindakan harus disetujui klien. Oleh sebab itu harus didiskusikan dengan klien, semua tindakan yang diambil berdasarkan rasional yang relevan dan diakui kebenarannya serta situasi dan kondisi tindakan harus dianalisa secara teoritis.
6. Langkah keenam pelaksanaan asuhan kebidanan
 - a. Melaksanakan rencana tindakan secara efisien dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan seluruhnya oleh bidan ataupun bekerjasama dengan tim kesehatan lain. Jika seorang bidan tidak melakukan tindakan sendiri, maka ia menerima tanggung jawab mengurus pelaksanaannya. Dalam situasi dimana bidan melakukan tindakan kolaborasi dengan seorang dokter, dan masih tetap terlibat didalam penatalaksanaan perawatan secara menyeluruh bagi klien.
 7. Langkah ketujuh evaluasi hasil tindakan asuhan kebidanan
 - a. Mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien. Pada tahap evaluasi ini bidan harus melakukan pengamatan dan observasi terhadap masalah yang dihadapi oleh klien, apakah masalah diatasi seluruhnya, sebagian telah dipecahkan atau mungkin timbul masalah baru.

Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Penghasilan	:	Penghasilan	:
Alamat	:	Alamat	:
No. telp.	:	No. telp.	:
No. register	:		

2. Keluhan Utama (PQRST)

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan kehamilan, misalnya pasien merasa sering kencing, konstipasi, sesak nafas, nyeri punggung.

2. Riwayat Menstruasi

Haid

Menarcho 12-16 tahun, Siklus 28-35 hari, lama 3-5 hari, dengan pengeluaran darah \pm 50-70 cc ibu tidak mengalami gangguan haid/nyeri. (Sarwono, 1999 : 103-104).

3. Riwayat Obstetri yang lalu

No	Suami ke:	Hamil			Persalinan				Anak				Nifas	
		Ke-	Usia	Penyulit	Penolong	Tempat	Cara	Penyulit	Jenis kelamin	TB/BB	H/M, umur	Laktasi	Penyulit	

4.

Riwayat kehamilan an

sekarang

a) Pergerakan anak pertama kali

Gerakan pertama janin pada usia kehamilan 16 minggu (multigravida), pada usia kehamilan 18 minggu (primigravida). Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan janin bisa diraba oleh pemeriksa.

b) Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir

Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan hipoksia berat atau janin meninggal. (Prawirohardjo, 2008).

5. Pola kesehatan fungsional

Pola Kebiasaan	Sebelum hamil	Selama hamil
- Pola Nutrisi	makan : \pm 3x/hari, porsi	makan : \pm 3x/hari, porsi

	sedang, menu nasi, lauk dan sayur Minum : ± 6-7 gelas/hari, air putih, teh	sedang, menu nasi, lauk sayur Minum : ± 6-7 gelas/hari, air putih, teh, susu
- Pola Eliminasi	BAB 1x/hari BAK 5-6x/hari	BAB 1x/hari BAK 6-7x/hari (P.M.Hamilton, 1995:83).
- Pola Istirahat	Siang ± 1-2 jam Malam ± 7-8 jam	Siang ± 1-2 jam Malam ± 7-8 jam
- Pola Aktifitas	Ibumengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, dan mencuci	Ibu mengerjakan pekerjaan rumah dibantu keluarga
- Pola Seksual	Ibu melakukan hubungan seksual 3 x seminggu	ketika hamil 5 bulan,pada hamil tua ibu melakukan hubungan seksual 2 x seminggu.
- Pola Kebiasaan :	Ibu tidak pernah	Ibu tidak pernah

merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan	mengonsumsi jamu-jamuan, tidak merokok, tidak minum alcohol dan tidak mengonsumsi narkoba, tidak memelihara binatang.	mengonsumsi jamu-jamuan, tidak merokok, tidak minum alcohol dan tidak mengonsumsi narkoba, tidak memelihara binatang.
---	---	---

6. Riwayat penyakit kesehatan ibu dan keluarga

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti jantung, ginjal, asma, hipertensi, TBC, dan hepatitis.

7. Riwayat psiko-social-spiritual

Berisi riwayat perkawinan (kawin, umur dan lama), respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya, apakah ada psikopatologis dalam kehamilan, tradisi yang mempengaruhi kehamilan (mitos) dan status emosional.

- a) Dukungan keluarga : Keluarga menerima kehamilan ini.
- b) Tradisi : Ibu mengadakan syukuran 7 bulan kehamilan.
- c) Riwayat KB : Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi.

1) **Data Objektif**

(1) Antropometri

- a. BB sebelum hamil > 42 kg

b. BB periksa yang lalu

Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil adalah 10 – 12 kg atau 20% dari berat badan ideal sebelum hamil, dimana pada trimester I penambahan kurang dari 1 kg, trimester II sekitar 3 kg, dan trimester III sekitar 6 kg.

c. Berat badan ibu pada kehamilan trimester III > 45 kg

d. Tinggi badan ibu > 145 cm

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik.

e. LILA > 23,5 cm

(2) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a) Wajah : tidak ada oedema, tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak pucat.

b) Rambut : kebersihan cukup, warna hitam, tidak rontok.

c) Kepala : kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada ketombe.

d) Mata : simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, pupil bereaksi terhadap cahaya.

e) Mulut & gigi : bibir lembab, tidak terdapat stomatitis, lidah tidak kotor, tidak terdapat caries gigi.

f) Telinga : simetris, kebersihannya cukup, tidak ada serumen, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, pendengarannya normal.

g) Hidung : kebersihan cukup, tidak ada sekret, tidak ada pembengkakan, septum nasi di tengah.

h) Mammae : simetris, kebersihan cukup, puting susu menonjol, kolostrum sudah / belum keluar.

i) Abdomen : simetris, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi.

Palpasi Abdomen

Leopold I

TFU 3 jari bawah prosesus xypoid. Teraba lunak, bulat dan tidak melenting.

Leopold II

Teraba keras dan panjang seperti papan dibagian kanan dan dibagian kiri teraba ekstremitas.

Leopold III

Teraba keras dan bulat

Leopold IV

Divergen

j) Genetalia: tidak oedema pada vulva atau varises pada vagina, personal hygiene baik

k) Ekstremitas : Atas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada gangguan pergerakan, akral hangat.

Bawah : simetris, tidak ada oedema, tidak ada gangguan pergerakan, tidak ada varises, reflek patella +/+.

(3) Pemeriksaan Panggul

(a) Distansia spinarum (23 – 26 cm)

(b) Distansia kristarum (26 – 29 cm)

- (c) Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm)
- (d) Distansia tuberum (10 – 11 cm)
- (e) Lingkar panggul (80 – 90 cm).

(4) Pemeriksaan Laboratorium

Darah :

Golongan darah: A/B/O/AB

Hemoglobin : 11-12 gr%

Urine :

Reduksi : - (negatif)

Albumin : - (negatif)

(5) Pemeriksaan Ultrasonografi

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

3) Interpretasi data dasar

1. Diagnosa :

G (PAPIAH) usia kehamilan....., hidup,tunggal, letkep, intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik.

2. Masalah: seperti sering kencing, nyeri punggung, dan sesak nafas.

3. Kebutuhan:

- (1) Informasi yang cukup keadaan kehamilannya
- (2) Pola istirahat

- (3) Tanda bahaya kehamilan.
- (4) Pengaturan konsumsi makanan dengan diet.
- (5) Pemeriksaan ANC dua minggu sekali sampai ada tanda kehamilan.

4) Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Tidak ada

5) Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera:

Tidak ada

6) Melaksanakan perencanaan:

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu \pm 30 menit ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan

Kriteria Hasil : - Keadaan umum ibu dan janin baik

- Ibu tampak tenang

1. Intervensi

1. Trimester 1 dan 2

- a. Setiap bulan sekali
- b. Di ambil data tentang laboratorium
- c. Pemeriksaan ultrasonografi
- d. Nasehat tentang diet empat sehat lima sempurna, tambahan protein 0,5/kg BB (satu telur/hari)
- e. Observasi adanya penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan, komplikasi kehamilan.
- f. Rencana untuk pengobatan penyakitnya, menghindari terjadinya komplikasi kehamilan dan imunisasi tetanus.

8. Trimester 3

- Setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran .
- Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan.
- Diet empat sehat lima sempurna.
- Pemeriksaan ultrasonografi
- Imunisasi tetanus II
- Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga.
- Rencana pengobatan.
- Nasehat tentang tanda inpartu, kemana harus datang untuk melahirkan.

2.5.2 Persalinan

1. Data Subjektif

1. Keluhan Utama (PQRST)

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan persalinan.

- a) Kontraksi atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering).
- b) Lendir bercampur darah dari jalan lahir.
- c) Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban (DEPKES RI, 2008).

2. Data Obyektif

1. Tanda vital :

1. Suhu : Normal 37°C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi
2. Nadi : Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38°C menandakan infeksi
3. Tekanan darah : Normal kurang dari 140/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsia ringan.
4. Pernafasan ibu bersalin dengan pernafasan pendek hal ini dikarenakan kelelahan dan kesakitan, bila didapatkan pernafasan pendek, tidak teratur, maka kemungkinan hipoksia/cyanosis

2. Pemeriksaan Fisik

- g. Mamae : Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colostrum keluar (TM III)

- b. Abdomen :

1. Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae

2. Palpasi :

Leopold I :

Kehamilan aterm TFU pertengahan pusat dan prosesus xipioideus

Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II :

Bagian teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin

Leopold III :

Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting (kepala)

Leopold IV :

Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian

3. Auscultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal dan presentasi kepala, 2 jari kanan/kiri bawah pusat.

(Rustam Mochtar, 1998 : 51-53)

TFU Mc.Donald : 30 cm

TBJ/EFW : 2790 gram

DJJ : 125x/menit
His : 2x20” selama 10 menit

c. Genetalia :

- Pengeluaran pervaginasi : blood slym
- Kebersihan cukup, tidak adanya kondiloma acuminata, kondiloma talata, varices dan oedem
- VT
 1. Perabaan servix : ditemukan servix lunak, mendatar, tipis, pembukaan.
 2. Keadaan ketuban utuh/sudah pecah.
 3. Presentasi : - Teraba keras, bundar, melenting (kepala)
- Teraba kurang keras, kurang bundar, tidak melenting (bokong).
 4. Positio : Pada dinding perut bagian kanan/kiri teraba bagian keras seperti papan (punggung).
 5. Turunnya kepala : H III teraba sebagian kecil dari kepala, denominator UUK kiri/kanan depan.
 6. Ada tidaknya caput dan bagian yang menumbung

(IBG Manuaba, 1998 : 170)

d. Pemeriksaan penunjang :

- Kadar Hb normal lebih dari 11 gr %
- Albumin urine negatif
- Reduksi urine negative.

3. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa :

G1p000000, usia kehamilan 36-40, hidup,tunggal, letkep, intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase laten/aktif

2) Masalah : tidak ada

3) Kebutuhan

- o Mengajari ibu teknik relaksasi
- o Lakukan komunikasi terapeutik

4. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Tidak ada

5 Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada

Kala I

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama \pm 13 jam pada primi dan \pm 7 jam pada multi diharapkan pembukaan lengkap dan ibu bisa kooperatif.

Kriteria : KU ibu dan janin baik, adanya doran, tekus, perjol, vulva adanya His yang adekuat dan teratur.

Intervensi :

- a. Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ Ibu akan lebih tenang karena mengetahui keadaannya saat ini

- b. Ajukan informed consent pada ibu dan keluarga terhadap setiap tindakan medis yang akan dilakukan.

R/ Ibu dan keluarga mengerti tentang tindakan yang akan didapat

- c. Berikan Dukungan emosional

R/ Dukungan dari tenaga kesehatan dan keluarga dapat mengurangi rasa cemas

- d. Lakukan komunikasi terapeutik

R/ Membantu pasien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran pada pasien.

e. Ajarkan ibu teknik relaksasi

R/ Mempengaruhi respon internal individu terhadap nyeri.

f. Berikan Asuhan sayang ibu

- Membantu pengaturan posisi ibu

- Memberikan cairan dan nutrisi

- Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur.

- Pencegahan infeksi.

R/ Mengurangi gangguan psikologis dan pengalaman yang menegangkan.

g. Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

R/ Meningkatkan efektivitas dalam memberikan asuhan.

h. Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat yang diperlukan

R/ Mengurangi resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi.

i. Lakukan persiapan rujukan.

R/ Antisipasi terjadinya penyulit dan membutuhkan rujukan segera.

j. Lakukan observasi dan pengisian partograf

R/ Memutuskan Asuhan yang akan dilakukan selanjutnya.

Lembar Observasi

No	Tgl/waktu	TTV	HIS	Djj	Keterangan

KALA II

- Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan 1 jam pada primi dan \pm 30 menit pada multi, ibu bisa kooperatif dan persalinan dapat berjalan dengan normal.
- Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik, ibu dapat melahirkan bayinya dengan normal.

1. Implementasi

no	Waktu	implementasi
		<ol style="list-style-type: none">1. Mengamati tanda dan gejala kala II (doran, tekus, perjol, vulka)2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial, mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril didalam partus set3. Mengenakan clemek plastik4. Melepaskan semua perhiasan dan mencuci tangan5. Memakai handcun pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam6. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam spuit7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas DTT8. Memlakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan

		<p>pembukaan lengkap</p> <ol style="list-style-type: none">9. Mendekontaminasi handscun kedalam larutan klorin 0,5%10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman dan memberikam semangat pada ibu saat ibu mulai meneran12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, jika ibu tidak mempunyai dorongan meneran anjurkan ibu untuk berjongkok, berjalan dan mengambil posisi yang nyaman14. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm,meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu16. Membuka partus set17. Memakai handscun steril pada kedua tangan18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6
--	--	---

	<p>cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi. Letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan/bernafas cepat saat kepala lahir</p> <p>19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain/kasa yang bersih</p> <p>20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi</p> <p>21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan</p> <p>22. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi dan menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu anterior</p> <p>23. Setelah kedua bahu lahir, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir dengan disangga tangan, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan</p> <p>24. Tangan kiri memegang kepala bahu, lengan menyusuri</p>
--	---

	<p>sampai bokong.</p> <ol style="list-style-type: none">25. Melakukan penilaian selintas/sesaat26. Mengeringkan tubuh bayi27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin, agar uterus berkontraksi dengan baik29. Memberikan suntik oksitosin 10 unit IM setelah 1 menit bayi lahir pada 1/3 paha atas bagian distal lateral ibu30. Setelah 2 menit pasca persalinan, menjepit tali pusat dengan klem kira2 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit lagi 2 cm dari klem pertama31. Memotong tali pusat diantara 2 klem dengan dilindungi tangan dibawah tali pusat yang akan dipotong32. Mengikat tali pusat dengan benang steril33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat
--	--

KALA III

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III (15 menit – 30 menit) ibu kooperatif dan kelahiran plasenta spt dan lengkap.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, plasenta lahir spt dan lengkap.

No	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi
		34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva 35. Meletakkan tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis untuk melakukan palasi, kontraksi dan menstabilakan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain 36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial) secara

		<p>hati-hati</p> <p>37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian keatas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso cranial)</p> <p>38. Saat plasenta terlihat diintroitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinlin (kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan)</p> <p>39. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus dengan meletakkan tangan diatas fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar</p> <p>40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel keibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh</p>
--	--	---

KALA IV

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

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

1. Implementasi

No	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi
		<p>41. Mengevaluasi laserasi vulva dan perineum</p> <p>42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik</p> <p>43. Membierkan bayi tetap kontak kulit dengan ibu \leq 1 jam</p> <p>44. Setelah 1 jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, tetes mata, vit. K disuntikkan pada paha bagian kiri</p> <p>45. Setelah 1 jam pemberian vit.K, kemudian berikan imunisasi hepatitis B dipaha bagian kanan</p> <p>46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan</p>

	<p>47. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana cara melakukan masase</p> <p>48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah</p> <p>49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit 1 jam pertama, 30 menit 2 jam kedua</p> <p>50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan spontan</p> <p>51. Menempatkan peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%</p> <p>52. Membuang bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai</p> <p>53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT</p> <p>54. Memastikan ibu merasa nyaman dan menganjurkan pada keluarga untuk membantu memberi makan dan minum</p> <p>55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%</p> <p>56. Membersihkan handscun kedalam larutan klorin 0,5%</p> <p>57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir</p> <p>58. Melengkapi partograf Mengedan ketika ada kontraksi</p>
--	---

1.5.3 Nifas

1. Data Subyektif

1. Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan perineum .

2. Data Objektif

1. Riwayat persalinan

Ibu :

Kala I : primi \pm 13 jam, multi \pm 7 jam

Kala II : primi \pm 1jam, multi \pm 30 menit

Dipimpin meneran : \pm 30 menit

Komplikasi : tidak ada

Air ketuban : banyak \pm 500 ml, warna jernih, jam ...

Kala III : \pm 15 menit

Komplikasi : tidak ada

Plasenta

- Maternal: lengkap
- Fetal : lengkap
- Berat : Berat 500 – 600 gr
- Panjang tali pusat : 50 – 55 cm

- Insersi : marginal
- Perdarahan : kala I : < 500 ml
Kala II : < 500 ml
Kala III : < 500 ml
Perdarahan : tidak ada

Bayi

- Lahir : Spt B, JK ♂/♀
- Hari/tanggal/jam
- BB/PB/AS : > 2500 gr, > 45 cm, > 8
- Cacat bawaan : tidak ada
- Masa gestasi : > 38 minggu/< 40 minggu

2. Pemeriksaan Umum

Vital sign : Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.

Pada ibu dengan keadaan nifas normal ditemukan :

- Keadaan Umum : Baik / Cukup / Lemah
- Kesadaran : Composmentis / Somnolen / Koma

- Tekanan darah : pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan.
- Nadi : Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi di atas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan.
- Respiratory rate : Pernafasan harus berada pada rentang yang normal, yaitu sekitar 16 - 25x/menit.
- Suhu : peningkatan suhu badan mencapai 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu juga bisa disebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam post partum suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai $\geq 38^{\circ}\text{C}$ adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi (Ambarwati, 2008).

3. Pemeriksaan fisik

a. Payudara :

1. Inspeksi : Bentuk simetris, bersih, Puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi Areola mammae
2. Palpasi : Tidak ada massa abnormal, kolostrum sudah keluar, tidak ada pembesaran kelenjar limfe pada axila
3. Auskultasi : (apabila ada indikasi gangguan pernafasan/jantung) meliputi ronkhii, wheezing

b. Abdomen :

1. Uterus : berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat
2. Kandung kemih : penuh/tidak , berkaitan dengan penurunan tinggi fundus dan masalah/penyulit dalam berkemih.

c. Genitalia:

1. Lochea : meliputi warna, bau, bekuan darah, jumlah
2. Keadaan perineum : oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, heacting. Tanda- tanda infeksi : rubor, dolor, calor, tumor dan functio laesa
3. Keadaan anus : tidak hemoroid

d. Ekstremitas : Oedem -/-, varices -/-, reflek patella (+/+)

4. Pemeriksaan laboratorium

- a. Darah : Hb > 12 gr%, Golda
- b. Urine : albumin -, reduksi -

3. ASSESMENT

1. Interpretasi data dasar

- a. Diagnosa : PAPIAHnifas normal post partum.....jam
- b. Masalah : perut mules setelah melahirkan
- c. Kebutuhan: - masase uterus
- nutrisi

- mobilisasi

2. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak Ada

3. Identifikasi Kebutuhan Segera

Tidak Ada

4) PLANNING

Tujuan : setelah di lakukan Asuhan kebidanan \pm 30 menit dihadapkan ibu mengerti tentang penjelasan bidan serta penanganannya.

Kriteria hasil :

- Keadaan umum ibu dan bayi baik
- Tidak terjadi perdarahan
- Kontraksi uterus baik

Intervensi

1. Jelaskan kepada ibu bahwa kondisinya dalam batas normal

R/ibu mengetahui tentang kondisinya dan merasa lebih baik

2. Berikan HE tentang perut mules setelah persalinan dan penanganannya

R/ Menambah pengawasan ibu dan masalahnya bisa teratasi penanganannya

3. Observasi ke ibu dan bayi

R/ Menghindari terjadinya komplikasi

4. Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini

R/Mempercepat penyembuhan masa nifas.

5. Beritahu ibu tentang cara menjaga personal hygiene

R/Pencegahan infeksi

6. Pemberian ASI awal dan cara menyusui dengan benar

R/Memberikan nutrisi pada bayi

7. Ajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

R/Meningkatkan bonding attachment

8. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi dan seimbang

R/Ibu tidak lemas dan kuat menyusui bayinya

b) Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

R/Mengembalikan energi yang hilang setelah melahirkan

c) Beritahu ibu tanda bahaya masa nifas

R/Mendeteksi dini adanya komplikasi

d) Jaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

R/Menghindari resiko hipotermi

e) Jaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.

R/Deteksi dini adanya komplikasi masa nifas

f) Berikan terapi obat

R/Memperbaiki kondisi ibu setelah melahirkan

