

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Khamilan, Persalinan dan Nifas

2.1.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan

1) Definisi

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum (Varney, 2008).

Kehamilan 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 (Manuaba, 2010).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Sarwono, 2009).

2) Pemeriksaan diagnostik kehamilan

(1) Perkiraan tinggi fundus uteri

Pada awalnya pengukuran TFU dilakukan dengan cara perabaan atau palpasi dengan patokan simpisis, pusat, prosesus xipioideus. Pengukuran ini masih kurang valid karena cara ini mengabaikan ukuran tubuh ibu dan hasilnya juga masih sangat variatif.

Para peneliti sudah melakukan berbagai riset dan akhirnya muncullah rekomendasi tentang cara pengukuran perkiraan TFU. Cara yang dianjurkan adalah menggunakan pita pengukur (metline) seperti yang digunakan oleh tukang jahit (Depkes, 2001).

(2) Palpasi abdomen

a. Leopold I

Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang terdapat di fundus.

b. Leopold II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri ibu.

c. Leopold III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah uterus.

d. Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul apa belum.

(3) Pemeriksaan USG

a. Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan.

- b. Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan (Sulistyawati, 2009).

3) Perubahan anatomi dan fisiologis ibu hamil

(1) System Reproduksi

Uterus

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini pertama kali diperkenalkan oleh **Braxton Hicks** pada tahun 1872 sehingga disebut dengan kontraksi **Braxton Hicks**. Kontraksi ini muncul tiba-tiba dan sporadic, intensitasnya bervariasi antara 5 – 25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah reseptor oksitosin dan *gap junction* diantara sel – sel miometrium. Pada saat ini kontraksi akan terjadi setiap 10 sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan kontraksi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu (Sarwono, 2009).

a. Ukuran.

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc. hal ini memungkinkan bagi

adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua.

b. Berat.

Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir bulan.

c. Posisi rahim dalam kehamilan

Pada ibu hamil, rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

d. Vaskularisasi

Arteri uterine dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya, pembuluh darah vena mengembang dan bertambah .

e. Serviks uteri

Bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang disebut **Tanda Goodell**. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Oleh karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan ini disebut dengan **Tanda Chadwick**.

Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

Vagina dan Vulva

Oleh karena pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan **Tanda Chadwick** (Sulistyawati, 2009).

(2) Dinding Perut (Abdominal Wall)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga menimbulkan striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastesis rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

(3) Sistem Pernafasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil.

Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernafasan dada (thoracic breathing).

(4) Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu:

Muka: disebut masker kehamilan (chloasma gravidarum).

Payudara: puting susu dan areola payudara.

Perut: linea nigra striae

Vulva (Medforth, 2011).

(5) Payudara (Mammae)

Perubahan payudara merupakan salah satu tanda kehamilan yang disadari oleh ibu. Sejak sekitar 3-4 minggu gestasi terjadi peningkatan aliran darah dan nyeri tekan pada payudara, vena menjadi lebih menonjol, dan payudara terasa hangat. Lemak disimpan di payudara sehingga meningkatkan ukuran payudara. Tubulus dan duktus laktiferus membesar. Area pigmentasi sekitar puting menggelap. progesteron menyebabkan pertumbuhan lobulus dan alveoli payudara, dan mengembangkan kemampuan sekretori struktur ini sehingga siap untuk menyusui (Medforth, 2011).

(6) Berat Badan

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat

mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra-uteri (IUGR) (Sulistyawati, 2009).

4) Perubahan dan Adaptasi Psikologis dalam Masa Kehamilan

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Sejumlah ketakutan muncul, wanita mungkin merasa cema dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain lebih lanjut dan lebih menutup diri karena perasaan rentannya.

Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. Alternatif posisi dalam berhubungan seksual dan metode alternative untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau dapat menimbulkan perasaan bersalah jika wanita merasa tidak nyaman

dengan cara- cara tersebut. Berbagi perasaan secara jujur dengan pasangan dan konsultasi menjadi sangat penting (Varney, 2008).

5) Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

(1) Status kesehatan

Kehamilan pada usia tua

Kondisi fisik ibu hamil pada usia lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya. Hal ini pun turut mempengaruhi kondisi janin. Pada proses pembuahan kualitas sel telur wanita usia ini sudah menurun jika dibandingkan dengan sel telur pada wanita dengan usia reproduksi sehat (25-30 tahun). Kontraksi uterus juga sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik ibu. Jika ibu mengalami penurunan kondisi, terlebih pada primipara (hamil pertama dengan usia ibu lebih dari 40 tahun) maka keadaan ini harus lebih diwaspadai (Sulistiyawati, 2009).

(2) Status gizi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang cukup sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar bisa memenuhi kebutuhan atau nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya, sekaligus bagi persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman. Selama proses kehamilan, bayi sangat membutuhkan zat-zat penting yang hanya dapat dipenuhi dari ibu. Pemenuhan gizi seimbang selama hamil akan

meningkatkan kesehatan bayi dan ibu, terutama dalam menghadapi masa nifas sebagai modal awal untuk menyusui (Asrinah, 2010).

(3) Gaya hidup

Selain pola makan, yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang, ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang perempuan hamil, misalnya kebiasaan begadang, berpergian jauh dengan kendaraan bermotor dan lain-lain.

a. Substance abuse

Beberapa jenis obat-obatan bisa menghambat terjadinya kehamilan atau membahayakan bayi dalam kandungan. Jika ibu minum obat secara teratur, misalnya untuk mengatasi epilepsy atau diabetes, mintalah nasihat dokter saat memutuskan untuk hamil. Aspirin dan sulfanilamide cukup aman pada awal kehamilan, namun banyak yang belum diketahui mengenai efek jangka panjang pada janin.

b. Perokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan perokok berat kita harus waspada akan resiko keguguran, kelahiran premature, BBLR, bahkan kematian janin (Asrinah, 2010).

(4) Faktor psikologis

a. Stresor internal

Meliputi faktor-faktor pemicu stress ibu hamil yang berasal dari ibu sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat mempengaruhi perkembangan bayi, yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir. Anak akan tumbuh dengan kepribadian yang kurang baik, tergantung pada kondisi stress yang dialami oleh ibunya.

b. Stresor eksternal

Pemicu stress yang berasal dari luar bentuknya sangat bervariasi. Misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan dan masih banyak kasus lain.

c. Dukungan keluarga

Pada setiap tahap usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Ibu harus melakukan adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi, di mana sumber stress terbesar terjadi karena sedang melakukan adaptasi terhadap kondisi tertentu. Dalam menjalani proses ini, ibu hamil sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga, dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

d. Partner abuse

Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap perempuan adalah perempuan yang telah bersuami. Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai kekerasan yang terjadi akan membahayakan ibu dan bayinya. Efek psikologis yang muncul adalah gangguan rasa nyaman ibu. Sewaktu-waktu ibu akan mengalami perasaan terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin (Asrinah, 2010)

(5) Faktor lingkungan, social, budaya, ekonomi.

a. Kebiasaan adat istiadat

Ada beberapa kebiasaan adat istiadat yang merugikan kesehatan ibu hamil. Tenaga kesehatan harus mampu menyikapi hal ini secara bijaksana, jangan sampai menyinggung kearifan local yang sudah berlaku di daerah tersebut. Penyampaian mengenai pengaruh adat bisa melalui berbagai cara, misalnya melalui media massa, pendekatan tokoh masyarakat dan penyuluhan yang menggunakan media efektif. Namun, tenaga kesehatan juga tidak boleh mengesampingkan adanya kebiasaan yang sebenarnya menguntungkan bagi kesehatan.

b. Fasilitas kesehatan

Adanya fasilitas kesehatan yang memadai akan sangat menentukan kualitas pelayanan kepada ibu hamil. Deteksi dini terhadap kemungkinan adanya penyulit akan lebih cepat diambil. Fasilitas kesehatan sangat menentukan atau berpengaruh terhadap upaya penurunan angka kematian ibu (AKI).

c. Ekonomi

Tingkat social ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat social ekonomi yang baik, otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi juga akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas. Selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir. Ibu akan lebih fokus untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya sebagai seorang ibu. Sementara pada ibu hamil dengan kondisi ekonomi yang lemah, ia akan mendapatkan banyak kesulitan, terutama mengenai pemenuhan kebutuhan primer (Asrinah, 2010).

6) Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

(1) Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan, CO₂ menurun dan O₂ meningkat, O₂ meningkat, akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan akan menyebabkan hiperventilasi dimana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

(2) Nutrisi

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeklampsia. Total penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur).

Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

c. Kalsium

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

d. Zat besi

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

e. Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mikro gram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

f. Air

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

(3) Personal hygiene (Kebersihan pribadi)

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinfeksi oleh mikroorganisme, sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal douche*.

(4) Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil :

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.

- c. Pakailah bra yang menyokong payudara,
- d. Memakai sepatu dengan hak rendah.
- e. Pakaian dalam kedaan selalu bersih.

(5) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut kosong dapat merangsang gerak peristaltic usus. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan saat ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Asrinah, 2010 : 96).

(6) Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini :

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur.
- b. Perdarahan per vaginam.
- c. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.
- d. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri.

(7) Mobilisasi, bodi mekanik

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur malam. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini, dibutuhkan sikap tubuh yang baik (Asrinah, 2010).

(8) Exercise / senam hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberi manfaat dalam membantu

kelancaran proses persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu member dorongn serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah (Asrinah, 2010)

(9) Istirahat / tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

(10) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus lebih dahulu ditentukan status kekebalan/ imunisasinya. Ibu hamil yang belum dapat imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai

3 kali) statusnya T2. Bila mendapat dosis TT yang ke – 3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4). Selama kehamilan, bila ibu berstatus T0, hendaknya ia mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 2 minggu, dan bila memungkinkan, untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapat suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3, dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu / 1 bulan). Bagi ibu hamil dengan status T2, bisa diberikan satu kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4-pun dapat diberikan sekali suntikan (TT5) bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5, tidak perlu disuntik TT lagi karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun). Walau tidak hamil, bila perempuan usia subur belum mencapai status, diharapkan mendapat dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi perempuan untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus *long life card* (LLC) (Asrinah, 2010).

(11) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut

- a. Biaya : Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin (tabulin), atau menabung di bank.
- b. Penentuan tempat serta penolong persalinan
- c. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.
- d. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.
- e. Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain).
- f. Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama).
- g. Persiapan persalinan yang tidak kalah pentingnya adalah transportasi, misalnya jarak tempuh dari rumah dan tujuan memerlukan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan (Asrinah, 2010).

(12) Pemeliharaan kesehatan

pengobatan penyakit saat hamil harus selalu memerhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin. Kebiasaan merokok, minum alcohol, dan kecanduan narkotik secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan mental (Manuaba, 2010).

7) Ketidaknyaman pada ibu hamil trimester III dan cara mengatasinya

a. Diare

Dasar Anatomis dan Fisiologis:

- a) Kemungkinan dari perubahan kadar hormonal
- b) Bisa juga dari makanan yang dikonsumsi
- c) Efek samping dari infeksi virus

Cara meringankan atau mencegah:

- a) cairan pengganti berupa rehidrasi per oral
- b) hindari makanan berserat tinggi
- c) makan sedikit tetapi sering untuk memastikan kecukupan gizi

b. Edema Dependen

Dasar anatomis dan fisiologis:

1. Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal
2. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvis ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring

Cara meringankan atau mencegah

1. Hindari posisi berbaring untuk waktu yang lama
2. Istirahat dengan berbaring miring ke kiri, kaki agak ditinggikan
3. Hindari kaos kaki yang ketat atau tali/pita pada kaki
4. Lakukan senam hamil secara teratur

c. Sering buang air kecil

Dasar Anatomis dan Fisiologis

1. Tekanan uterus pada kandung kemih
2. Air dan sodium tertahan di dalam tungkai bawah selama siang hari karena statis pada vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah urine

Cara meringankan atau mencegah

1. Kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk berkemih
2. Batasi minuman dengan bahan-bahan diuretic seperti teh, kopi, cola, dan kafein

d. Hemoroid

Dasar anatomis dan fisiologis

1. Tekanan yang meningkat dari uterus terhadap vena hemoroidal
2. Kurangnya klep dalam pembuluh-pembuluh ini yang mengakibatkan perubahan secara langsung pada aliran darah

Cara mengatasi dan mencegah:

1. hindari konstipasi
2. makan makanan yang berserat
3. banyak minum air putih

e. Keputihan

Dasar anatomis dan fisiologis

1. Hiperplasi mukosa vagina
2. Peningkatan produksi lender dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen

Cara meringankan atau mencegah

4. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari

5. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap (Sulistyawati, 2009).

Leukorea (keputihan) adalah sekresi vagina dalam jumlah besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam akibat perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil *Döderlein*. Meski basil ini berfungsi melindungi ibu dan janin dari kemungkinan infeksi yang beragam, tetapi basil ini merupakan medium yang dapat mempercepat pertumbuhan organisme yang bertanggung jawab terhadap terjadinya vaginitis. Produktifitas kelenjar serviks dalam menyekresi sejumlah besar lendir pada saat ini guna membentuk sumbat lendir serviks ternyata juga dapat mengakibatkan leukorea. Upaya untuk mengatasi leukorea adalah dengan memperhatikan kebersihan tubuh pada area tersebut dan mengganti panty berbahan katun dengan sering. Wanita sebaiknya tidak melakukan douch atau menggunakan semprot untuk menjaga kebersihan area genitalia (Varney, 2008).

8) Kunjungan ulang

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan berjalan normal, jumlah kunjungan cukup 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III. Tindakan ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas

kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Selain itu, upaya memberdayakan ibu hamil dan keluarganya tentang proses kehamilan dan masalahnya melalui penyuluhan atau konseling bisa berjalan efektif apabila tersedia cukup waktu untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang diperlukan (Asrinah, 2010).

9) Tanda bahaya kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan atau keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyakit penyerta sebaiknya juga dikenali sejak dini sehingga bisa dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan berat, baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya (Asrinah, 2010).

10) Skrining / Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi

KEL F.R	NO	Masalah / Faktor Resiko	SKOR
		Skor Awal Ibu Hamil	2
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4
	8	Pernah gagal kehamilan	4
	9	Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum b. uri dirogoh c. diberi infus/transfuse	4 4 4
10	Pernah operasi sesar	8	
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria,	4
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4
		f. Penyakit Menular Seksual	4
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4
	13	Hamil kembar	4
	14	Hydramnion	4
	15	Bayi mati dalam kandungan	4
	16	Kehamilan lebih bulan	4
	17	Letak sungsang	8
	18	Letak Lintang	8
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8

(Kartu Skor Poedji Rochjati)

11) Pemeriksaan Umum pada Kehamilan

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui kondisi pasien secara menyeluruh dari kepala sampai kaki. Langkah-langkah pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis, diawali dari:

1. Keadaan umum pasien
2. Kesadaran: (composmentis, somnolen, apatis/lainnya)
3. Tanda-tanda vital
 - a. Nadi dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Ari Sulistyowati, 2009).

- b. Tekanan darah

Tekanan darah harus selalu diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Adanya kenaikan sistolik melebihi 30 mmHg, dan kenaikan diastole 15 mmHg atau tekanan darah melebihi 140/90 mmHg harus diwaspadai sebab keadaan itu merupakan salah satu gejala pre eklamsi.

4. Pengukuran TB

Ibu hamil yang tinggi badannya kurang dari 145 cm terlebih pada kehamilan pertama, tergolong risiko tinggi karena kemungkinan besar

memiliki panggul sempit. Pengukuran tinggi badan cukup dilakukan satu kali yaitu pada pemeriksaan pertama.

5. Pengukuran Berat Badan

Pengukuran berat badan ibu hamil perlu dikontrol secara teratur paling tidak setiap kali kunjungan pemeriksaan kehamilan. Pada trimester pertama, biasanya belum menunjukkan peningkatan, bahkan kadang-kadang menurun, hal ini dikarenakan adanya keluhan ibu berupa mual muntah yang dapat mengganggu konsumsi nutrisi pada masa kehamilan trimester I. selama trimester ke dua dan ke tiga pertambahan berat badan kurang lebih $\frac{1}{2}$ kg perminggu. pertambahan lebih dari $\frac{1}{2}$ kg perminggu pada trimester ke tiga harus diwaspadai kemungkinan mengalami preeklamsi. Hingga akhir kehamilan pertambahan berat badan yang normal sekitar 9 kg sampai 13,5 kg. berat ini didapatkan dari berat badan janin dalam kandungan, air ketuban dan plasenta. Jika berat badan ibu hamil lebih dari batas normal kemungkinan janin besar, kehamilan hidramnion, kehamilan ganda.

6. Pengukuran LILA/ Lingkar Lengan Atasn LILA

Pentingnya dilakukan pengukuran LILA pada ibu hamil dapat digunakan untuk memberi gambaran tentang status gizi ibu hamil, apakah ibu tersebut mengalami KEP atau tidak.

7. Pemeriksaan head to toe

Pemeriksaan tidak hanya dilakukan secara pandang tetapi sekaligus dengan rabaan, pemeriksaan diawali dari

- a. Kepala :mesocephal, rambut hitam, kuli rambut bersih
- b. Muka :simetris, pucat, odema
- c. Kelopak mata :bengkak/tidak (“apabila kelopak mata sudah bengkak, kemungkinan terjadi preeklamsia berat”)
- d. Conjunctiva :merah muda, pucat
- e. Sclera :putih/kuning
- f. Hidung :simetris, nafas cuping hidung, polip
- g. Mulut :simetris, bibir kering/tidak, lidah stomatitis/tidak
- h. Gigi :caries dentis
- i. Telinga :simetris, secret
- j. Leher :pergerakan, pembengkakan kelenjar tiroid/tidak
- k. Dada :simetris, datar, retraksi dinding dada
- l. Payudara :membesar, kebersihan, benjolan abnormal
- m. Abdomen :kembung, benjolan abnormal

- n. Kulit :turgor kulit, warna
- o. Punggung :lordosis/kifosis/skoliosis
- p. Vesika Urinaria: penuh/kosong
- q. Vagina anus :odema/tidak, varises/tidak
- r. Ekstremitas :simetris, sama panjang/tidak.

12) Pemeriksaan laboratorium sederhana pada kehamilan

A. Pemeriksaan Urine

Pemeriksaan urine ada 2 hal yang diperiksa yaitu kadar protein dan gula dalam urine.

1. Pemeriksaan protein dalam urine

Yaitu pemeriksaan untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine, dikarenakan terjadinya retensi air dan garam dalam tubuh. Pemeriksaan ini penting dilakukan untuk menegakkan diagnose atau mendeteksi factor risiko ibu hamil seperti kemungkinan pasien mengalami preeklamsi ringan, preeklamsi berat dan eklamsi. Pemeriksaan ini dilakukan padakunjungan pertama dan setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan.

Cara membaca hasil:

- a. Negative (-) : urine tidak keruh

- b. Positif 2 (++): kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan halus
- c. Positif 3 (+++): urine lebih keruh dan ada endapan lebih jelas terlihat
- d. Positif 4 (++++): urine sangat keruh dan disertai endapan menggumpal.

2. Pemeriksaan gula urine

Yaitu pemeriksaan untuk mengetahui ada peningkatan kadar glukosa dalam tubuh. Pemeriksaan ini penting dilakukan untuk menegakkan diagnosa atau mendeteksi factor risiko ibu hamil seperti kemungkinan pasien mengalami diabetes dalam kehamilan.

Cara membaca hasil:

- a. Negative (-) : tetap biru jernih dan sedikit kehijau-hijauan dan sedikit agak keruh
- b. Positif (+) : warna berubah jadi hijau kekuning-kuningan dan agak keruh.
- c. Positif 2 (++) : kuning keruh
- d. Positif 3 (+++) : jingga keruh
- e. Positif 4 (++++): merah keruh

B. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah yang dilakukan pada ibu hamil terutama adalah pemeriksaan kadar Hb dalam darah dan dapat dilakukan di puskesmas/di RS. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi factor risiko kehamilan. Bila kadar Hb ibu kurang dari 10 g% berarti ibu dalam keadaan anemia, terlebih bila kadar Hb tersebut kurang dari 8 g% berarti ibu dalam keadaan anemia berat. Keadaan yang menyebabkan anemia pada ibu hamil antara lain:

Status nutrisi ibu/keluarga buruk

Ibu cacangan

Ibu menderita penyakit kronis seperti TBC, kelainan darah, Perdarahan dan sebagainya (Baety, 2012).

2.1.2 Konsep Dasar Teori Persalinan

1) Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010).

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada

usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (APN, 2008).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2008).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu (Kurniawati, 2009).

Persalinan adalah fungsi seorang wanita, dengan fungsi ini produk konsepsi (janin, air ketuban, plasenta, dan selaput ketuban) dilepas dan dikeluarkan dari uterus melalui vagina ke dunia luar (Oxorn, 2010).

2) Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

1. Lightening

Penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (enganged) setelah lightening. Lightening menyebabkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan (Varney, 2008).

2. Perubahan Serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin matang. Kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang, lunak, dengan konsistensi seperti pudding, dan mengalami sedikit penipisan

(effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks.

3. Persalinan Palsu

Terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Persalinan Palsu dapat terjadi selama sehari – hari atau secara intermiten bahkan tiga atau empat minggu sebelum persalinan.

4. Bloody Show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Bloody Show paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah.

5. Penipisan dan Pembukaan Serviks

Merupakan akibat langsung kontraksi. Penipisan terjadi karena saluran serviks yang semula memiliki panjang dua sampai tiga sentimeter memendek sampai pada titik saluran serviks menghilang sehingga hanya menyisakan os eksternal sebagai muara sirkular dengan bagian tepi tipis (Varney, 2008).

3) Tanda-tanda Inpartu

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

Tanda Persalinan

1. Kekuatan His makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah)
3. Dapat disertai ketuban pecah
4. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks) (Manuaba, 2010: 169).

4) Kemajuan Persalinan

Setiap fase persalinan ditandai oleh perubahan fisik dan perubahan psikologis yang dapat diukur. Perubahan fisik dapat digunakan untuk mengevaluasi kemajuan persalinan. Sedangkan perubahan psikologis digunakan untuk menentukan fase persalinan yang dicapai tanpa melakukan pemeriksaan dalam.

(1) Fase Laten

Fase Laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3 sampai 4 sentimeter atau permulaan fase aktif. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali. Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten sering dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas dari mulai terjadi setiap 10 sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga

kontraksi dengan intensitas sedang (rata – rata 40 mmHg pada puncak kontraksi dan tonus uterus dasar sebesar 10 mmHg) yang terjadi setiap 5 – 7 menit dan berlangsung 30 sampai 40 detik (Varney , 2008).

(2) Fase Aktif

Fase Aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari 3 – 4 sentimeter (akhir fase laten) hingga 10 sentimeter (akhir kala 1 persalinan). Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama kala dua persalinan. Kontraksi selama fase aktif menjadi lebih sering, dengan durasi yang lebih panjang dan intensitas lebih panjang dan intensitas lebih kuat. Kontraksi yang efektif menjadi lebih sering dengan durasi yang lebih panjang dan intensitas lebih kuat (Varney, 2008).

5) Komponen Janin

(2) Letak

Adalah hubungan antara sumbu panjang janin sumbu panjang ibu. Ada tiga kemungkinan letak janin : *Longitudinal, Lintang, dan Oblik*.

(3) Presentasi

Ditentukan oleh bagian presentasi, yang merupakan bagian pertama janin yang memasuki pintu atas panggul. Ada 3 kemungkinan presentasi janin : *Sefalik, bokong, dan bahu*. Presentasi sefalik dapat berupa puncak kepala (verteks), sinsiput kening, atau wajah. Presentasi bokong dapat berupa bokong nyata, bokong penuh/komplet (paha fleksi dan tungkai ekstensi

pada permukaan anterior tubuh), atau kaki yang membumbung (satu atau keduanya).

(4) Sikap Janin

Adalah postur khas janin tersebut yang ditentukan dengan melihat hubungan bagian – bagian janin terhadap satu sama lain dan efeknya pada kolumna vertebralis janin. Sikap janin bervariasi menurut presentasi janin.

(5) Posisi

Adalah titik yang dipilih secara acak pada janin untuk setiap presentasi, yang dihubungkan dengan sisi kiri atau kanan panggul ibu. Posisi umumnya digunakan dengan menggunakan sebutan ubun – ubun kecil kiri depan (*LOA, left occipital anterior*), sakrum kanan lintang (*RST, right sacral transverse*), dan selanjutnya.

(6) Variasi

Adalah titik pada janin yang juga dipilih secara acak, yang digunakan untuk menentukan posisi dalam hubungannya dengan bagian anterior, lintang atau posterio pelvis (Varney, 2008).

13) Asuhan Persalinan Normal

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

14) Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

(1) Membuat Keputusan Klinik

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

(2) Asuhan Sayang Ibu

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

1. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
2. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
3. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
5. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
6. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.
7. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan / atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
8. Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
9. Hargai privasi ibu.
10. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
11. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
12. Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
13. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.

14. Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.

15. Siapkan rencana rujukan (bila perlu) (APN, 2008).

(3) Pencegahan Infeksi

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

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

(4) Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Pencatatan rutin adalah penting karena :

- a. Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan

efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan.

- b. Dapat digunakan sebagai tolakukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik. Dari aspek metode keperawatan, informasi tentang intervensi atau asuhan yang bermanfaat dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya.
- c. Dapat dibagikan di antara para penolong persalinan . Hal ini menjadi penting jika ternyata rujukan memang diperlukan karena hal ini berarti lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir (APN, 2008).

(5) Rujukan

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

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

- A (Alat) :Bawa perlengkapan dan bahan – bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi,dan lain – lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan – bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.
- K (Keluarga) :Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan / atau bayi dan mengapa ibu dan / atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan atau bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.
- S (Surat) :Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan / atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat – obatan yang diterima ibu dan / atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
- O (Obat) :obat – obatan esensial padasaat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.
- K (Kendaraan) :Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu,

pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) :Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup membeli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan (APN, 2008).

15) Batasan Persalinan

(1) Kala 1 Persalinan

Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala 1 persalinan terdiri atas 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

Fase laten pada kala I persalinan :

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

Fase aktif pada kala I persalinan :

1. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

2. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm. Akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1cm per jam (multipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
3. Terjadi penurunan bagian terbawah janin (APN, 2008).

(2) Kala II Persalinan

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

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

Menolong Kelahiran Bayi

a) Posisi Ibu Saat Melahirkan

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang (*Supine Position*). Apapun posisi yang dipilih oleh ibu, pastikan tersedia alas kain atau sarung bersih di bawah ibu dan kemudahan untuk menjangkau semua peralatan dan bahan – bahan yang diperlukan untuk membantu kelahiran bayi.

Tempatkan juga kain atau handuk bersih diatas perut iu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir (APN, 2008).

b) Pencegahan Laserasi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan persat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laerasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5 – 6 cm tengah membuka vulva (*crowning*) karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan. Episiotomi rutin tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan :

1. Meningkatnya jumlah darah yang hilang dan risiko hematoma
2. Kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomi rutin.
3. Meningkatnya nyeri pascapersalinan di daerah perineum.
4. Meningkatnya risiko infeksi (terutama jika prosedur PI diabaikan).

c) Melahirkan Kepala

Saat kepala bayi membuka vulva (5 – 6 cm), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3nya dibawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan

(dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan empat jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.

Periksa tali pusat pada leher, jika ada lilitan cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian poyong tali pusat diantara 2 klem tersebut (APN, 2008).

d) Melahirkan bahu

1. Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.
2. Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan kepala kearah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis.
3. Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.

e) Melahirkan Seluruh Tubuh Bayi

1. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) kearah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tanagn tersebut.

2. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum.
3. Tangan bawah (posterior) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir.
4. Secara simultan, tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior.
5. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki.
6. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya.
7. Letakkan bayi di atas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
8. Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik (APN, 2008).

(3) Kala III Persalinan

Persalinan kala 3 dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

Manajemen Aktif Kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu,

mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Penelitian *Prevention of Post Partum Hemorrhage Inversion – 2006* tentang praktik manajemen aktif kala III (*Active Management of Third Stage of Labor / AMT*) di 20 rumah sakit Indonesia menunjukkan bahwa 30 % rumah sakit melaksanakan hal tersebut. Jika ingin menyelamatkan banyak ibu bersalin maka sudah sewajarnya jika manajemen aktif kala III tidak hanya dilatihkan tetapi juga di praktikkan dan menjadi standar asuhan persalinan.

Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama, yaitu :

1. Pemberian suntikan Oksitosin

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

2. Penegangan Tali Pusat Terkendali

Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat diatas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkn tali pusat dengan satu tanag yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso kranial). Lakukan secara hati – hati

untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lakukan tekanan dorso kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar placenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir). Pada saat placenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil menjadi satu. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban (APN, 2008).

3. Rangsangan Taktil (Masase) Fundus Uteri
4. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
5. Jelaskan tindakan pada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahanserta rileks.
6. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.
7. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.

8. Periksa uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Ajarkan ibu dan keluarganya cara masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.
9. Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan (APN, 2008 : 106).

(4) Kala IV Persalinan

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

1. Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
2. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya undud uteri setinggi atatu beberapa jari di bawah pusat.
3. Memperkirakan kehilangan darah.

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi 2 botol, ibu telah kehilangan 1 liter darah. Jika darah bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan 250 ml darah. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing

dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu (2000 – 2500 ml).

4. Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Derajat satu Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum
(tak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik).

Derajat dua Mukosa Vagina, Komisura Posterior, Kulit perineum,
Otot perineum.

Derajat tiga Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum,
Otot Perineum, Otot sfingter ani (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).

Derajat empat Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum,
Otot perineum, Otot sfingter ani, Dinding depan
rektum (Segera rujuk ke fasilitas rujukan) (APN,
2008).

5. Evaluasi keadaan ibu

a) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.

- b) Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- c) Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai dengan apa yang diperlukan.
- d) Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- e) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.
- f) Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberikan ASI.
- g) Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
- h) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (APN, 2008).

2.1.3 Konsep Dasar Teori Nifas

1) Definisi

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran plecenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode pemulihan pasca partum ini berlangsung sekitar enam minggu (Varney, 2008)

Puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal (Manuaba, 2010).

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

Periode setelah melahirkan sampai pulihnya organ reproduksi seperti keadaan normal sebelum hamil, yang lamanya \pm 6 minggu (6-8 minggu) (Kurniawati, 2009).

2) Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas normal dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

2. Tujuan Khusus

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati / merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.

3. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana (Ambarwati, 2010).

3) Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahap :

(1) Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

(2) Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.

(3) Remote Puerperium

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, tahunan (Ambarwati, 2010).

4) Program dan Kebijakan Teknis

Paling sedikit empat kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah – masalah yang terjadi.

(1) Kunjungan I (6 – 8 jam setelah persalinan)

1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.
3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
4. Pemberian ASI awal.
5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

(2) Kunjungan II 6 hari setelah persalinan

1. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau,
2. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.

(3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)

(4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami.
2. Memberikan konseling untuk KB secara dini

5) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

(1) Perubahan Sistem Reproduksi

1. Involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah placenta lahir akibat kontraksi otot – otot uterus. Pada akhir kala III persalinan, uterus berada digaris tengah, kira – kira 2cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira-kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram.

Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama masa hamil. Pertumbuhan uterus pada masa prenatal tergantung pada hyperplasia, peningkatan jumlah sel – sel yang sudah ada. Pada masa post partum penurunan kadar hormon – hormon ini menyebabkan terjadinya *Autolysis*.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

a. Autolysis

Proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot uterine.

Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah

sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan. Sitoplasma sel yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

b. Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot – otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan bergenerasi menjadi endometrium yang baru (Ambarwati, 2010).

c. Efek Oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

2. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa / alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang anyir / amis seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

a. Loche Rubra / Merah (Kruenta)

Loche ini muncul pada hari ke - 1 sampai hari ke - 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa - sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

b. Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke - 4 sampai hari ke - 7 postpartum.

c. Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan / laserasi plasenta. Muncul pada hari ke - 7 sampai hari ke - 14 postpartum.

d. Lochea Alba / Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput ketuban, lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta* (Ambarwati, 2010).

3. Servik

Serviks mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam – hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang – kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga ada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2 – 3 jari, pada minggu keenam postpartum serviks menutup.

4. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap

dalam 6 - 8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke – 4.

5. Perineum

Latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya. Pengencangan ini sempurna pada akhir puerperium dengan latihan setiap hari (Ambarwati, 2010).

(2) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 – 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.

(3) Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang – kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala jann dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung

kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih dalam puerperium masih tertinggal urine residual (normalnya 15 cc). Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

(4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen retundum kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6 – 8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat – seratelastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu (Ambarwati, 2010).

(5) Perubahan Endokrin

1. Hormon Plasenta

Selama periode pascapartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon – hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Hormon Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam

hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum.

2. Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Ambarwati, 2010).

3. Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

4. Hipotalamik Pituitary Ovarium

Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk

wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama an ovulasi (Ambarwati, 2010).

(6) Perubahan Tanda – Tanda Vital

1. Suhu Badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahn postpartum yang tertunda. Sebagian wanita mungkin saja memiliki apa yang disebut bradikardi nifas (*puerperal bradycardia*). Hal ini terjadi segera setelah kelahiran dan bisa berlanjut sampai beberapa jam setelah kelahiran anak. Bradycardia semacam itu bukanlah indikasi adanya penyakit, akan tetapi sebagai satu tanda keadaan kesehatan.

3. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsia postpartum.

4. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Ambarwati, 2010).

(7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan entresi. Apabila ada persalinan pervagina hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi ginjal pada penderita vitium cordial (Ambarwati, 2010).

(8) Perubahan Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis

yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama (Ambarwati, 2010).

6) Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

(1) Gizi

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

1. Sumber tenaga (energi)

Terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu dan ubi. Sedangkan zat lemak dapat diperoleh dari hewani (lemak, mentega, keju) dan nabati (kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa, dan margarine).

2. Sumber Pembangun (Protein)

Dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu, dan keju) dan protein nabati (kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu dan tempe).

3. Sumber pengatur dan pelindung (Mineral, vitamin dan air)

Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah – buahan segar (Ambarwati, 2010).

(2) Ambulasi Dini

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

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

(3) Eliminasi

1) Miksi

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

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

2) Defekasi

Biasanya 2 – 3h hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka dibrikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga (Ambarwati, 2010).

(4) Kebersihan Diri

1. Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dapat dibersihkan secara rutin. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberi tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberi tahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini.

2. Perawatan Payudara

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- b. Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- c. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.

- d. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

(5) Istirahat

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

(6) Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3 – 4 minggu post partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh. Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri.

(7) Latihan Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah Senam Kegel. Senam Kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan

secara bergantian pada otot – otot dasar panggul. Senam Kegel mempunyai beberapa manfaat antar lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan haemorroid, meningkatkan pengendalian atas urin (Ambarwati, 2010).

(8) Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkan pada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Biasanya ibu postpartum tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, oleh karena itu Amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan (Ambarwati, 2010).

2.2 Managemen Kebidanan

2.2.1 Teori Manajemen Kebidanan menurut Hellen Varney

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan

baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga pemeriksaan pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti aturan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatakan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Varney, dalam bukunya, menjelaskan bahwa proses penyelesaian masalah merupakan salah satu teori yang dapat dipergunakan dalam manajemen kebidanan. Varney mengatakan bahwa seorang bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam melakukan analisis, bidan akan menemukan diagnosis atau masalah potensial ini. Kadangkala bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu dan mungkin juga melakukan kolaborasi konsultasi, bahkan mungkin harus segera merujuk klien.

Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu karangan lengkap yang dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

1) Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu, bisa terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkah kelima dan keenam (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah keempat untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

2) Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah sering menyertai diagnosis. Berikut daftar diagnosis kebidanan yang telah memenuhi standar nomenklatur, antara lain : Kehamilan normal, Partus normal, syok, Denyut Jantung Janin (DJJ) tidak normal, abortus, solusio plasenta, amnionitis, anemia berat, atonia uteri, postpartum normal, infeksi mammae, pembengkakan mammae, presentasi bokong, presentasi dagu, disporprosi kepala panggul (DKP), presentasi ganda, eklampsi, kehamilan ektopik, hidramnion, presentasi muka, persalinan semu, kematian janin,

haemorrhagic antepartum (HAP), haemorrhagic postpartum (HPP), inersia uteri, inversion uteri, bayi besar, mekonium, kehamilan ganda, partus macet, posisi oksipito posterior, posisi oksipito melintang, plasenta previa, pre-eklampsia berat (PEB), pre-eklampsia ringan (PER), ketuban pecah dini, partus prematurus, prolapsus tali pusat, partus fase laten lama, partus kala II lama, retensio plasenta, sisa plasenta, ruptur letak lintang, dan lain-lain.

3) Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

4) Langkah IV: Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodek atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama perempuan tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu persalinan. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat, di

mana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu). Dari data yang dikumpulkan akan menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter, misalnya prolaps tali pusat.

5) Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang baru serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6) Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

7) Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah.

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik (Asrinah, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Kehamilan, Persalinan, Nifas.

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

Subyektif

1. Identitas

Usia 25 – 30 tahun. Usia reproduksi sehat (Sulistyawati,2009).

2. Keluhan Utama

Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya : keputihan, sering buang air kecil/nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, dan edema dependen (Sulistyawati, 2009).

3. Riwayat Kebidanan:

a. Kunjungan :

Jumlah kunjungan cukup 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III (Asrinah, 2010)

b. Riwayat menstruasi :

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

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

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

Jumlah kehamilan, jumlah anak hidup, kelahiran premature, riwayat keguguran, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas (Indrayani, 2011)

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 (Sulastyowati, 2009).

b. Pergerakan anak pertama kali : pada primigravida gerakan janin terasa pada usia kehamilan 18-20 minggu, pada multigravida pergerakan janin terasa pada usia kehamilan 16-18 minggu (Medforth, 2011).

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 mendapat 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) (Asrinah, 2010).

6. Pola Kesehatan Fungsional

Selama Hamil

a) Pola Nutrisi :

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori, jumlah protein yang diperlukan adalah 85 gram per hari, Kebutuhan kalsium adalah 1,5 kg per hari, zat besi 30, asam folat yang

dibutuhkan sebesar 400 mikro gram per hari, dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) (Asrinah, 2010).

b) Pola Istirahat :

Istirahat malam 6-8 jam sehari. Istirahat siang 1-2 jam sehari (Sulistyawati, 2009).

c) Pola Ativitas :

Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan premature (Sulistyawati, 2009).

d) Pola Seksual :

Hubungan seksual normalnya aman dalam kehamilan, asalkan kedua pasangan menginginkannya dan hubungan seksual tersebut tidak menimbulkan ketidaknyamanan (Medforth, 2011).

e) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : pengobatan penyakit saat hamil harus selalu memerhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin. Kebiasaan merokok, minum alcohol, dan kecanduan narkotik secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan mental (Manuaba, 2010).

7. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :

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

8. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

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

9. Riwayat psiko-sosial-ekonomi

Status perkawinan, respon orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini, riwayat KB, dukungan keluarga, pengambil keputusan dalam keluarga, kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi dengan fokus 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).

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum pasien

b) Kesadaran : Composmentis, samnolen, apatis/lainnya

c) Tanda –tanda vital

a. Tekanan darah : dibawah 140/90 mmHg (Baety, 2012).

b. Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Ari Sulistyowati, 2009).

d) Antropometri

a. BB : kenaikan berat badan sekitar 6,5 sampai 15 kilogram selama hamil.

b. Tinggi Badan : > 145 cm (skor poedji Rohyati)

- c. Lingkar Lengan Atas : standart minimal untuk ukuran Lingkar Lengan Atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23.5 cm (Kusmiati, 2010).
- d. Taksiran persalinan : untuk mempehitungkan waktu kelahirn, dipakan rumus Naegle, yaitu hari pertama haid terakhir + 7, sedangkan bulannya + 9 (Manuaba, 2010).
- e. Usia Kehamilan : Rumus Mc.Donald yaitu Tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu. (Kusmiati, 2010).

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah :cloasma (perubahan warna wajah menjadi lebih gelap) terjadi pada 50% - 70% wanita.
- b. Dada :payudara, area pigmentasi sekitar putting menggelap.
- c. Abdomen :
 - Leopold I : menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus
 - Leopold II : menentukan batas samping rahim kanan-kiri, menentukan letak punggung janin.
 - Leopold III : menentukan bagian terbawah janin, apakah bagian terbawah janin sudah masuk atau masih goyang.
 - Leopold IV :menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh janin sudah masuk pintu atas panggul (Manuaba, 2010).

TFU Mc. Donald :diukur dengan menggunakan pita pengukur (metline)(Sulistyawati, 2009).

- d. Vulva : perlukaan perineum, varises, tanda Chadwick, penyakit daerah kulit (kondiloma akuminata, tampak leukore) (Manuaba, 2007).
- e. Ekstremitas : pemeriksaan ekstermitas atas untuk melihat adanya edema pada jari, Pemeriksaan ekstermitas bawah untuk melihat adanya edema pada pergelangan kaki dan pretibia, reflek tendon dalam pada kuadrisep(kedutan lutut (knee-jerk)), varises(Halen varney 2008).

3. Pemeriksaan Panggul

- a. Distancia Spinarum : 24-26 cm.
- b. Distancia cristarum : 28-30 cm
- c. Conjugata eksterna : 18-20 cm
- d. Lingkar panggul : 80-90 cm
- e. Distancia tuberum : 10,5 cm (Manuaba, 2007).

4. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah : Anemia jika Hb kurang dari 10 gr%.
- b. Urine : dalam keadaan normal jika albumin (-), reduksi (-) (Baety, 2012).

5. Pemeriksaan lain

USG : Penentuan umur kehamilan dengan Ultrasonografi (Manuaba, 2010)

2) Interpretasi Data Dasar

- a) Diagnosa : G PAPIAH, usia kehamilan dalam minggu, janin hidup/mati, tunggal/kembar, letak janin, intrauterine/ekstrauterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu (manuaba, 2010)
- b) Masalah : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak napas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki / vulva (Sulistyawati, 2009).
- c) Kebutuhan : KIE ketidaknyamanan normal yang dialami ibu

3) Antisipasi terhadap diagnosa dan masalah potensial.

Diagnosa atau masalah potensial yang mungkin dapat terjadi Misalnya kehamilan post date, sakit kepala hebat yang merupakan tanda dari preeklampsi, KPD (Feryanto, 2011).

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan.

5) Intervensi

Langkah-langkah pada proses perencanaan dan penatalaksanaan yaitu:

1. Tentukan normal tidaknya kehamilan dari data yang diperoleh
2. Bedakan antara ketidaknyamanan yang umum dialami pada saat hamil dan komplikasi yang mungkin terjadi
3. Identifikasi tanda dan gejala penyimpangan yang mungkin dari kondisi yang normal atau komplikasi

4. Penentuan kebutuhan untuk mengatasi ketidaknyamanan atau upaya terapi lain
5. Penentuan kebutuhan untuk memberi konseling khusus atau panduan antisipasi
6. Penjadwalan kunjungan ulang berikutnya

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

SUBYEKTIF

Keluhan Utama

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), Cairan lendir bercampur darah (“*show*”) melalui vagina (APN, 2008).

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Komposmetis
- c. Keadaan emosional : Kooperatif
- d. Tanda –tanda vital

Tekanan darah: dibawah 140/90 mmHg (Saifudin, 2004)

Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Sulistyowati, 2009).

2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen :

Leopold I : menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus

Leopold II : menentukan batas samping rahim kanan-kiri, menentukan letak punggung janin.

Leopold III : menentukan bagian terbawah janin, apakah bagian terbawah janin sudah masuk atau masih goyang.

Leopold IV :menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh janin sudah masuk pintu atas panggul (Manuaba, 2010).

TFU Mc. Donald : di ukur dengan menggunakan metline (Sulistyawati, 2009).

b. Vulva : perlukaan perineum, varises, tanda Chadwick, penyakit daerah kulit (kondiloma akuminata, tampak leukorea) (Manuaba, 2007).

c. Ekstremitas : cari adanya varises, edema, bekas luka (sulistyawati,2009).

3. Pemeriksian dalam : tentukan konsistensi portio, pembukaan serviks, air ketuban (utuh/pecah), presentasi dan posisi janin, penyusupan kepala janin / moulase, bagian terbawah janin (Nurasiah, 2012).

4. Pemeriksaan Laboratorium

a) Darah : Hb (Anemia jika Hb kurang dari 10 gr%).

b) Urine : albumin : (-) , Reduksi : (-) (Baety, 2012).

2) Interpretasi Data Dasar

- a) Diagnosa : G PAPIAH, usia kehamilan dalam minggu, janin hidup/mati, tunggal/kembar, letak janin, intrauterine/ekstrauterin, keadaan jalan lahir, keadaan kesehatan umum ibu (manuaba, 2010), inpartu kala I fase laten/aktif.
- b) Masalah : nyeri dan cemas karena proses persalinan
- c) Kebutuhan : Berikan asuhan sayang ibu.

3) Identifikasi terhadap diagnose dan masalah potensial

- 1. Potensial kala I lama
- 2. Potensial infeksi
- 3. Partus macet
- 4. Inersia uteri
- 5. Gawat janin

4) Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan

Kolaborasi dengan dokter

5) Intervensi

KALA I

Tujuan :Setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 14 jam (pada primigravida) dan \pm 11 jam (pada multigravida)(APN, 2008), diharapkan terjadi pembukaan lengkap

Kriteria Hasil :

- 1. k/u ibu & janin baik : TTV dalam batas, DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit) (APN, 2008).

2. His semakin adekuat dan teratur ($\geq 3x$ dalam 10 menit lama ≥ 40 detik)
3. terdapat penurunan kepala janin
4. terdapat pembuka dan penipisan serviks
5. pembukaan lengkap 10 cm eff 100 %
6. terdapat dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka.

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini

Rasionalisasi: penjelasan tentang keadaan pasien dapat mengurangi rasa cemas

2. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

Rasionalisasi : dengan mempersiapkan ruangan sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses persalinan

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

Rasionalisasi : dengan mempersiapkan peralatan, bahan-bahan, dan obat-obatan sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses kelahiran.

4. Beri asuhan sayang ibu

- 1) Berikan dukungan emosional

Rasionalisasi : keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh pada proses persalinan.

2) Atur posisi ibu

Rasionalisasi : meningkatkan relaksasi, posisi miring kiri menurunkan tekanan uterus pada vena cava, tetapi pengubahan posisi secara periodik mencegah iskemia jaringan atau kekakuan otot dan meningkatkan kenyamanan.

3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup

Rasionalisasi : pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan dapat membantu memperkuat tenaga ibu untuk mengejan.

4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih

Rasionalisasi : penurunan janin dapat diganggu bila kandung kemih distensi.

5) Lakukan pencegahan infeksi

Rasionalisasi : terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang.

5. Observasi kemajuan persalinan TTV, His, DJJ, dan Pembukaan.

Rasionalisasi : dengan dilakukannya observasi maka dapat mengetahui kemajuan persalinan dan kondisi ibu serta janinnya (APN, 2008).

KALA II

Tujuan :setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 2 jam (pada primigravid) dan \pm 1 jam (pada multigravida) diharapkan bayi lahir spontan.

Kriteria hasil :

- a. k/u ibu & janin baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah $<140/90$, Nadi 60-100 x/menit, Suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$, pernafasan 16-20x/menit) dan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
- b. Ibu kuat meneran
- c. Bayi lahir spontan B
- d. Tangis bayi kuat
- e. Bayi bergerak aktif
- f. Warna kulit kemerahan

Implementasi

Asuhan persalinan normal langkah 1 sampai langkah 27.

KALA III

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

Kriteria Hasil :

- a. Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta : uterus globuler dan TFU berkurang, tali pusat semakin panjang ada semburan darah tiba-tiba.
- b. Plasenta lahir lengkap
- c. Tidak terjadi perdarahan
- d. Kontraksi uterus baik

e. Kandung kemih kosong.

Implementasi.

Asuhan persalinan normal langkah 28 sampai 40

KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 2 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan.

Kriteria Hasil :

- a. k/u ibu baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah <140/90, Nadi 60-100 x/menit, Suhu 36,5-37,5⁰C, pernafasan 16-20x/menit)
- b. Uterus berkontraksi dengan baik
- c. Tidak terjadi perdarahan
- d. Dapat mobilisasi dini
- e. Kandung kemih kosong.

Implementasi

Asuhan persalinan normal langkah 41 sampai 58

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian

SUBYEKTIF

Keluhan Utama

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

OBJEKTIF

Riwayat persalinan :

IBU :

- a) Air ketuban : jumlah air ketuban normalnya 1-2 liter, (Dwi Mira, 2010 : 46).
- b) Kala III : lama < 30 menit
 - Plasenta :
 - 1. Maternal : Lengkap
 - 2. Fetal : Lengkap
 - 3. Berat : 500-600 gr, (Dwi Mira, 2010 : 47).
 - 4. Panjang tali pusat: 50-55 cm, (Dwi Mira, 2010 : 47).
 - 5. Insersi : di tengah (centralis), di tepi (parasentralis), di samping (lateralis), di selaput ketuban (valamentosa), (Dwi Mira, 2010).
 - 6. Perdarahan : < 500 cc

Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmetis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda –tanda vital

Tekanan darah : Tekanan darah <90/60 mmHg, jika denyut nadinya normal, tekanan darah seperti ini tidak jadi masalah (Nurasiah, 2012).

Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Ari Sulistyowati, 2009)

Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : Wajah tentukan ada atau tidanya kloasma gravidarum, edema wajah, keadaan selaput mata (pucat atau merah), serta keadaan lidah dan gigi (Firman, 2010).
- b. Dada : pemesaran, putting susu (menonjol/mendatar adakah nyeri dan lecet pada putting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal (Suherni, 2009).
- c. Abdomen : tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih kosong/penuh (Suherni, 2009).
- d. Genetalia : pengeluaran lochea (jenis mwarna, jumlah, bau), odem, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus (Suherni, 2009).
- e. Ekstremitas bawah : pergerakan, gumpalan darah pada otot kaki yang menyebabkan nyeri, edema, varises (Suherni, 2009).

Pemeriksaan Laboratorium

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

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH Post partumjam/hari ke.....

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

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

3) Mengantisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

HPP primer, HPP sekunder, Infeksi, Mastitis

4) Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan

5) Intervensi

Kunjungan I : 6-8 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 mulainya 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.

f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara pencegahan hipotermia.