

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai periode awal antepartum. Sebaiknya, periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal (Varney, 2007).

Kehamilan adalah masa mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, triwulan ke 3 dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2010).

2) Perubahan Fisiologi Pada Kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomamotropin, estrogen, dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh dibawah ini.

a) Sistem reproduksi

1. Uterus

Pada trimester III itmus menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah rahim yang tipis. Batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, di atas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada dinding SBR.

- a. 28 minggu fundus uteri terletak kira-kira tiga jari diatas perut atau $\frac{1}{3}$ jarak antara pusat ke *prosesus xifoideus* (25 cm).
- b. 32 minggu fundus uteri terletak kira-kira antara $\frac{1}{2}$ jarak pusat dan *prosesus xifoideus* (27 cm).
- c. 36 minggu fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah *prosesus xifoideus* (30 cm).
- d. 40 minggu fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah *prosesus xifoideus* (33 cm).

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan kontraksi semakin kuat sehingga sulit dibedakan dari kontraksi untuk memulai persalinan (Kusmiati, 2009).

2. Vagina

Trimester III estrogen menyebabkan perubahan pada lapisan otot dan epitelium. Lapisan otot membesar, vagina lebih elastis yang memungkinkan turunnya bagian bawah janin (Indrayani, 2011).

3. Payudara

Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif (Bobak, 2012).

Karena adanya peningkatan suplai darah di bawah pengaruh aktivitas hormon, jaringan glandular dari payudara membesar dan puting menjadi lebih efektif walaupun perubahan payudara dalam bentuk yang membesar terjadi pada waktu menjelang persalinan. Prolaktin merangsang produksi kolostrum dan air susu ibu (Nurul, 2012).

4. Sistem traktus uranius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali (Kusmiati, 2009).

5. Sistem respirasi

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas (Kusmiati, 2009).

6. Kenaikan berat badan

Kenaikan berat badan wanita hamil rata-rata 6,5-16 kg (Indrayani, 2011). Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sekitar 60 % kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan janin (Nurul, 2012).

7. Sistem Kardiovaskular

Trimester III volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam

pengenceran darah. Hemodilusi mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu, serum darah volume darah bertambah besar 25 sampai 30%. Selama kehamilan, dengan adanya peningkatan volume darah pada hampir semua organ dalam tubuh, terlihat adanya perubahan yang signifikan pada sistem kardiovaskuler.

1. Tekanan darah

Peningkatan volume darah bersamaan dengan distensi dari vena dan penambahan tekanan mekanik dari pembesaran uterus dapat menyebabkan oedema pada kaki, vulva dan anal, varises pada vena, dan haemorroid adalah hal yang umum ditemukan terutama pada trimester III.

2. Perubahan sistem kardiovaskular yang dirasakan ibu hamil

Trimester III

- a. Terjadi edema dependen kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah karena peningkatan permeabilitas kapiler dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik atau vena cava inferior.
- b. Haemorroid akibat tekanan uterus terhadap vena hemoroid
- c. Hipotensi supinasi karena terbloknnya aliran darah di vena cava inferior oleh uterus yang membesar apabila ibu pada posisi tidur terlentang.
- d. Varises pada kaki dan vulva karena kongesti vena bagian bawah meningkat sejalan tekanan karena pembesaran uterus dan kerapuhan jaringan elastis karena pengaruh hormon estrogen (Nurul, 2012)
- e. Pada kehamilan *uterus* menekan vena kava sehingga mengurangi darah vena yang akan kembali ke jantung. Curah jantung mengalami pengurangan sampai 25-30% dan tekanan darah bisa turun 10-15%

yang bisa menyebabkan pusing, mual dan muntah. vena kava menjadi distensi dan tekanan pada vena kaki, vulva, *rectum* dan pelvis, yang akan menyebabkan edema di bagian kaki, vena dan hemoroid (Asrinah, 2010).

8. Sistem Muskuloskeletal

Trimester III

Hormon progesteron dan hormon relaxing menyebabkan relaksasi jaringan ikat dan otot-otot. Hal ini terjadi maksimal terakhir kehamilan. Proses relaksasi ini memberikan kesempatan pada panggul untuk meningkatkan pada kapasitasnya sebagai proses persalinan, tulang pubik melunak menyerupai tulang sendi, sambungan sendi sacrococcigius mengendur membuat tulang coccigis bergeser kearah belakang sendi panggul yang tidak stabil. Pada ibu hamil, hal ini menyebabkan nyeri pinggang. Bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dan dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita. Ligamentum rotundum mengalami hipertropi dan mendapatkan tekanan dari uterus yang mengakibatkan rasa nyeri pada ligamentum (Nurul, 2012).

3) Perubahan dan Adaptasi Psikologi Dalam Masa Kehamilan

Pada Kehamilan Trimester III

Trimester ke ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau bayinya lahir dengan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap

melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasa merasa aneh atau jelek. Di samping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil (Asrinah, 2010).

4) Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Selama kehamilan, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologi dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang perempuan mengatakan betapa bahagianya dia akan menjadi seorang ibu, dan dia telah memilih sebuah nama untuk bayinya yang akan dilahirkan. Namun tidak jarang ada perempuan yang merasa khawatir kalau terjadi masalah dalam kehamilannya, khawatir akan kehilangan kecantikannya, atau khawatir kemungkinan bayinya tidak normal. Sebagai seorang bidan, anda harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu member dukungan dan memperhakan keprihatinannya, kekhawatiran dan pernyataan-pernyataan.

1. Dukungan keluarga
2. Dukungan dari tenaga Kesehatan
3. Rasa aman dan nyaman selama hamil
4. Persiapan menjadi orang tua
5. Persiapan saudara kandung (Asrinah, 2010)

5) Kebutuhan ibu hamil Trimester III

1. Kebutuhan Nutrisi

Diet makanan, kebutuhan makanan pada ibu hamil mutlak harus di penuhi, karena kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, inersia uteri, perdarahan pasca persalina, sepsis peurperalis, dan lain-lain. Sedangkan kelebihan makanan akan berakibat obesitas, pre-eklamsi, janin terlalu besar dan sebagainya (Sulistyawati, 2010). Dengan frekuensi 3x sehari dalam 1 piring terdiri dari nasi 1 piring sedang (100 gram) atau dapat ditukar dengan roti 3 potong sedang (70 gram), kentang 2 biji sedang (210 gram), kue kering 5 buah besar (50 gram), mi basah 2 gelas (200 gram), singkong 1 potong besar (210 gram), jagung biji 1 piring (125 gram), talas 1 potong besar (125 gram), ubi 1 biji sedang (135 gram). Sedangkan untuk ikan (40 gram) dapat ditukar dengan 1 potong kecil ikan asin (15 gram), 1 sendok makan teri kering (20 gram), 1 buah sedang hati ayam (30 gram), 1 butir telur ayam negeri (55 gram). Sayuran 1 mangkuk (100 gram), diantaranya buncis, kol, kangkung, wortel, kacang panjang, sawi, dan lainnya. Tempe 2 potong sedang (50 gram) dapat ditukar dengan tahu 1 potong besar (110 gram), 2 potong oncom kecil (40 gram). Susu sapi 1 gelas (200 cc) dapat ditukar dengan 4 sendok makan susu skim (20 gram), 2/3 gelas yogurt, 1 potong kecil keju (35 gram).

Agar perkembangan janin berjalan dengan baik, dan ibu hamil dapat menjalani hari – hari kehamilannya dengan sehat. Makanan yang dikonsumsi ibu hamil harus mengandung gizi sebagai berikut :

a. Kalori

Selama kehamilan terjadi peningkatan kalori sekitar 80.000 kkal sehingga dibutuhkan pertambahan kalori sebanyak 300 kkal/ hari. Makanan sumber kalori dapat diperoleh dari kentang, singkong, tepung, cereal, nasi, dan gandum.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 60 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang hijau 7,85 gram / 1 mangkok sedang) atau hewani (ayam (25,07 gram), 1 butir telur (7 gram), 2 potong sedang tempe (7 gr). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 800 mg. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah kacang kedelai rebus ½ cangkir (87 mg), bayam rebus ½ cangkir (138 mg). Jeruk 1 buah ukuran sedang (52 mg). Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

d. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 15 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Zat besi dapat diperoleh pada 1 cangkir cereal (8,1 mg), 1 cangkir bayam matang (3,2 mg), ½ cangkir kacang kedelai rebus (4,2 mg).

Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

e. 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 teh, coklat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarín) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta. (Asrinah , 2010).

2. Obat-Obatan

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

3. Lingkungan Yang Bersih

Salah satu pendukung untuk keberlangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar

kuman dan zat toksik yang berbahaya bagi ibu dan janin akan terminimalisasi (Sulistyawati, 2011).

4. Senam Hamil

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

5. Kebersihan Tubuh

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

6. Perawatan Payudara

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara yaitu hindari pemakaian bra yang terlalu ketat, bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat (Sulistyawati, 2011).

7. Kebutuhan Eliminasi

Pada wanita hamil mungkin terjadi obstipasi Karena kurang gerak badan, peristaltik menurun karena pengaruh hormon dan tekanan pada rectum oleh kepala.

Pada trimester I dan III biasanya ibu hamil mengalami frekuensi kencing yang meningkat dikarenakan Rahim yang membesar menekan kandung kemih

dan trimester III bagian janin sudah masuk rongga panggul sehingga rahim akan menekan kandung kemih (Indrayani, 2011)

8. Kebutuhan Istirahat

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, kerana istirahat dan tidur teratur meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan dan perkembangan tubuh janin. Tidur malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rilaks pada siang hari selama 1 jam (Kusmiyati, 2009).

9. Aktivitas sehari-hari

Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil adalah apakah aktivitasnya beresiko terhadap kehamilannya. Contoh aktivitas yang beresiko yaitu aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri terlalu lama sepanjang hari, mengangkat sesuatu yang berat, paparan terhadap suhu atau kelembapan ekstrim tinggi atau rendah, pekerjaan dengan radiasi. Nasihat yang penting disampaikan adalah bahwa ibu hamil tetap boleh bekerja melakukan aktivitas sehari-hari tetapi cermati apakah aktivitas tersebut beresiko terhadap kehamilan (Nurul, 2012).

10. Kebutuhan Seks

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan prematur dan aborsi ulang maka senggama bisa dilanjutkan dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut (Nurul, 2012).

11. Persiapan persalinan

- a. Persiapan persalinan adalah rencana tindakan yang akan dibuat oleh ibu, anggota keluarga dan bidan.

- b. Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

6) Ketidaknyamanan dan cara mengatasi pada kehamilan TM III

1. Keputihan

Dasar anatomis dan fisiologis peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen.

Cara meringankan atau mencegah meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun bukan nilon.

2. Sering buang air kencing (*nocturia*)

Dasar anatomis dan fisiologis tekanan uterus pada kandung kemih, air dan sodium tertahan di bawah tungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkatkan dengan akibat peningkatan dalam jumlah output air seni.

Cara meringankan atau mencegah kosongkan saat terasa dorongan untuk kencing, batasi minum bahan diuretika alamiah : kopi, teh, cola dengan kafein.

3. Hemoroid

Dasar anatomis dan fisiologis konstipasi, tekanan yang meningkat dari uterus gravid terhadap vena hemoroida.

Cara meringankan atau mencegah hidari konstipasi, makan makanan yang berserat.

4. Konstipasi

Dasar anatomis dan fisiologis peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus jadi lambat, tekanan dari uterus yang membesar pada vagina.

Cara meringankan atau mencegah minum cairan dingin/panas (ketika perut kosong), membiasakan buang air secara teratur, BAB segera jika ada dorongan.

5. Sesak napas

Dasar anatomis dan fisiologis uterus membesar sehingga menekan diafragma.

Cara meringankan atau mencegah dorongan agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika hiperventilasi, latihan nafaas melalui senam hamil.

6. Pusing

Dasar anatomis dan fisiologis hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis, penumpukan pembuluh darah di dalam tungkai, yang mengurangi aliran balik vena dan mengurangi *output cardiac* serta tekanan darah dengan tegangan othostatis yang meningkat.

Cara meringankan atau mencegah bangun secara perlahan dari posisi istirahat, hindari berbaring dalam posisi terlentang terlalu lama (lebih dari 10 menit), konsultasi/periksa untuk rasa sakit yang terus menerus.

7. Nyeri ligamentum rotundum

Dasar anatomis dan fisiologis hipertrofi dan peregangan legamentum selama kehamilan, tekanan dari uterus pada ligamentum.

Cara meringankan atau mencegah tekuk lutut kearah abdomen, topang uterrus dengan bantal dibwaeahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring (Kusmiyati, 2009).

8. Edema di mata kaki (bukan *pitting*) sampai tungkai

Edema menjadi lebih berat bila berdiri lama, duduk, postur buruk, kurang latihan pakaian ketat.

Cara meringankan atau mencegah banyak minum air untuk memperoleh efek diuretik alami ; kenakan kaos kaki penopang sebelum bangkit; istirahat secara periodik dengan tungkai dan pinggang ditinggikan (Bobak, 2012) .

9. Bayi kurang bergerak seperti biasa

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

7) Edukasi Kesehatan pada Ibu Hamil

Tidak semuanya ibu hamil dan keluarga mendapatkan pendidikan dan konseling kesehatan reproduksi, terutama tentang kehamilan dan upaya untuk menjaga agar kehamilan tetap sehat dan berkualitas. Kunjungan antenatal memberi kesempatan pada petugas kesehatan untuk memberikan informasi kesehatan esensial bagi ibu hamil dan keluarga termasuk rencana persalinan dan cara merawat bayi. Beberapa informasi penting diantaranya.

1. Nutrisi yang adekuat
2. Perawatan payudara
3. Perawatan gigi
4. Kebersihan tubuh dan pakaian (Prawihardjo, 2008)

8) Standar asuhan kehamilan

1. Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan motivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur.

2. Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal care sedikitnya 4 kali pelayanan kehamilan :

- a. Satu kali pada TM I (Usia kehamilan 0-12 minggu)
- b. Satu kali pada TM II (Usia kehamilan 14-27 minggu)
- c. Dua kali pada TM III (Usia kehamilan 28-40 minggu)

Pemeriksaan meliputi : anamnesis dan pemeriksaan ibu dan janin, mengenal kehamilan resiko tinggi, imunisasi, nasihat penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat untuk merujuk.

3. Standar 5 : Palpasi abdominal

4. Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

5. Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

6. Standar 8 : Persiapan persalinan, memberikan saran pada ibu hamil, suami dan keluarga untuk memastikan persiapan persalinan bersih dan aman, persiapan transportasi, serta biayanya (Nurul, 2012).

Dalam pelayanan/asuhan kebidanan standar minimal yang harus dilaksanakan termasuk 7 T :

- (1) Timbang berat badan

Kenaikan BB wanita hamil rata-rata 6,5-16 kg (anjuran kenaikan BB disesuaikan dengan Indeks Massa Tubuh).

(2) Ukur Tekanan darah

Tekanan darah harus diperiksa secara tepat dan benar. Posisi ibu saat dilakukan pemeriksaan sebaiknya posisi tidur (setengah duduk/semi fowler).

Normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklamsi.

(3) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Mengukur TFU bisa menggunakan jari pada kehamilan <22 minggu dan menggunakan sentimeter pada kehamilan ≥ 22 minggu (Mc.Donald)(Indrayani, 2011).

Menggunakan rumus *Mc.Donald* :

a. Tentukan TFU

b. Untuk mengukur tafsiran berat janin dalam gram perlu mengetahui kepala janin sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya :

$$(\text{TFU dalam cm} - n) \times 155 = \dots\dots \text{ gram}$$

n = posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau di bawah. Bila di atas -12, bila sudah di bawah -11(Nurul, 2012).

(4) Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Imunisasi TT yang diberikan kepada ibu hamil sangat bermanfaat untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Program imunisasi TT

Tabel 2.1 Jadwal imunisasi dan lama perlindungan

Antigen	Interval (Selang waktu minimal)	Lama perlindungan	% Perlindungan
TT I	Pada kunjungan antenatal	-	-

TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber : Indrayani, 2011

Keterangan : Artinya dalam waktu tiga tahun WUS (wanita usia subur) tersebut melahirkan maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari tetanus neonatorum.

(5) Pemberian tablet zat besi

Tiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing-masing 90 tablet besi. Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersamaan teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan (Indrayani, 2011).

(6) Test terhadap Penyakit Menular Seksual (PMS)

Wanita termasuk yang sedang hamil merupakan kelompok resiko tinggi terhadap PMS. PMS dapat menimbulkan morbiditas dan mortalitas terhadap ibu maupun janin yang dikandung (Indrayani, 2011).

(7) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

Dalam temu wicara untuk persiapan rujukan ini melibatkan ibu, suami, keluarga dan masyarakat (Indrayani, 2011).

9) Pemeriksaan Fisik Kehamilan Dengan Kunjungan Ulang

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil digunakan untuk mengetahui kondisi pasien secara menyeluruh dari kepala sampai kaki. Langkah – langkah pemeriksaan fisik sebaiknya secara sistemis. Di awali dari :

1. Keadaan umum pasien : baik, cukup, atau lemah.

2. Kesadaran : compos mentis, somnolen, apatis, atau lainnya.
3. Tanda – tanda vital normalnya : pernafasan 16 – 24x/menit, nadi 80 – 100 x/menit, suhu 36,5 °C – 37,5 °C, tekanan darah 110/70 mmHg – 130/90. Adanya kenaikan sistolik melebihi 30 mmHg, dan kenaikan diastol 15 mmHg atau tekanan darah melebihi 140/90 mmHg harus diwaspadai sebab keadaan ini merupakan salah satu gejala pre eklmsia.
4. Pengukuran berat badan
Berat badan ibu hamil perlu dikontrol secara teratur paling tidak setiap kali kunjungan pemeriksaan kehamilan. Kenaikan berat badan wanita hamil rata-rata 6,5-16 kg. Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu
5. Pemeriksaan Head To Toe
Pemeriksaan tidak hanya dilakukan secara pandang tetapi sekaligus dengan rabaan, pemeriksaan diawali dari :
 - a. Wajah : oedema pada wajah dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki. Pucat disebabkan timbul anemia karena difisiensi zat besi (pondokiklan, 2010). Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi pada dahi, pipi, hidung dikenal sebagai cloasma gravidarum (Kusmiyati, 2010).
 - b. Mata : konjungtiva pucat bisa disebabkan karena anemia kehamilan. Sclera kuning bisa dikarenakan adanya kelainan hepar.

- c. Mulut dan gigi : gingivitis disebabkan peningkatan vaskularitas dan provesi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen (Bobak, 2012).
- d. Dada : sesak nafas bisa dilihat adanya retraksi dada akibat ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar (Bobak, 2012). Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara pada TM III (Depkes, 2002).
- e. Mamae : puting susu menonjol, kolostrum hyperpigmentasi areola dan papila mamae dengan pemijatan colostrum keluar pada TM III (Depkes, 2002).
- f. Abdomen: mengetahui TFU dan perkembangan janin, apabila tinggi fundus uteri 3 -4 cm lebih kecil dari pada usia gestasi dalam minggu, uterus disebut “kecil untuk usia gestasi”. Adanya luka bekas operasi bisa disebabkan komplikasi yang lalu (Artikel gizi dan kesehatan kehamilan, 2010).

Palpasi leopold :

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

pemeriksaan palpasi Leopold terhadap presentasi dan posisi janin dalam kandungan. Normalnya 120 – 160 x/menit.

g. Genitalia eksterna dan anus

Oedema pada vulva sebagai bengkakan lokal atau bagian dari edema umum pada malnutrisi atau preeklamsia (Mayuputri, 2012). Varises pada kehamilan karena reaksi sistem vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid. Apabila pecah akan berakibat fatal (Mayuputri, 2012).

h. Ekstremitas atas dan bawah : oedema bisa disebabkan karena tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki (Pondokiklan, 2010). Varises karena reaksi sistem vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid (Mayuputri, 2012). Reflek terutama lutut, reflek lutut negative bisa dikarenakan penyakit urat saraf (Pondokiklan, 2010).

6. Pemeriksaan panggul luar

Dilakukan pelvimetris klinis pada akhir trimester III jika panggul perlu dievaluasi kembali. Normalnya yaitu : distancia spinarum 23 – 26 cm, distancia cristarum 26 – 29 cm, conjugata eksterna 18 – 20 cm, lingkaran panggul 80 – 90 cm, distancia tuberum 10,5 - 11 cm, lingkaran panggul 80-90 cm (Beaty, 2012).

7. Pemeriksaan laboratorium

- a) Pemeriksaan urine urine meliputi pemeriksaan protein untuk mengetahui adanya gejala preeklamsia yaitu komplikasi kehamilan yang umumnya ditandai oleh peningkatan TD dan odema kaki (artikel gizi, 2010). Adanya glucose dalam urine wanita hamil harus dianggap sebagai gejala penyakit diabetes kecuali kalau dapat membuktikan bahwa hal lain yang menyebabkan (pondokiklan, 2010).
- b). Pemeriksaan Hb sekali 3 bulan karena pada orang hamil sering timbul anemia karena defisiensi Fe (pondokiklan, 2010).

10) Penanganan kehamilan normal

Tabel 2.2 Pada setiap kali kunjungan antenatal, perlu didapatkan informasi yang sangat penting

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
Trimester ketiga	Antara 28-36 minggu dan setelah 36 minggu	<p>a. Membangun hubungan yang saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil</p> <p>b. Mendeteksi masalah dan cara menanganinya</p> <p>c. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus noanatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan</p> <p>d. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi</p> <p>e. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)</p> <p>f. Kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema,periksa untuk mengetahui preteiuria)</p> <p>g. Palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda</p> <p>h. Deteksi letak bayo yang tidak normal,</p>

		atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit
--	--	--

Sumber :Saifuddin, 2002

Untuk mendapatkan semua informasi yang diperlukan, sehubungan dengan hal-hal di atas, petugas kesehatan akan memberikan asuhan antenatal yang baik dengan langkah-langkah sebagai berikut.

- (1) Sapa ibu (dan juga keluarganya) dan membuatnya merasa nyaman
- (2) Mendapatkan riwayat kehamilan ibu dan mendengarkan dengan teliti apa yang diceritakan ibu
- (3) Melakukan pemeriksaan fisik seperlunya saja
- (4) Melakukan pemeriksaan laboratorium
- (5) Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk menilai apakah kehamilannya normal :
 - a) tekanan darah di bawah 140/90
 - b) edema hanya di ekstremitas
 - c) tinggi fundus dalam cm atau menggunakan jari-jari tangan sesuai dengan usia kehamilan
 - d) Denyut jantung janin 120 sampai 160 denyut per menit
 - e) Gerakan janin terasa setelah 10-20 minggu hingga melahirkan
- (6) Membantu ibu dan keluarga untuk mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan keadaan darurat :
 - a) Bekerja sama dengan ibu, keluarganya serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk : mengidentifikasi penolong dan tempat bersalin serta perencanaan tabungan untuk

mempersiapkan biaya tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan

b) Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk :

1. Mengidentifikasi ke mana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut
2. Mempersiapkan donor darah
3. Mengadakan persiapan finansial
4. Mengidentifikasi pembuatan keputusan kedua jika pembuatan keputusan pertama tidak ada ditempat

(7) Memberikan konseling :

- a) Gizi : peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang)
- b) Latihan : Normal tidak berlebihan, istirahat jika lelah
- c) Perubahan fisiologis : tambah berat badan, perubahan payudara, tingkat tenaga yang bisa menurun, rasa panas dan atau farises, hubungan suami istri boleh dilanjutkan selama kehamilan
- d) Menasehati ibu untuk mencari pertolongan segera jika ia mendapati tanda-tanda bahaya berikut :
 1. Perdarahan pervaginam
 2. Sakit kepala lebih dari biasa
 3. Gangguan penglihatan
 4. Pembengkakan pada wajah/tangan

5. Nyeri abdomen (epigastrik)
 6. Janin tidak bergerak seperti biasanya.
- e) Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman di rumah :
1. Sabun dan air
 2. Handuk dan selimut bersih untuk bayi
 3. Makanan dan minumann untuk ibu selama persalinan
 4. Mendiskusikan praktik-praktik tradisional, posisi melahirkan
 5. Mengidentifikasi siapa yang dapat membantu bidan selama persalinan
- f) Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dan dikeringkan
- g) Menjelaskan cara merawat payudara terutama pada ibu yang mempunyai puting susu rata atau masuk ke dalam. Dilakukan 2 kali sehari selama 5 menit
- (8) Memberikan zat besi 90 hari mulai minggu ke 20
- (9) Memberikan imunisasi TT 0,5 cc, jika sebelumnya telah mendapatkan
- (10) Menjadwalkan kunjungan berikutnya
- (11) Mendokumentasikan kunjungan tersebut (*Saifuddin, 2002*)

11) Pendekatan Resiko untuk Ibu Hamil

1. Primi Muda

Ibu hamil pertama pada umur >16 tahun, rahim dan panggul ibu seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya di ragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu, mental ibu

belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain: bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir, dan perdarahan dapat terjadi sesudah bayi lahir. Kebutuhan pertolongan medic, bila terdapat kelainan yaitu: janin tidak dapat lahir normal, biasa dengan tenaga ibu sendiri, persalinan membutuhkan tindakan, kemungkinan operasi sesar, dan bayi yang lahir kurang bulan membutuhkan perawatan khusus.

2. Primi Tua, Lama Perkawinan > dari 4 tahun

Ibu hamil pertama setelah menikah 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa yaitu suami istri tinggal satu rumah dan suami istri tidak sering keluar kota, dan tidak memakai alat kontrasepsi (KB). Keluarga sangat mendambakan anak bayi dengan nilai sosial tinggi (anak mahal). Bahaya nya yang mungkin dsapat terjadi pada primi tua adalah : selama hamil dapat timbul masalah, faktor resiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya preeclampsia dan persalinan tidak lancar. Kebutuhan pertolongan medic yaitu perawatan antenatal yang teratur, melakukan rujukan kehamilan dan bila memberi pengobatan, dan pengamatan persalinan ketat terhadap adanya gawat janin, 1 jam bayi tidak lahir, dilakukan tindakan atau operasi sesar.

3. Primi Tua pada Umur ibu > dari 35 tahun

Ibu yang hamil pertama pada umur > dari 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet, dan perdarahan. Bahaya yang dapat terjadi antara lain : Hipertensi, pre-eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan macet

tidak lancar, perdarahan setelah bayi lahir, dan bayi lahir dengan berat badan rendah, kebutuhan pertolongan medik yaitu : perawatan kehamilan, yang teratur agar dapat ditemukan penyakit-penyakit pada ibu secara dini dan pertolongan persalinan ada kemungkinan ditolong dengan tindakan atau operasi sesar.

4. Anak terkecil Umur < 2 tahun

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

5. Primi Tua Sekunder

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

6. Grande Multi

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

7. Umur 35 tahun atau lebih

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

8. Tinggi Badan 145 cm atau kurang

Terdapat 3 batasan dalam kelompok resiko ini

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

- c. ibu hamil ,kehamilan seblumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah < 2500 gram.

9. Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)

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

10. Persalinan yang Lalu dengan Tindakan

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

11. Bekas Operasi Sesar

Ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu, pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas lupa operasi. Bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek

pada kehamilan atau persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim. Keadaan ini dapat terjadi pada operasi sesar klasik (corporil), yaitu rahim ,tetap tidak pada bagian bawah dari rahim (Poedji Rochjati, 2003).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1) Definisi Persalinan

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

Persalinan adalah di mana proses di mana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan di anggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya placenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. (APN, 2008).

2) Proses Terjadi Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui secara pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kekuatan terjadinya His. Perlu diketahui bahwa ada 2 hormon yang dominan pada saat hamil, yaitu :

1. Esterogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim, memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

2. Progesterone yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Esterogen dan progesterone terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin yang di keluarkan melalui hipofisis pars posterior dapat menimbulkan bentuk kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks. Kontraksi Braxton hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua usia kehamilan frekuensi kontraksi semakin sering.

Teori kemungkinan terjadinya proses persalinan :

1. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat di mulai .

2. Teori Penurunan Progesteron

Proses penuasaan placenta terjadi pada saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

3. Teori Oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, Sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Dengan menurunnya

konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi di keluarkan. Prostaglandin dianggap dapat memicu terjadinya persalinan.

5. Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan ansefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin 1973. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinaan dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-hipofisis dengan mulainya persalinan. Grandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan (Candranita, 2010).

3) Permulaan Terjadi Persalinan

Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot rahim menyebabkan:

1. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, diatas simbisi pubis dan ingin sering berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
2. Perut lebih melebar karena fundus uteri turun.

3. Muncul saat nyeri didaerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus frankenhauser yang terletak sekitar serviks(tanda persalinan palsu).
4. Terjadi penurunan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim.
5. Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

Faktor-faktor penting dalam persalinan adalah *power* (his atau kontraksi otot rahim, kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, keregangan dan kontraksi ligamentum rotundum), *pasanger* (janin dan placenta), *pasange* (jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang).

Dalam persalinan, masih terdapat subfaktor yang, mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat terjadi kemungkinan persalinan yang berlangsung dengan kekuatan sendiri yang disebut dengan persalinan eutosia dan persalinan yang berlangsung dengan menyimpang yang berasal dari kekuatan sendiri yang disebut persalinan distosia.

Persalinan letak belakang kepala dan berlangsung spontan terjadi paling banyak. Persalinan di Indonesia terutama dipedesaan sebagian besar ditolong oleh tenaga nonmedis yang disertai berbagai penyulit sampai kematian. Penyebab kematian ibu adalah perdarahaan, infeksi, gestosis preeklamsia dan eklamsia (Candranita, 2010).

4) Kekuatan Yang Mendorong Janin Dalam Persalinan

Seperti diketahui bahwa otot rahim terdiri dari tiga lapis yang teranyam dengan sempurna, yaitu lapisan otot longitudinal dibagian luar, lapisan otot sikuler dibagian dalam, dan lapisan otot menyilang dan diantara keduanya.

Dengan susunan demikian, pembuluh darah yang terdapat diantara otot rahim akan tertutup rapat saat kontraksi postpartum sehingga mencegah perdarahan.

Pada saat inpartu, perlu dilakukan observasi yang sesama karena tertutupnya pembuluh darah mengurangi oksigen keperedaran darah retroplasenter, sehingga dapat menimbulkan asfiksia intrauterin. Dengan demikian pengawasan dan pemeriksaan denyut janin segera setelah kontraksi rahim, terutama pada saat kala-II (persalinan), sangat penting sehingga ddengan cepat dapat diketahui terjadinya asfiksia janin. Kontraksi otot rahim bersifat otonom, artinya dapat dikendalikan oleh parturien, sedangkan serat saraf simpatis dan parasimpatis hanya bersifat koordinasi.

Aktifitas kontraksi rahim (His) mempunyai cirri khas sebagai berikut.

Saat hamil. Perubahan perimbangan esterogen dan progesterone menimbulkan kontraksi otot rahim dengan sifat tidak teratur dan menyeluruh, tidak nyeri, dan kekuatan 5 mmHg yang disebut kontraksi Braxton Hicks akan menjadi kekuatan His dalam persalinan (Candranita, 2010).

5) 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) (APN, 2008).

6) Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

a) Membuat Keputusan Klinik

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.

b) Asuhan Sayang Ibu

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Berapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan 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.

b) 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.

c) Pencatatan (Dokumentasi)

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 tolak ukur 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.

(e) 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) :Bawa obat – obatan esensial padasaat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.
- K (Kendaraan) :Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
- U (Uang) :Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup mem beli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan

kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan (APN, 2008).

7) Data Dasar Untuk Kala I Persalinan

Komponen data dasar untuk menentukan kesejahteraan ibu dan janin selama kala I persalinan adalah sebagai berikut :

1. Evaluasi terus-menerus terhadap semua temuan signifikan yang yang di peroleh dari riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pelvis dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan selama evaluasi awal terhadap ibu dan janin dalam persalinan.
2. Evaluasi kemajuan persalinan
3. Evaluasi perilaku wanita dan responnya terhadap persalinan dan orang terdekat wanita tersebut.
4. Perilaku terus-menerus terhadap kenormalan presentasi janin, posisi dan adaptasi janin terhadap pelvis.
5. Evaluasi denyut jantung janin.
6. Evaluasi perubahan fisiologis ibu.
7. Penapisan terus-menerus terhadap tanda dan gejala komplikasi obstetric dan kesejahteraan janin yang meragukan.

8) Batasan Persalinan

1. Kala I Persalinan

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

1. Fase Laten pada Kala I Persalinan

- (a) Di mulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- (b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4cm.
- (c) Pada umumnya fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam.

2. Fase Aktif pada Kala I persalinan

- (a) Frekuensi dan kontraksi lama uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3x atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- (b) Dari pembukaan 4cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm perjam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- (c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (APN, 2008)

9) Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Ibu Bersalin

1. Anamnesis

Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan. Informasi ini digunakan dalam proses pembuatan keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai.

Tanyakan pada Ibu :

1. Nama, umur dan alamat
2. Gravida dan Para
3. Hari pertama haid terakhir
4. Kapan bayi akan lahir (menurut tafsiran ibu)
5. Riwayat alergi obat-obatan tertentu

6. Riwayat kehamilan yang sekarang
7. Riwayat kehamilan yang sebelumnya
8. Riwayat medis lainnya (masalah pernafasan, hipertensi, gangguan jantung, berkemih, dll)
9. Masalah Medis saat ini (sakit kepala, gangguan penglihatan, pusing dan nyeri epigastrium bagian atas), jika ada periksa tekanan darah dan protein dalam urin ibu.
10. Pertanyaan tentang hal-hal yang belum jelas atau berbagai bentuk kekhawatiran lainnya.

Dokumentasikan semua temuan. Detelah anamnesis lengkap, lakukan pemeriksaan fisik (APN, 2008)

a. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan abdomen di gunakan untuk :

1) Menentukan Tinggi Fundus

Pastikan pengukuran pada saat uterus tidak sedang berkontraksi menggunakan pita pengukur. Ibu dengan posisi setengah duduk dan menempelkan ujung pita (posisi melebar) mulai dari tepi atas simpisis pubis, kemudian rentangkan pita mengikuti aksis/linea mediana dinding depan abdomen hingga ke puncak fundus uteri adalah tinggi fundus.

2) Memantau Kontraksi Uterus

Gunakan jarum detik yang ada pada jarum dinding atau jam tangan untuk memantau kontraksi uterus. Secara hati-hati, letakkan tangan penolong di atas uterus dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit.

Tentukan durasi dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Diantara 2 kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus.

3) Memantau Denyut Jantung Janin

Gunakan Fetoskop Pinnards atau Dopler untuk mendengar denyut jantung janin (DJJ) dalam rahim ibu dan untuk menghitung jumlah denyut jantung permenit. Tentukan titik tertentu pada dinding abdomen ibu dimana suara DJJ terdengar paling kuat.

Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit.

4) Menentukan Presentasi

Untuk menentukan presentasi baya (bagian terendah) bayi :

- a. Berdiri di samping ibu dan menghadap kearah kepala ibu (meminta ibu mengangkat tungkai atas dan menekukkan lutut).
- b. Untuk menentukan apakah presentasi adalah kepala atau bokong maka perhatikan dan pertimbangkan bentuk, ukuran, kepadatan bagian tersebut. Bagian berbentuk bulat teraba keras, berbatas tegas dan mudah digerakkan (bila belum masuk rongga panggul) biasanya kepala. Jika bentuknya kurang tegas, teraba kenyal dan relative lebih besar, dan sulit terpegang secara mantap, maka bagian tersebut biasanya bokong. Istilah sungsang digunakan untuk menunjukkan bahwa bagian terbawah adalah kebalikan dari kepala atau diidentikkan sebagai bokong.
- c. Dengan ibu jari dan jari-jari tengah dari satu tangan (hati-hati tapi mantap) pegang bagian bawah janin yang mengisi bagian bawah abdomen (diatas

symphysis pubis) ibu. Bagian yang berada diantara ibu jari dan jari tengah penolong adalah petunjuk presentasi bayi.

- d. Jika bagian bawah janin belum masuk ke dalam rongga panggul maka bagian tersebut masih dapat digerakkan. Jika telah memasuki rongga panggul maka bagian terbawah janin sillit atau tidak dapat di gerakkan lagi.

5) Menentukan Penurunan Bagian Terbawah Janin

Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlimaan) adalah :

- a. 5/5 Jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
- b. 4/5 Jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- c. 3/5 Jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- d. 2/5 Jika sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan (3/5) bagian terendah telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- e. 1/5 Jika hanya 1 dari 5 jari masih tetap meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- f. 0/5 Jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

2. Pemeriksaan Dalam

Langkah-langkah dalam pemeriksaan dalam termasuk :

- 1) Tutupi badan ibu sebanyak mungkin dengan sarung atau selimut.
- 2) Minta ibu berbaring terlentang dengan lutut ditekuk dan paha dibentangkan (mungkin akan membantu jika ibu menempelkan kedua kakinya satu sama lain).

- 3) Gunakan sarung tangan DTT/steril saat melakukan pemeriksaan.
- 4) Gunakan kasa atau kapas gulungan kapas DTT yang dicelupkan kedalam air DTT/larutan antiseptic. Basuh labia secara hati-hati, seka dari depan ke belakang untuk menghindarkan kontaminasi feses atau tinja.
- 5) Pemeriksaan genetalia eksterna, perhatikan apakah ada luka dan massa (benjolan) termasuk kandiloma, varikosis vulva dan rectum, atau luka parut di perineum.
- 6) Nilai cairan vagina dan tentukan apakah ada bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :
 - a. Jika ada perdarahan pervaginam, jangan dilakukan pemeriksaan dalam.
 - b. Jika ketuban sudah pecah, lihat warna dan bau air ketuban, jika terlihat pewarnaan mekonium, nilai apakah kental atau encer dan periksa DJJ.
 - i. Jika mekonium encer dan DJJ normal, teruskan pemantauan DJJ secara seksama menurut petunjuk pada partograf. Jika ada tanda-tanda ada gawat janin segera persiapkan rujukan.
 - ii. Jika mekonium kental, nilai DJJ dan rujuk segera.
 - iii. Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi infeksi.
- 7) Dengan hati-hati pisahkan labium mayus dengan jari manis dan ibu jari (gunakan sarung tangan pemeriksa). Masukkan (hati-hati) jari telunjuk yang diikuti oleh ibu jari tengah. Jangan mengeluarkan ibu jari sebelum pemeriksaan selesai dilakukan. Jika selaput ketuban belum pecah, jangan melakukan tindakan amniotomi (merobeknya).
- 8) Nilai vagina, luka parut di vagina mengindikasikan adanya robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya.

- 9) Nilai pembukaan dan penipisan serviks.
- 10) Pastikan talipusat dan atau bagian terkecil janin (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika teraba maka ikuti langkah-langkah gawat darurat dan segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang sesuai.
- 11) Nilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Bandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (perliaman) untuk memantau kemajuan persalinan.
- 12) Jika bagian terbawah adalah kepala, pastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.
- 13) Jika pemeriksaan sudah lengkap, keluarkan kedua jari pemeriksaan (hati-hati), celupkan sarung tangan ke dalam larutan untuk dekontaminasi, lepaskan kedua sarung tangan tadi secara terbalik dan rendam ke dalam larutan dekontaminasi selama 10 menit.
- 14) Cuci kedua tangan dan segera keringkan dengan handuk yang bersih dan kering.
- 15) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang lebih nyaman.
- 16) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

3. Mencatat dan Mengkaji Hasil Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Ketika anamnesis dan pemeriksaan telah lengkap :

1. Catatan semua hasil temuan anamnesis dan pemeriksaan fisik secara teliti dan lengkap.

2. Gunakan informasi yang ada untuk menentukan apakah ibu sudah inpartu, tahapan dan fase persalinan. Jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm, berarti ibu masih dalam fase laten kala satu persalinan dan perlu penilaian ulang 4 jam kemudian. Jika pembukaan telah mencapai atau lebih dari 4 cm, maka ibu berada di fase aktif kala 1 persalinan, sehingga perlu di pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf.
3. Tentukan ada tidaknya masalah atau penyulit yang harus ditatalaksana secara khusus.
4. Setiap kali selesai melakukan penilaian, lakukan kajian yang terkumpul, dan buat diagnosis berdasarkan informasi tersebut. Susun rencana asuhan pelaksanaan asuhan ibu bersalin. Penatalaksanaan harus didasarkan pada kajian hasil temuan dan diagnosis.
5. Jelaskan temuan, diagnosis dan rencana penatalaksanaan kepada ibu dan keluarganya sehingga mereka mengerti tentang tujuan asuhan yang akan diberikan.

4. Pengenalan Dini Terhadap Masalah dan Penyulit

Pada saat pemberian asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Ingat bahwa penundaan pemberian asuhan kegawat darurat akan meningkatkan resiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Langkah dan tindakan yang akan dipilih sebaiknya akan memberikan manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung amat lancar dan sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan (APN, 2008)

Rujuk Ibu :

Apabila didapat salah satu atau lebih penyulit seperti berikut :

1. Riwayat bedah sesar
2. Perdarahan pervaginam
3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
4. Ketuban pecah ditandai dengan mekonium kental
5. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia
9. Tanda/gejala infeksi
10. Pre-eklamsia/hipertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primipara dalam fase aktif kala 1 dalam persalinan dan kepala janin masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi ganda (majemuk)
16. Kehamilan ganda atau gemeli
17. Tali pusat menumbung
18. Syok (APN, 2008)

10) Persiapan Asuhan Persalinan

1. Mempersiapkan ruangan untuk Persalinan dan Kelahiran bayi

Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi di rumah (rumah ibu atau kerabat), di tempat bidan, Puskesmas, Polindes atau Rumah Sakit. Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai. Laksanakan upaya pencegahan infeksi (PI) sesuai dengan standart yang telah ditetapkan.

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

Pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan serta dalam keadaan yang siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi. Jika tempat persalinan dan kelahiran bayi akan terjadi jauh dari fasilitas kesehatan, bawalah semua keperluan tersebut ke lokasi persalinan. Ketidak mampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jika mereka.

3. Persiapan Rujukan

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatann untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan atau bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertkan dokumentasi tertulis semua asuhan/perawatan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

4. Memberikan Asuhan Sayang Ibu

1. Memberikan dukungan emosional
2. Membantu mengatur posisi ibu
3. Memberikan cairan dan nutrisi
4. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur

5. Pencegahan infeksi (APN, 2008)

11) Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

1. Pencatatan selama Fase Laten Kala Satu Persalinan

Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dicatat secara terpisah, baik dicatat kemajuan persalinan maupun di Buka Kartu Ibu dan Anak (KIA) atau Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu hamil. Tanggal dan waktu harus ditulis setiap kali harus membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan.

2. Pencatatan selama fase aktif Persalinaan : Partograf

3. Mancatat Temuan pada Partograf

(1) Informasi Tentang Ibu

Lengkapi Tengkap bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : 'jam atau pukul' pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

(2) Kondisi Janin

Bagan atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

a. Denyut Jantung Janin (DJJ)

Catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di atas bagian partograf

menunjukkan waktu 30 menit. Catat DJJ dengan memberikan tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemungkinan hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas dan bersambung.

b. Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selapu pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambing-lambang berikut ini :

U: Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan mekonium

D: Selaput ketuban sudah pecah dan bercampur darah

K: Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

c. Penyusupan (molase) tulang kepala janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yan ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambing-lambang berikut :

0 : tulang-tulang janin terpisah, suturan dengan mudah dapat dipalpasi

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : tulang-tulang kepala janin slaing tumpang tindih tetapi masih dapat dipisah

3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

d. Kemajuan Persalinan

1) Pembukaan Serviks

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada di fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda 'X' harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

2) Penurunan bagian terbawah janin

Tuliskan "turunnya kepala" dan garis tidak putus dari 0-5, tertera disisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda 'O' yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh jika hasil pemeriksaan palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda "O" di garis angka 4, Hubungkan tanda 'O' dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada.

Garis bertindak tertera sejajar di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada disebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan.

4) Jam dan Waktu

i. Waktu mulainya fase aktif persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-12. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fasa aktif persalinan.

ii. Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu actual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak tiga puluh menit yang berhubungan dengan lajur untuk pencatatan pembukaan serviks. DJJ dibagian atas dan lajur kontraksi dan nadi ibu dibagian bawah. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, cantumkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catat waktu actual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai.

5) Kontraksi Uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri.

Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

- a. Beri titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
- b. Beri garis-garis yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- c. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik

6) Kondisi Ibu

1. Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh

- a) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik (●) pada kolom waktu yang sesuai
- b) 2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah (↕) pada partograf pada kolom waktu yang sesuai
- c) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai

2. Volume Urin, protein atau aseton

7) Pencatatan pada lembar belakang Partograf

Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut :

- a. Data atau informasi umum
- b. Kala I
- c. Kala II
- d. Kala III
- e. Bayi baru lahir
- f. Kala IV (APN, 2008)

12) 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 merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya.
- 3) Perineum menonjol.
- 4) Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

1. Menolong Kelahiran Bayi

(1) 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.

(2) Pencegahan Laserasi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. 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).

Indikasi untuk melakukan episiotomi untuk mempercepat kelahiran bayi bila didapatkan :

- 1) Gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan.
- 2) Penyulit kelahiran pervaginam (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam (forceps) atau ekstraksi vakum).
- 3) Jaringan parut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

(3) *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 dorong tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(4) *Melahirkan Bahu*

- a. Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.

- b. Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan kepala ke arah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis.
- c. Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.

(5) Melahirkan Seluruh Tubuh Bayi

- a. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut.
- b. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum.
- c. Tangan bawah (posterior) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir.
- d. Secara simultan, tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior.
- e. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki.
- f. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya.
- g. Letakkan bayi di atas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
- h. Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik (APN, 2008)

(13) Kala III Persalinan

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

1. 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.

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. Jika peraturan / program kesehatan memungkinkan, dapat diberikan misoprostol 600 (*microgram*) mcg (oral / sublingual) sebagai pengganti oksitosin.

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 tangan 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.

3) Rangsangan Taktil (Masase) Fundus Uteri

- a. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
- b. Jelaskan tindakan pada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan serta rileks.
- c. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.
- d. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
- e. Periksa uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Ajarkan ibu dan keluarganya cara masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.
- f. Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan (APN, 2008)

(14) Kala IV Persalinan

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (APN, 2008)

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 fundus uteri setinggi pusat 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) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.

Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

- a. Derajat satu : Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum (tak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik)
- b. Derajat dua : Mukosa Vagina, Komisura Posterior, Kulit perineum, Otot perineum. (Jahit menggunakan teknik yang sudah dijelaskan)
- c. Derajat tiga : Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot Perineum, Otot sfingter ani (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).
- d. Derajat empat : Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani, Dinding depan rektum (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).

- 5) Evaluasi keadaan ibu. Selama dua jam pertama pasca persalinan ;
 - 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 mejadi lembek.
 - f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberikan ASI.
 - g. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
- 6) 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 Nifas

1) Definisi

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran placenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intra partum). Hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada saat tidak hamil. Ingat bahwa perubahan ini adalah pada kondisi tidak hamil, bukan kondisi prahamil, seperti yang sering dikatakan. Kondisi prahamil hilang selamanya – paling mencolok setelah pertama kali hamil dan melahirkan, tetapi juga pada setiap kehamilan selanjutnya. Periode ini disebut juga puerperium, dan wanita yang mengalami puerperium disebut dengan puerperal. Periode pasca partum berlangsung sekitar 6 minggu (varney, 2008)

Kala puerperium (nifas) yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan normal. Dijumpai 2 kejadian penting pada puerperium yaitu involusi uterus dan proses laktasi (Candranita, 2010)

2) Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium Dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Didalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu bersalin mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan dan tahunan (Ambarwati, 2010)

3) Program dan Kebijakan Teknis

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2.3 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 Jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara Ibu dan BBL. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3	2 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber : Buku Pelayanan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal

4) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

(1) Involusi

a. Pengertian

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses di mana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah placenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

b. Proses Involusi Uterus

Pada akhir kala III persalinan, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilicus 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.

Proses Involusi adalah sebagai berikut :

1) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terdiri dalam otot uterus.

2) Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya esterogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi esterogen yang menyertai pelepasan placenta. Selain perubahan atrofi pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru.

3) Efek Oksitosin (Kontraksi)

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

Selama 1 sampai 2 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus bila berkurang dan menjadi teratur. Karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa inii. Suntikan oksitosin biasanya diberikan secara intravena atau secara intramuscular segera setelah kepala bayi lahir. Pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena isapan bayi pada payudara.

c. Bagian Bekas Implantasi Placenta

- 1) Bekas implantasi placenta segera setelah placenta lahir seluas 12 x 5 cm, permukaan kasar, di mana pembuluh darah besar bermuara.
- 2) Pada pembuluh darah terjadi pembentukan thrombosis disamping pembuluh darah tertutup karena kontraksi otot rahim.
- 3) Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu ke 2 sebesar 6-8 cm dan akhir masa nifas sebesar 2 cm.
- 4) Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lochea.
- 5) Luka bekas implantasi placenta akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium.
- 6) Luka sembuh sempurna pada 6-8 minggu postpartum.

d. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara:

- 1) Segera setelah persalian, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap harinya.
- 2) Pada hari ke-2 setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke- 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat. Pada hari 5-7 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Bila uterus tidak berkontraksi atau mengalami kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa placenta / perdarahan lanjut (postpartum haemorrhage).

(2) Lochea

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

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri dari 4 tahapan :

a. Lochea Rubra / Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari I sampai hari ke 4 masa postpartum. Cairan yang berwarna merah dan berisi darah segar, jaringan sisa-sisa placenta, 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 placenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.

d. Lochea Alba / Putih

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

(3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitam. Itu karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang mengalami laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi saat 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 antara perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin.

Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup karena bertahap. Setelah bayi lahir tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 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 estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada minggu ke-4 (Ambarwati, 2010)

(5) Payudara

Laktasi dimulai pada wanita dengan hormone saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayinya. Wanita yang menyusui merespon pada stimulus bayi yang disusui akan terus melepas hormone

dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Bagi wanita yang memilih makanan formula, involusi jaringan payudara terjadi dengan menghindari stimulasi.

Pengkajian payudara pada periode pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi dengan payudara karena posisi bayi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara berisi air susu dan adanya sumbatan duktus, kongesti dan tanda-tanda mastitis potensial (Verney, 2008).

2) Tanda–tanda Vital dan Tanda, Gejala serta Perubahan Fisik Lainnya

1. Tekanan Darah

Segera setelah melahirkan banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari. Bidan bertanggung jawab untuk mengkaji resiko preeklamsia, pascapartum, komplikasi yang relative jarang, tetapi serius jika peningkatan tekanan darah signifikan.

2. Suhu

Suhu maternal kembali normal dan suhu yang sedikit meningkat selama periode dan stabil selama 24 jam pertama pascapartum.

3. Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat.

4. Pernapasan

Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Napas pendek, napas cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma dan embolus paru.

5. Perubahan Sistem Renal

Pelvis renalkis dan ureter, yang meregang dan berdilatasi selama kehamilan, kembali normal pada akhir minggu ke empat pascapartum.

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema mengalami kongesti dan hipotonik yang dapat menyebabkan overdistensi. Pengosongan yang tidak lengkap dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan untuk memastikan berkemih secara periodek. Uretra jarang mengalami obstruksi, tetapi mungkin tidak dapat di hindari akibat persalinan lama dengan kepla janin dan panggul. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pscapartum, kecuali mengalami infeksi kandung kemih.

5. Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penuruna berat badan rata-rata 12 pon (4,5kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini merupakan gabungan berat badan bayi, placenta dan cairan amnion. Wanita dapat mengalami penunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan.

6. Perubahan Gastrointestinal

Wanita mungkin mengalami kelaparan dan mulai makan satu atau dua jam setelah melahirkan. Kecuali ada komplikasi, tidak ada alasan untuk penundaan pemberian makanan pada pascapartum yang sehat lebih lama dari wantu yang dibutuhkan untuk pengkajian lebih awal.

Konstipasi menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan pada selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena menahan perineumnya mengalami perlunakan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek dan merusak jahitan jika melakukan defekasi.

7. Dinding abdomen

Striae abdomen tidak dapat dihitung secara sempurna, tetapi dapat berubah garis putih-keperakan yang halus setelah periode beberapa bulan.

Dinding abdomen lunak setelah melahirkan karena dinding ini meregang selama kehamilan. Semua wanita puerpera mengalami derajat distasis rekti-pemisahan otot rektus abdomen. Beberapa berat distasis tergantung pada sejumlah faktor termasuk pada kondisi umum dan tonus otot wanita : apakah wanita latihan untuk mengembalikan tonus ototnya yang menutup distasisnya selama kehamilan: parietasnya (pengembalian tonus otot yang sempurna akan semakin sulit jika parietasnya tinggi); jarak kehamilannya (apakah wanita untuk mengembalikan tonus ototnya sebelum hamil lagi); dan apakah kehamilannya menyebabkan distensi berlebihan pada abdomen (mis:pada kehamilan kembar).

8. Perubahan Hematologi

Leukositosis dengan peningkatan hitung sel darah putih hingga 15.000 atau lebih selama persalinan, dilanjutkan dengan peningkatan SDP selama dua hari pertama pascapartum. Hitung sel darah putih dapat mengalami peningkatan lebih lanjut hingga 25.000 sampai 30.000 tanpa menjadi patologis jika wanita mengalami persalinan lama. Akan tetapi dugaan infeksi harus dipastikan jika peningkatan SDP signifikan.

Kadar semua unsure darah kembali normal pada keadaan tidak hamil pada akhir puerperium (varney, 2008)

5) 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 (Ambarwati, 2010).

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 – 3 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, 2013).

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 (Ambarwati, 2013)

5. Istirahat

Anjurkan ibu supaya istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, 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 (Ambarwati, 2010).

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, 2013).

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 Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah sistematis mulai dari pengkajian analisis data diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Buku 50 Tahun IBI, 2007).

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam pemberian asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Dep.Kes RI, 2005).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan sebagai teori ilmiah, penemuan - penemuan keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (varney, 2008)

2.2.1 Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College Nurse Midwife (ACNM) terdiri dari :

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.

2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney.

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masalah kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga keluarga berencana. Penulis menggunakan 7 langkah manajemen menurut Hellen Varney yang meliputi (Muslimatin, 2009) :

1. Pengumpulan Data Dasar

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

- a) Riwayat kesehatan.
- b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan.
- c) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- d) Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi (Asrinah, 2010).

1) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien ataupun keluarganya.

2) Data Obyektif

Data obyektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pengamatan maupun pengukuran yang dilakukan oleh bidan dan memiliki standar normal.

2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan

- d. Didukung oleh Clinical judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan (Muslihatin, 2009).

3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan di harapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi (Asrinah, 2010)

4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Bidan mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Asrinah, 2010).

5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan menejeman terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau di antisipasi (Asrinah, 2010).

6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah ke lima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian

lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. Pelaksanaan rencana yang sudah di buat (Asrinah, 2010)

7. Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis (Asrinah, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan kehamilan, persalinan, nifas

2.3.1 Penerapan Asuhan Kebidanan Kehamilan

1) Pengumpulan Data Dasar

a) Data Subyektif

(1) Umur : 16-35 tahun

(2) Keluhan utama : Keputihan, sering buang air kecil, sulit buang air besar, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, pusing, nyeri ligamentum rotundum, bengkak pada kaki.

(3) Riwayat obstetri

a. Riwayat kehamilan : hamil pertama kawin ≤ 4 tahun, hamil lagi ≤ 10 tahun, jarak kehamilan > 2 tahun, jumlah anak ≤ 4 , kehamilan tunggal, kehamilan cukup bulan.

b. Riwayat persalinan : tidak ada riwayat tindakan persalinan

c. Riwayat post natal : tidak ada riwayat plasenta manual

(4) Kunjungan ibu hamil minimal 4x, yaitu pada trimester I 1x, trimester II 1x, trimester III 2x.

(5) Riwayat kehamilan sekarang

1. Keluhan :

Trimester III : Keputihan, sering buang air kecil, sulit buang air besar, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, pusing, nyeri ligamentum rotundum, bengkak pada kaki.

2. Ibu hamil akan dapat merasakan gerakan janinnya dalam 3 jam terakhir sebanyak 3 kali.

3. Penyuluhan yang di dapat selama hamil antara lain, nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara, seksualitas, dan persiapan persalinan.

(6) Pola Kesehatan Fungsional

Pada trimester III :

a. Pola nutrisi, dianjurkan mendapat

1. frekuensi makan 3x sehari, dengan 1 piring terdiri dari nasi 1 piring sedang atau dapat ditukar dengan roti 3 potong sedang, kentang 2 biji sedang, kue kering 5 buah besar, mi basah 2 gelas, singkong 1 potong besar, jagung biji 1 piring, talas 1 potong besa, ubi 1 biji sedang. Sedangkan untuk ikan dapat ditukar dengan 1 potong kecil ikan asin, 1 sendok makan teri kering, 1 buah sedang hati ayam, 1 butir telur ayam negri. Sayuran 1 mangkuk, diantaranya buncis, kol, kangkung, wortel, kacang panjang, sawi, dan lainnya. Tempe 2 potong sedang dapat ditukar dengan tahu 1 potong besar, 2 potong

oncom kecil. Susu sapi 1 gelas besar dapat dditukar dengan 4 sendok makan susu skim, 2/3 gelas yogurt, 1 potong kecil keju.

2. Protein dapat diperoleh pada 1 butir telur ayam, 2 potong sedang tempe.
 3. Kalsium dapat diperoleh pada kacang kedeli rebus ½ cangkir, bayam rebus ½ cangkir, jeruk 1 buah ukuran sedang.
 4. Zat besi dengan mengkonsumsi tablet Fe 1 x 1, atau terdapat pada 1 cangkir cereal, 1 cangkir bayam matang, ½ cangkir kacang kedelai rebus.
 5. Air mineral 8 – 10 gelas besar.
- b. Pola eliminasi untuk BAK terjadi peningkatan urine, BAB terjadi konstipasi.
 - c. Pola istirahat pada siang hari 1 -2 jam, untuk menjaga kesehatan selama hamil, dan istirahat malam 8 jam.
 - d. Pola aktivitas, jika ibu hamil terlalu berat aktivitasnya dikhawatirkan menimbulkan penyulit masa hamil.
 - e. Pola seksual pada saat trimester ketiga libido meningkat.
 - f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi alkohol, narkoba, jamu, dan mempunyai binatang peliharaan harus dihindari.

7). Riwayat psiko – socio – spritual

Riwayat emosional, rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi

tidak lahir tepat waktu. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.

b) Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda – tanda vital (Tekanan Darah 110/70 mmHg – 130/90 mmHg, Nadi 80 – 100 x/menit, Suhu, 36,5 ° C – 37,5 ° C, Pernafasan 16 – 24 x/menit).

2. Antropometri

Kenaikan berat badan wanita hamil rata-rata 6,5-16 kg. Dengan kenaikan 0,3-0,5 kg tiap minggu pada trimester III. Tinggi Badan: \geq 145 cm. Lingkar Lengan Atas : $>$ 23,5cm.

b. Pemeriksaan Fisik

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

1. Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xypoidius, pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting.
2. Leopold II : Pada sebelah kanan atau kiri perut ibu teraba panjang, keras, dan datar.
3. Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, melenting dan tidak dapat digoyangkan.
4. Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP, pada primigravida minggu ke – 36 .

DJJ : 120 – 160 x/ menit.

- f) Genetalia : Tidak ada oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran pada kelenjar bartholine dan skene.
- g) Ekstremitas : Atas : tidak oedema, Bawah : turgor kulit baik, tidak ada oedema.

c) Pemeriksaan Panggul

Pengukuran yang di lakukan meliputi: Distancia Spinarum : jarak 23-26 cm. Distancia cristarum : jarak 26-29 cm. Conjugata eksterna : 18-20 cm. Lingkar panggul : 80-90 cm. Distancia tuberum : 10,5-11 cm

d) Pemeriksaan Laboratorium

1. Darah

Hemoglobin (HB) ibu hamil trimester III (≥ 11 g/dl)

2. Urine : Albumin (- / negatif) dan Reduksi (- / negatif).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : GPAPIAH UK 36-40 minggu, tunggal, hidup. Intra uterin, letak kep \cup , jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik
- b. Masalah : Keputihan, sering buang air kecil, sulit buang air besar, sesak nafas, nyeri punggung, pusing, bengkak pada kaki
- c. Kebutuhan : *Health Education* (HE) mengenai penyebabnya, pola nutrisi, pola istirahat, personal hygiene, pola istirahat.

3) Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial : tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan : tidak ada

5) Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 30 menit ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh bidan.

Kriteria Hasil : Masalah dapat berkurang kondisi ibu dan janin baik.

Intervensi :

1. Deteksi masalah dan cara menanganinya
2. Lakukan tindakan pencegahan seperti tetanus noanatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan
3. Persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi
4. Berikan *Health Education* (HE) (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)

5. Kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria)
6. Jadwalkan kunjungan berikutnya

2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan Persalinan

1) Pengumpulan Data Dasar

a) Data Subyektif

1. Keluhan utama :

Kontraksi yang adekuat sampai menjalar ke bagian punggung dan perut bagian bawah dan ketuban belum / sudah pecah, keluar lendir bercampur darah dari kemaluanya (blood show).

2. Pola Fungsi Kesehatan (Saat bersalin)

1. Pola eliminasi: BAK cenderung lebih sering
2. Pola istirahat: di anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
3. Pola aktivitas: berbaring ditempat tidur sambil miring kiri
4. Nutrisi dan pemenuhan cairan.

a) Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum :

KU baik, kesadaran komposmetis, keadaan emosional kooperatif, TTV (tekanan darah 110/70 mmHg – 130/90. Nadi : 80 – 100 kali/menit. Pernafasan : 16-24 kali / menit. Suhu : 36,5-37,5 °C).

d. Pemeriksaan Fisik

1. Mamae : colostrum sudah keluar / belum, puting menonjol dan tidak lecet, kebersihan cukup.

2. Abdomen:

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, terdapat striae albican/livide, linea nigra / alba, tampak gerakan janin.

(a) Leopod 1 sampai 4 yaitu TFU 3 jari bawah prosesus xyloideus sampai $\frac{1}{2}$ pusat-prosesus xyloideus. Bagian janin pada fundus bokong atau kepala. Pada dinding abdomen bagian kiri/kanan teraba keras, panjang seperti papan, dinding abdomen bagian kanan/kiri teraba bagian kecil janin sangat menentukan ketika kepala bayi melakukan putar paksi luar. Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala). Pada penentuan bagian terendah sudah masuk PAP (Divergen), jika dengan palpasi 5/5 jari maka saat persalinan 3/5 - 4/5 bagian yang seharusnya sudah masuk.

(b) TFU Mc. Donald : Menentukan TFU menggunakan midline dengan satuan *centimeter* (cm). Pada usia kehamilan 36-40 minggu TFU 29-40 cm

(c) TBJ : 2500 - 4000 gram

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

(e) His : Pada kala I atau kala pembukaan His belum begitu kuat, datangnya tiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu, sehingga ia masih dapat berjalan. Lambat laun His menjadi bertambah

kuat, interval menjadi lebih pendek, kontraksi kuat dan lama. Kala II :
His menjadi lebih kuat kontraksinya selama 50 detik datang tiap 1-3
menit

e. Genetalia :

Eksternal : vulva dan vagina tidak odema, tidak ada varises, tidak ada
kondiloma akuminata, varikosisitas vulva dan rectum, atau luka parut di
perineum, tampak keluar lendir bercampur darah.

Internal (vagina touch) :

VT ϕ 1-10 cm, effacement 25-100%, ketuban (+/-) warna jernih,
denominator ubun-ubun kecil kanan depan/kiri depan, hodge I-IV, tidak ada
molase, tidak ada caput suksedaneum, tidak teraba tali pusat atau bagian
terkecil janin yang mengikuti turunnya kepala.

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : GPAPIAH UK 36-40 minggu, tunggal, hidup. Intra uterin, let
kep \cup , jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, dengan
inpartu kala 1 fase laten/fase aktif.
- b. Masalah : Khawatir / gelisah menghadapi persalinan, nyeri sewaktu
persalinan
- c. Kebutuhan:
 1. Berikan dukungan emosional
 2. Berikan asuhan sayang ibu.
 3. Tehnik relaksasi

3) Identifikasi Diagnosa Masalah Dan Diagnosa Potensial : Tidak ada

4) Identifikasi Akan Kebutuhan Segera : Tidak ada

5) Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

a. Kala I

Tujuan : Setelah dilakukan tindakankala I fase laten 8 jam (primi maupun multi), fase aktif primi (1 jam 1 cm), multi (1 jam 2 cm).

Kriteria Hasil : Keadaan umum janin dan ibu baik, his semakin adekuat dan teratur (4-5 x 10 menit lama 45-50 detik), adanya tanda dan gejala kala II (dorongan meneran, adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka), terjadi pembukaan lengkap 10 cm, terdapat penurunan kepala janin , Hodge IV.

Intervensi :

- a) Lakukan infom concent dengan keluarga pasien
- b) Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- c) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- d) Beri asuhan sayang ibu
 1. Berikan dukungan emosional.
 2. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman
 3. Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
 4. Dampingi ibu selama proses persalinan.
 5. Lakukan pencegahan infeksi.
 6. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yakni dengan menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

- e) Lakukan observasi yang meliputi : His, DJJ, nadi, kemajuan persalinan setiap 30 menit.
 - f) Lakukan persiapan rujukan
 - g) Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf
- b. Kala II Persalinan
- Sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN) langkah ke 1 sampai 27
- c. Kala III Persalinan
- Sesuai dengan APN langkah 28-40
- d. Kala IV Persalinan
- Sesuai dengan APN langkah 41-58

2.3.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Nifas

1) Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subyektif

Ibu mengatakan :

- a) Nyeri setelah lahir (after pain)
- b) Keringat berlebih
- c) Nyeri perineum
- d) Konstipasi
- e) Hemoroid

b. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum :

KU baik, kesadaran komposmetis, keadaan emosional kooperatif, TTV
 (Tekanan darah : 110/70 mmHg - 120/80 mmHg. Nadi : 80-100 kali/menit.
 Pernafasan : 16-24 kali / menit. Suhu : 36,5-37,5 °C).

2. Pemeriksaan fisik

- a) Mamae : Puting susu menonjol dan tidak lecet/pecah, colostrum keluar, kebersihan.
- b) Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi baik dengan konsistensi keras, kandung kemih kosong.
- c) Genitalia : Vulva vagina tidak odema, tidak ada varises, terdapat luka jahitan pada perineum (bila dilakukan heating tanpa benang jahitan), lochea rubra, jumlahnya 1 pembalut penuh.

2) Interpretasi Data Dasar

- a) Diagnosa : P..... Post Partum ...Jam / Hari Ke.....
- b) Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain)
 Keringat berlebih
 Nyeri perineum
 Konstipasi
 Hemoroid
- c)Kebutuhan : Teknik relaksasi
 Mobilisasi dini
 Pola eliminasi
 Nutrisi

3. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial : Tidak ada

4. Identifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan

Segera : Tidak ada

5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas sesuai dengan standart asuhan kunjungan nifas