

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Pengertian

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2007).

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

Kehamilan adalah matarantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Chandranita, 2010).

2) Menentukan Usia Kehamilan

(1) Perkiraan Tinggi Fundus Uteri.

Menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan mengukur tinggi fundus uteri. Pengukuran tinggi fundus uteri diatas simpisis pubis dipakai sebagai suatu indicator kemajuan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi fundus uteri juga memungkinkan perkiraan usia kehamilan secara kasar. Pengukuran tinggi fundus uteri juga dapat

membantu mengidentifikasi faktor-faktor resiko tinggi: tinggi fundus yang stabil atau menurun dapat mengidentifikasi retardasi pertumbuhan intrauterin, peningkatan yang berlebihan dapat menunjukkan adanya kehamilan kembar atau hidramnion. Beberapa cara menghitung usia kehamilan dari fundus uteri :

- a) Pengukuran tinggi fundus menggunakan pita ukur yang diukur dari tulang simfisis ke fundus uteri.
- b) Pengukuran tinggi fundus dengan cara mengkombinasikan pengetahuan. Memperkirakan dimana tinggi fundus uteri berada pada setiap minggu kehamilan dihubungkan dengan simpisis, umbilicus dan ujung dari prosesus xipoides dengan menggunakan lebar jari penguji sebagai alat ukur.

Tabel 2.1 : Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan

Usia Kehamilan (mg)	Tafsiran Berat Janin (g)	Tinggi Fundus Uteri (cm)
8	1	2 jari atas simpisis
12	14	3 jari atas simpisis
16	100	½ pusat-simpisis
20	300	3 jari bawah pusat
24	600	Setinggi pusat
26	800	3 jari atas pusat
28	1000	20
29	1175	21
30	1350	22-23
31	1501	23-24
32	1675	24-25
33	1825	25-26
34	2001	27
35	2160	28
36	2340	29-30
37	2601	30-31
38	2725	32
39	3001	33
40	3250	35
41	3501	37
42	4001	40
43-44	4501	>40

(Baihaqi, 2010: 3)

3) Perubahan Fisiologis Wanita Hamil

- a) Sistem Reproduksi. Sebagian besar perubahan yang terjadi di uterus, yang mengalami hipertropi dan hiperplasia miometrium. Otot-otot vagina mengalami hipertropi dan lebih elastis sehingga memungkinkan distensi selama kala dua persalinan (Medforth, 2011).
- b))Sistem Kardiovaskuler. Tahanan perifer menjadi lebihrendah, karena efek relaksasi progesteron pada otot-otot polos pembuluh darah, yang memicu penurunan tekanan darah (Medforth, 2011).
- c) Sistem Pernafasan. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya (Sulistiyowati, 2012).
- d) Sistem Perkemihan. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar) (Sulistiyowati, 2012).
- e) Sistem Gastrointestinal. Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi (Sulistiyowati, 2012).
- f) Perubahan Skeletal. Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan estrogen, mengakomodasi

bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan selama persalinan yang cenderung menyebabkan nyeri punggung dan nyeri ligamen (Medforth, 2011).

- g) Perubahan Kulit. Peningkatan pigmentasi di areola, garis tengah abdomen, perineum dan aksila karena peningkatan hormon penstimulasi melanin di hipofisis. “topeng kehamilan” atau kloasma (perubahan warna wajah menjadi gelap) terjadi pada 50-70% wanita (Medforth, 2011)
- h) Payudara. Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba nodul-nodul, akibat hipertropi kelenjar alveoli. Bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada areola dan puting susu. Kalau diperas akan keluar air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning (Sulistiyowati, 2012).
- i) Nilai Darah Pada Kehamilan. Tekanan sistolik turun sekitar 5 sampai 10 mmHg dan diastolic 10 sampai 15 mmHg. Setelah usia kehamilan 24 minggu, tekanan darah sedikit demi sedikit naik kembali pada tekanan darah sebelum hamil pada saat aterm (Asrinah, 2010)
- j) Berat Badan Ibu. Perkiraan peningkatan berat badan: 4 kg dalam kehamilan 20 minggu. 8,5 kg dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/minggu dalam trimester akhir). Total: 12,5kg (Salmah, 2006).

4) Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

(1) Status gizi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang cukup sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar bisa memenuhi kebutuhan atau nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya, sekaligus bagi persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman. Selama proses kehamilan, bayi sangat membutuhkan zat-zat penting yang hanya dapat dipenuhi dari ibu. Pemenuhan gizi seimbang selama hamil akan meningkatkan kesehatan bayi dan ibu, terutama dalam menghadapi masa nifas sebagai modal awal untuk menyusui. (Asrinah, 2010).

(2) Gaya hidup

Selain pola makan, yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang, ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang perempuan hamil, misalnya kebiasaan begadang, berpergian jauh dengan kendaraan bermotor dan lain-lain (Asrinah, 2010).

(3) Faktor psikologis

- a) Stresor internal meliputi faktor-faktor pemicu stress ibu hamil yang berasal dari ibu sendiri.
- b) Stresor eksternal pemicu stress yang berasal dari luar bentuknya sangat bervariasi. Misalnya masalah ekonomi,

konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan dan masih banyak kasus lain.

c) Dukungan keluarga

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

d) Substance abuse

Kekerasan yang dialami oleh ibu hamil di masa kecil akan sangat membekas dan sangat mempengaruhi kepribadiannya. Ini perlu diperhatikan karena pada klien yang mengalami riwayat ini, tenaga kesehatan harus lebih maksimal dalam menempatkan diri sebagai teman atau pendamping yang bisa dijadikan tempat bersandar bagi klien dalam masalah kesehatan, Klien dengan riwayat ini biasanya tumbuh dengan kepribadian yang tertutup.

e) Partner abuse

Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai kekerasan yang terjadi akan membahayakan ibu dan bayinya.

Efek psikologis yang muncul adalah gangguan rasa nyaman ibu. Sewaktu-waktu ibu akan mengalami perasaan terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin (Asrinah, 2010).

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

a) Kebiasaan adat istiadat

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

b) Fasilitas kesehatan

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

c) Ekonomi

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

d) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan ibu hamil sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya. Penguasaan pengetahuan erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang (Jannah, 2012).

5) Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya kebutuhan fisik ibu hamil trimester III

(1) Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan, CO_2 menurun dan O_2 meningkat, O_2 meningkat, akan bermanfaat bagi janin.

Kehamilan akan menyebabkan hiperventilasi dimana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek (Indrayani, 2011).

(2) Nutrisi

a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas. Tambahan energy diperlukan untuk menunjang meningkatkan metabolisme, pertumbuhan janin dan plasenta. Total pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Indrayani, 2011).

b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 60 gram per hari. Hal ini digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan sel, sekresi esensial tubuh (enzim, hormone, antibody, hemoglobin), mengatur keseimbangan asam basa, mengontrol tekanan osmotik. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema. (Indrayani, 2011).

c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia (Indrayani, 2011).

d) Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari mulai 12 minggu kehamilan. Pada anemia defisiensi besi diberikan 60-120mg/hari. Ibu hamil yang mendapatkan asupan zat besi yang cukup pada masa kehamilannya, akan memberikan cadangan zat besi pada bayinya untuk kurun waktu 3 bulan pertama setelah melahirkan. Setiap sulfaferrous 320 mg mengandung zat besi 60 mg dan asam folat 500 mikrogram, minimal masing-masing diberikan 90 tablet. Zat besi diperlukan untuk hemopoesis, juga untuk mencegah protein, pertumbuhan tulang, daya tahan tubuh dan mencegah kelelahan (Indrayani, 2011).

e) Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400-600 mikro gram per hari. Kekurangan asam folat dapat

menyebabkan kegagalan pertumbuhan sel, abortus, kelainan janin dan plasenta, BBLR (Indrayani, 2011).

f) Air

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

(3) Personal hygiene (Kebersihan pribadi)

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

a) Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil :

- (a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.

- (b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- (c) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- (d) Memakai sepatu dengan hak rendah.
- (e) Pakaian dalam kedaan selalu bersih.

(4) Eliminasi

Perubahan fisik selama kehamilan yang mempengaruhi pola eliminasi. Pada wanita hamil mungkin terjadi obstipasi karena kurang gerak badan, peristaltic menurun karena pengaruh hormone dan tekanan pada rectum oleh kepala. Obstipasi ini sering menimbulkan hemoroid pyelitis untuk menghindari hal tersebut wanita hamil dianjurkan untuk minum lebih banyak 2 liter/hari, gerak badan yang cukup, makan makanan yang berserat tinggi, biasakan buang air secara rutin, hindari obat-obatan yang dijual secara bebas untuk mengatasi sembelit.

Pada trimester I dan III biasanya ibu hamil mengalami frekuensi kencing yang meningkat dikarenakan rahim yang membesar menekan (Asrinah, 2010).

(5) Seksual

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

- a) Sering abortus dan kelahiran prematur.
- b) Perdarahan per vaginam.
- c) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.

d) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri.

(6) Mobilisasi, bodi mekanik

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

(7) Exercise / senam hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak member I manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu member dorongn serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancer dan mudah (Asrinah, 2010).

(8) Istirahat / tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode

istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

(9) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus lebih dahulu ditentukan status kekebalan/ imunisasinya. Ibu hamil yang belum dapat imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila mendapat dosis TT yang ke – 3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4). Selama kehamilan, bila ibu berstatus T0, hendaknya ia mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 2 minggu, dan bila memungkinkan, untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapat suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3, dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu / 1

bulan). Bagi ibu hamil dengan status T2, bisa diberikan satu kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4-pun dapat diberikan sekali suntikan (TT5) bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5, tidak perlu disuntik TT lagi karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun). Walau tidak hamil, bila perempuan usia subur belum mencapai status, diharapkan mendapat dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi perempuan untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus *long life card* (LLC) (Asrinah, 2010).

(10) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut

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

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

(Asrinah, 2010)

(11) Ketidaknyaman dan cara mengatasinya

a) Gatal-gatal

Kulit yang kering dan gatal ini bisa terjadi disekujur tubuh, namun biasanya terasa pada bagian perut, dimana kulit teregang dengan adanya bayi dalam kandungan serta hipersensitifitas terhadap antigen plasenta. Penyebab rasa kering dan gatal ini belum diketahui, tapi ada teori yang menyebutkan bahwa hal itu disebabkan kekurangan salah satu vitamin B. Tambahan vitamin Ccukup membantu, jadi usahakan mengkonsumsi makanan yang

mengandung vitamin tersebut. Lebih baik memakai pakaian berbahan lembut dan longgar, dan tanpa ikat pinggang. Beberapa wanita menyatakan bahwa menambahkan susu pada air mandi cukup membantu, sedang body cream atau bedak yang ditaburkan pada kulit terasa menyejukkan (Wendy, 2008).

6) Tanda-tanda Bahaya dalam Kehamilan

Tanda-tanda bahaya dalam kehamilan antara lain :

- (1) Perdarahan pervaginam.
- (2) Nyeri abdomen.
- (3) Kondisi hipertensi
 - a) Gangguan penglihatan, kabur, melihat ada bintik hitam.
 - b) Bengkak di muka atau jari dan ujung sakrum.
 - c) Nyeri kepala hebat, kadang-kadang atau terus menerus.
 - d) Otot sangat sensitif atau kejang-kejang.
 - e) Nyeri epigastrium (sakit perut hebat).
- (4) Infeksi
 - a) Panas – demam.
 - b) Kencing panas, kadang-kadang sakit pinggang belakang bokong dan samping.
 - c) Diare.
- (5) Diabetes melitus.
- (6) Pengeluaran cairan dari vagina : air ketuban.
- (7) Janin tidak bergerak sebanyak biasanya. (Bobak, 2000)

7) Standar Asuhan Kehamilan

- (1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan. Penambahan berat badan kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (Kementrian kesehatan RI, 2012).
- (2) Ukur Tekanan Darah. Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan (Kementrian kesehatan RI, 2012).
- (3) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA). LILA kurang dari 23,5 cm ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) (Kementrian kesehatan RI, 2012).
- (4) Ukur Tinggi Fundus Uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan (Kementrian kesehatan RI, 2012).
- (5) Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain (Kementrian kesehatan RI, 2012).
- (6) Skrining Status Imunisasi Tetanus Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Bila Diperlukan.

Tabel 2.2 :Pemberian Imunisasi

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	≥ 25 tahun

(Depkes, 2009)

(7) Beri Tablet Darah Untuk mencegah anemia gizi besi dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

(8) Periksa Laboratorium (Rutin Atau Khusus)

- a) Pemeriksaan golongan darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.
- b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.
- c) Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi.

- d) Pemeriksaan kadar gula darah pada ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus.
 - e) Pemeriksaan darah malaria pada semua ibu hamil di daerah endemis Malaria.
 - f) Pemeriksaan tes sifilis di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis.
 - g) Pemeriksaan HIV pada ibu hamil di daerah terkonsentrasi HIV dan ibu hamil risiko tinggi terinfeksi HIV.
 - h) Pemeriksaan BTA pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberculosis. (Kementrian Kesehatan RI, 2012).
- (9) Tatalaksana/ Penanganan Kasus kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kementrian Kesehatan RI, 2012).
- (10) Temu Wicara/ Konseling tentang :
- a) Kesehatan ibu
 - b) Perilaku hidup bersih dan sehat
 - c) Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
 - d) Tanda bahaya pada kehamilan,persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
 - e) Asupan gizi seimbang
 - f) Gejala penyakit menular dan tidak menular

- g) Penawaran untuk melakukan testing dan konseling HIV di daerah terkonsentrasi HIV/ bumil risiko tinggi terinfeksi HIV
- h) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif,
- i) KB pasca persalinan.

8) Standar kunjungan antenatal

- (1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
 - (2) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu)
 - (3) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)
- (Jannah, 2012)

2.1.2 Persalinan

1) Pengertian

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Dewi. 2011).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi sejati , yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks,dan diakhiri dengan pelahiran plasenta.(Varney, 2007)

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37

minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (APN, 2008).

2) Jenis persalinan

(1) Berdasarkan Cara Pengeluarannya

- a) Persalinan Spontan: Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.
- b) Persalinan Buatan: Persalinan dengan bantuan dari luar misalnya forcep/vakum/SC.
- c) Persalinan Anjuran: Persalinan dengan bantuan diberi obat-obatan baik disertai/tanpa pemecahan ketuban. (Dewi, 2011)

(2) Berdasarkan Usia Kehamilan

- a) Abortus: keluarnya hasil konsepsi (bayi) sebelum dapat hidup pada Usia Kehamilan < 20 minggu. Berat janin kurang dari 1000 gram.
- b) Persalinan Imatur: keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 20-27 minggu. Berat janin kurang dari 2499 gram.
- c) Persalinan Prematur: keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 28-35 minggu.
- d) Persalinan Matur Atau Aterm: Keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 37-42 minggu. Berat janin \geq 2500 gram.

- e) Persalinan Postmatur Atau Serotinus: Keluarnya hasil konsepsi Usia Kehamilan >42 minggu. Pada janin terdapat tanda serotinus.
- f) Persalinan Presipitatus: persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam. (Johariyah, 2012)

3) Penyebab Terjadinya Persalinan

- (1) Teori Keregangan. Otot rahim mempunyai keregangan /kemampuan meregang dalam batas-batas tertentu, setelah melewati batas-batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
- (2) Teori Penurunan Progesteron
 - a) Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim.
 - b) Estrogen meninggikan ketegangan otot-otot rahim.
 - c) Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara progesteron dan estrogen dalam darah, tapi pada akhir kehamilan progesteron menurun sehingga adanya his.
- (3) Teori Prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu dikeluarkan oleh desidua.
- (4) Teori Oksitosin
 - a) Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.
 - b) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar Hipofisi Pars Posterior (Dewi, 2011)

4) Mekanisme Persalinan

Turunnya kepala dibagi 2: masuknya kepala dalam pintu atas panggul pada primi di bulan terakhir kehamilan sedang pada multipara terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk rongga panggul dan biasanya dimulai pada kala II. Majunya persalinan bersamaan dengan gerakan fleksi, putar paksi dalam dan ekstensi.

(1) Fleksi. Dengan fleksi kepala memasuki rongga panggul pada ukuran yang terkecil, yaitu diameter sub oksipitobregmatika dan sirkumferensia oksipitobregmatika. Sampai di dasar panggul kepala janin fleksi maksimal.

(2) Putar Paksi dalam. Bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke arah bawah simpisis.

(3) Ekstensi. Suboksiput sebagai hipomoklion, kepala bayi mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan dan kemudian ekstensi.

(4) Putar paksi luar. Kepala bayi memutar kembali ke arah punggung untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

(5) Ekspulsi . bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang, kemudian bahu depan dan seluruh badan bayi (Asrinah, 2010).

5) Tanda Dan Gejala Persalinan

(1) Tanda Persalinan Sudah Dekat

- a) Terjadi lightening yaitu kepala turun memasuki Pintu Atas Panggul terutama primigravida menjelang minggu ke-36.

Lightening menyebabkan:

- (a) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
 - (b) Dibagian bawah terasa sesak.
 - (c) Terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi.
- b) Terjadi His Permulaan. Sifat his permulaan atau palsu:
 - (a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
 - (b) Datangnya tidak teratur dan durasinya pendek.
 - (c) Tidak ada perubahan pada serviks dan tidak bertambah bila beraktivitas (Dewi. 2011).

(2) Tanda Pasti Persalinan

- a) Penipisan dan pembukaan serviks.
- b) Kontraksi uterus yang mengakibatkan pembukaan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- c) Cairan lendir bercampur darah (“*show*”) melalui vagina. (APN, 2008)

6) 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).

7) Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

(1) Membuat Keputusan Klinik

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

(2) Asuhan Sayang Ibu

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

diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- b) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e) Dengarkan dan tanggap pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.
- g) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan / atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h) Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- i) Hargai privasi ibu.
- j) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- k) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.

- l) Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- m) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- n) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.
- o) Siapkan rencana rujukan (bila perlu) (APN, 2008).

(3) Pencegahan Infeksi

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

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

(4) Pencatatan (Dokumentasi)

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

Pencatatan rutin adalah penting karena :

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

(5) Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Singkatan

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

- a) **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.
- b) **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.
- c) **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.
- d) **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.

- e) **O (Obat)** Bawa obat – obatan esensial padasaat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.
- f) **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.
- g) **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).

8) Faktor yang mempengaruhi persalinan

- (1) Power . His yaitu kontraksi otot-otot rahim. Sifat his yang baik: Teratur, kontraksi simetris/dari atas ke bawah. Paling kuat di fundus dekat kornu. Makin lama makin sering, intensitas makin kuat, durasi makin lama. Menghasilkan pembukaan dan/penurunan kepala.
 - a) Pada akhir kala I '60 mmHg, 2-4 kali dalam 10 menit dan lama 60-90 detik'.
 - b) Pada kala II '60mmHg, 3-4 kali dalam 10 menit dan lama 60-90 detik'.
 - c) Pada kala III '60-80mmHg, frekuensi kurang, disebabkan aktivitas uterus menurun'.

Perbedaan lama persalinan nuliapara dengan multipara.

Tabel 2.3 : Lama persalinan

Lama persalinan		
	Primi	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
	14 ½ jam	8 ¾ jam

(Asrinah,2010)

- (2) Passage (jalan lahir). Jalan lahir yang meliputi rangka panggul, dasar panggul, uterus dan vagina. Agar passanger yaitu isi uterus dapat melalui jalan lahir tanpa rintangan maka jalan lahir tersebut harus normal.
- (3) Passanger atau janin Adalah anak, air ketuban dan plasenta sehingga isi dari uterus yang akan dilahirkan agar persalinan berjalan dengan lancar maka faktor passanger harus normal.
- (4) Psikologis. Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual. Pengalaman bayi sebelumnya. Kebiasaan adat. Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
- (5) Penolong (*pysician*). Mengantisipasi dan menangani komplikasi mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan aktif dan kesiapan penolong dalam menghadapi persalinan (Asrinah,2010).

9) Perubahan Fisiologis Dalam Persalinan

- (1) Tekanan darah. Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata – rata 10 – 20 mmHg dan kenaikan diastolic rata – rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus,

tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

- (2)Metabolisme. Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik maupun metabolisme anaerobik akan naik secara berangsur disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.
- (3) Suhu badan. Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal jika tidak melebihi $0.5 - 1 ^\circ\text{C}$.
- (4)Denyut jantung. Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.
- (5)Pernafasan. Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang dianggap normal. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bias menyebabkan alkalosis.
- (6)Perubahan pada ginjal. Poliuri sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap biasa dalam persalinan.

(7)Perubahan gastrointestinal. Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selai itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hamper berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi samapai mencapai akhir kala I.

(8)Perubahan hematologi Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum (Asrinah, 2010).

10) Perubahan Psikologis Dalam Persalinan

(1)Pengalaman sebelumnya. Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab ,yang baru atau tambahan yang akan di tanggungnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk nenjadi seorang ibu.

(2)Kesiapan emosi. Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang di akibatkan oleh perubahan – perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang – orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali

biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu – ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

(3) Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental, materi dsb).

Biasanya ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

(4) Support system. Peran serta orang – orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri (Varney, 2007).

11) Batasan Persalinan

(1) Kala 1 Persalinan

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

a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

Fase aktif pada kala I persalinan :

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

(2) Kala II Persalinan

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

Gejala dan Tanda kala 2 persalinan :

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.

- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (APN. 2008).

Menolong Kelahiran Bayi

- a) Posisi Ibu Saat Melahirkan

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang (*Supine Position*). Apapun posisi yang dipilih oleh ibu, pastikan tersedia alas kain atau sarung bersih di bawah ibu dan kemudahan untuk menjangkau semua peralatan dan bahan – bahan yang diperlukan untuk membantu kelahiran bayi. Tempatkan juga kain atau handuk bersih diatas perut iu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir (APN, 2008).

- b) Pencegahan Laserasi

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

- (a) Meningkatnya jumlah darah yang hilang dan risiko hematoma
- (b) Kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomi rutin.
- (c) Meningkatnya nyeri pascapersalinan di daerah perineum.
- (d) Meningkatnya risiko infeksi (terutama jika prosedur PI diabaikan).

c) Melahirkan Kepala

Saat kepala bayi membuka vulva (5 – 6 cm), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3nya dibawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan empat jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.

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

d) 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.
- e) 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 diatas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik (APN, 2008)

(3) Kala III Persalinan

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

Manajemen Aktif Kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Penelitian *Prevention of Post Partum Hemorrhage Inversion – 2006* tentang praktik manajemen aktif kala III (*Active Management of Third Stage of Labor / AMTS*) di 20 rumah sakit Indonesia menunjukkan bahwa 30 % rumah sakit melaksanakan hal tersebut. Jika ingin menyelamatkan banyak ibu bersalin maka sudah sewajarnya jika manajemen

aktif kala III tidak hanya dilatihkan tetapi juga di praktikkan dan menjadi standar asuhan persalinan.

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

a) 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.

b) Penegangan Tali Pusat Terkendali

Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat diatas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkn tali pusat dengan satu tanag yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso kranial). Lakukan secara hati – hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lakukan tekanan dorso kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar placenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap

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

c) 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 perlahanserta 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).

(4) Kala IV Persalinan

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

- a) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya undud uteri setinggi atatu beberapa jari di bawah pusat.
- c) 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).

d) Memeriksa 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 perdarahn dan aposisi luka baik).

(b) Derajat dua Mukosa Vagina, Komisura Posterior, Kulit perineum, Otot perineum.

(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) (APN. 2008)

e) Evaluasi keadaan ibu

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

(b) Masase uterus untuk membuat kontraksi uetrus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.

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

(APN, 2008).

12) Nyeri Persalinan

Nyeri dalam persalinan dan kelahiran adalah bagian dari respons fisiologis yang normal terhadap beberapa faktor. Selama

kala I persalinan, nyeri terutama disebabkan oleh dilatasi serviks dan distensi segmen uterus bawah. Nyeri kala II terutama disebabkan oleh distensi dan kemungkinan gangguan pada bagian bawah vagina dan perineium.

Sejumlah variable psikologis yang mempengaruhi persepsi dan laporan klien tentang nyeri telah diidentifikasi. Ketakutan dan ansietas, perkiraan, penilaian kognitif, efektivitas diri dan persepsi control mempengaruhi laporan dan pengalaman nyeri akut.

Terdapat tiga system pereda nyeri nonfarmakologis, yang pertama system motivasional-efektif yaitu tehnik Relaksasi, ketegangan otot merupakan respons terhadap nyeri dan ansietas. Relaksasi meredakan nyeri dengan mengganggu lingkaran proses nyeri dan ansietas yang kompleks. Oleh karena itu respons perilaku relaksasi, bertentangan dengan respons nyeri dan kecemasan. Kedua system kognitif-evaluatif meliputi : Tehnik pernapasan, Menusatkan perhatian, Imajinasi, Pergerakan fisik yang berpola, Musik, Bimbingan verbal, dukungan, Informasi, Distraksi, Hipnosis. Ketiga system sensori-diskriminatif meliputi : Pengaturan posisi, stimulasi kutaneus, masase(Pijatan), Sentuhan Terapeutik (Reeder, 2012).

2.1.3 Nifas

1) Pengertian

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran plecenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga

kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode pemulihan pascapartum ini berlangsung sekitar enam minggu (Helen Varney, 2008).

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Ambarwati, 2010)

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

2) Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas normal dibagi menjadi dua, yaitu :

(1) Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

(2) Tujuan Khusus

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya.
- b) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati / merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- c) Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
- d) Memberikan pelayanan keluarga berencana. (Ambarwati, 2010)

3) Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahap :

(1) Puerperium dini

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

(2) Puerperium intermedial

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

(3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu, bulanan, tahunan (Sulistyawati, 2009).

4) Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

(1) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

A. Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

(a) Involusi

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan *involusi* ini, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan *palpasi* untuk meraba dimana TFU-nya (tinggi fundus utri).

- a. Pada saat bayi lahir, TFU setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- b. Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari bawah pusat.
- c. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- d. Pada 2 minggu post partum, TFU teraba di atas simpisis dengan berat 350 gram.
- e. Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram (Sulistiyawati. 2009).

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

(b) Autolysis

Proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan.

Sitoplasma sel yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

(c) Atrofi Jaringan

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

(d) Efek Oksitosin (kontraksi)

Intensita kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume *intrauterin* yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahn. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total (Sulistyawati. 2009).

b) Lochea

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

Lochea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

(a) Loche Rubra / Merah (Kruenta)

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

(b) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

Berlangsung dari hari ke – 4 sampai hari ke – 7 postpartum.

(c) Lochea Serosa

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

(d) Lochea Alba / Putih

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

Lochea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta*. Pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut dengan *Lochea Stasis* (Sulistyawati, 2009).

c) Cervik

Serviks mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam – hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang – kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga ada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2 – 3 jari, pada minggu keenam postpartum serviks menutup (Sulistyawati. 2009).

d) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 - 8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke - 4 (Ambarwati, 2010).

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke05, perineum sudah mendapatkan kembali tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum hamil. (Sulistyawati. 2009)

B. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurang asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktifitas tubuh.

Supaya buang air besar kembali normal, dapat diberikan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 - 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Sulistyawati. 2009).

C. Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang – kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala jann dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih dalam puerperium masih tertinggal urine residual (normalnya 15 cc). Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

D. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

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

E. Perubahan Endokrin

(1) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Hormon Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum.

(2) Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi. (sulistyawati, 2009)

(3) Hormon Oksitosin

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

(4) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama an ovulasi (Ambarwati, 2010).

(5) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi keejar mammae dalam menghasilkan ASI (Sulistyawati. 2009).

F. Perubahan Tanda – Tanda Vital

(1) Suhu Badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

(2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi.

(3) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi postpartum.

(4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Sulistyawati. 2009).

G. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

menimbulkan dekompensasi kodis pada penderota vitium cordia (Ambarwati, 2010).

H. Perubahan Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa haripertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama (Sulistyawati. 2010).

(2) Perubahan Psikologis Masa Nifas

A. Periode Taking In

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekawatiran akan tubuhnya.
- b) Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- d) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
- e)

B. Periode Taking Hold

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, seta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasak popok dll.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.

C. Periode Letting Go

- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan social.
- c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transmisi ke masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain :

- a) Respon dan dukungan keluarga dan teman
- b) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi.

- c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.
- d) Pengaruh budaya. (Sulistyawati. 2009)

5) **Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas**

A. Gizi Ibu Menyusui

Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk memproduksi ASI dan untuk aktivitas ibu sendiri.

Selama menyusui, ibu dengan status gizi baik rata-rata memproduksi ASI sekitar 800 cc yang mengandung sekitar 600 kkal, sedangkan pada ibu dengan status gizi kurang biasanya memproduksi kurang dari itu. Walaupun demikian, status gizi tidak berpengaruh besar terhadap mutu ASI, kecuali volumenya.

Disamping itu harus mengandung :

(1) Sumber tenaga (energi)

Tambahan kalori sebesar 800 kkal, sementara sisanya (sekitar 200 kkal) diambil dari cadangan endogen, yaitu timbunan lemak selama hamil.

(2) Sumber Pembangun (Protein)

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gram protein. Dengan demikian 830 cc ASI mengandung 10 gram protein. Peningkatan

kebutuhan ini ditunjukkan bukan hanya untuk transformasi menjadi protein susu, tetapi juga untuk sintesis hormone yang memproduksi (prolaktin), serta yang mengeluarkan ASI (oksitasin).

Selain kedua nutrisi di atas tersebut, ibu menyusui juga dianjurkan untuk makan makanan yang mengandung asam lemak Omega 3 yang terdapat dalam ikan kakap, tongkol, dan lemuru. Asam ini akan diubah menjadi DHA yang akan dikeluarkan melalui ASI. Kalsium yang terdapat pada susu, keju, teri, dan kacang-kacangan. Zat besi banyak terdapat pada makanan laut. Vitamin C banyak terdapat pada buah-buahan jeruk, mangga, apel, tomat dan lain-lain.

Vitamin B-1 dan B-2 terdapat pada padi, kacang-kacangan, hati , telur dan sebagainya.

Dengan penjelasan tersebut, akhirnya dapat dirumuskan beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui, antara lain :

- a) Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 800 kalori.
- b) Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin.
- c) Minum sedikitnya 3 liter tiap hari, terutama setelah menyusui.
- d) Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas.

- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Sulistyawati. 2009).

B. Ambulasi Dini

Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing pasien 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) Penderita 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 (Sulistyawati. 2009).

C. 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 diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga (Ambarwati, 2010).

D. 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.

E. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulikan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energy menyusui bayinya nanti.

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perarahan, menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Sulistyawati, 2009).

F. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, missalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Sulistyawati. 2009).

G. Latihan Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah Senam Kegel. Senam Kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergantian pada otot – otot dasar panggul. Senam Kegel mempunyai beberapa manfaat antar lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan haemorroid, meningkatkan pengendalian atas urin (Ambarwati, 2010).

H. 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).

6) Program dan Kebijakan Teknis

(1)Paling sedikit empat kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah,

mendeteksi dan menangani masalah – masalah yang terjadi.

Kunjungan 1 (6-8 jam setelah persalinan)

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*.
- d. Pemberian ASI awal.
- e. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir.
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hypothermi*.
- g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

(2)Kunjungan 2 (6 hari setelah persalinan)

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan, 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 tidak 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)Kunjungan 3 (2 minggu setelah persalinan) : Sama seperti diatas.

(4)Kunjungan 4 (6 minggu setelah persalinan)

- a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami.
- b. Memberikan konseling KB secara dini

(Sulistyowati, 2009).

7) Ketidaknyamanan Masa Nifas

Kontraksi uterus yang mirip dengan kram menstruasi, disebut afterpain, sering terjadi selama kira-kira 2 hari setelah persalinan, lebih sering pada multipara dan wanita yang mengalami distensi yang berlebihan. Selama menyusui, ibu merasakan afterpain yang lebih hebat, karena isapan bayi menyebabkan pelepasan oksitosin oleh kelenjar hipofisis posterior. Oksitosin menyebabkan kontraksi saluran lacteal pada payudara yang mengeluarkan kolostrum atau air susu dan menyebabkan otot-otot uterus berkontraksi. Sensasi afterpain dapat terjadi selama kontraksi uterus aktif untuk mengeluarkan bekuan-bekuan darah dari rongga uterus (Reeder, 2011).

8) Tanda Bahaya Masa Nifas

- (1) Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur
- (2) Pembengkakan di wajah atau ekstermitas

- (3) Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
 - (4) Payudara berubah menjadi merah, panas dan sakit
 - (5) Perdarahan Pervagina
 - (6) Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama
 - (7) Rasa sakit, merah, dan pembengkakan kaki
 - (8) Merasa sedih atau tidak mampu untuk merawat bayi dan diri sendiri
- (Sulistyawati. 2009)

2.2 Manajemen Varney

1) Pengertian Manajemen Varney

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan. Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien (Saminem, 2010).

2) Standar 7 Langkah Varney

(1) Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan

sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid (Soepardan, 2008).

(2) Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnose dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnose tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian (Soepardan, 2008).

(3) Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman (Saminem, 2010).

(4) Langkah IV : Mengidentifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat

mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Saminem, 2010).

(5) Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis (Soepardan, 2008).

(6) Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien dan Aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya (Saminem, 2010).

(7) Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah (Saminem, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

(1) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat – alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Usia < 16 th dan > 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan (APN, 2010).

(2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang di rasakan oleh pasien datang ke fasilitas kesehatan.(Sulistyawati, 2009). Keluhan TM III (Sering buang air kecil, sakit punggung atas dan bawah, keputihan, napas sesak, gatal-gatal, edema dependen) (Asrinah. 2010).

Kehamilan yang tidak diinginkan, stres, terjadi keretakan dalam rumah tangga, pengangguran, kemiskinan, kekerasan yang dilakukan oleh pasangan, tidak ada dukungan keluarga (Indrayani, 2011).

(3) Riwayat kebidanan

Kunjungan : Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu, Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu), Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu) (Jannah, 2012).

Riwayat menstruasi siklus : 23-32 hari (Sulistyawati, 2009)

(4) Riwayat obstetric yang lalu

Apakah ada masalah selama persalinan atau kelahiran sebelumnya (bedah caesar, persalinan dengan ekstrasi vakum atau vorseps,

hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan, preeklamsi/eklamsi, perdarahan pasca persalinan). Berapa berat badan bayi yang paling besar pernah ibu lahirkan. Semua pernyataan tersebut sangat mempengaruhi proses kehamilan, persalinan dan nifas yang akan datang (Tresnawati, 2012)

(5) Riwayat kehamilan sekarang

a) Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, sering buang air kecil, leukore/keputihan (Sulistyawati, 2009).

b) Pergerakan anak pertama kali : usia 16-20 minggu (Saifuddin. 2009)

c) Frekuensi pergerakan anak : 4-10 gerakan per 12 jam sehari (Reeder. 2012)

d) Penyuluhan yang sudah di dapat : Nutrisi, Eliminasi, Personal hygiene, Seksual, Mobilisasi(aktifitas), Istirahat, Imunisasi, Persiapan persalinan, Tanda bahaya kehamilan. (Asrinah, 2010)

e) Imunisasi yang sudah di dapat

Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5

dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Asrinah, 2010).

(6) Pola fungsi kesehatan

- a) Nutrisi. nafsu makan sangat baik, tetapi jangan kelebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis (seperti gula) dan terlalu asin (seperti garam, ikan asin, telur asin, tauco dan kecap asin) karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan.
- b) Eliminasi. Pada trimester I dan III biasanya ibu hamil mengalami frekuensi kencing yang meningkat dikarenakan rahim yang membesar menekan dan konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. (Asrinah, 2010). jika urine keruh curiga DM (Saifuddin, 2002).
- c) Istirahat. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam + sekitar 8 jam/istirahat/ tidur siang \pm 1 jam (Asrinah, 2010).

- d) Aktivitas. Wanita hamil boleh melakukan pekerjaannya sehari-hari di rumah, di kantor, di pabrik jika pekerjaan tersebut bersifat ringan.
- e) Pola seksual. Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan perlu dihindari hubungan seksual karena dapat membahayakan. Bisa terjadi bila kurang higienis, ketuban bisa pecah, dan persalinan bisa terangsang karena, sperma mengandung prostaglandin (Indrayani, 2012).

- f) Pola persepsi.

Kafein berdampak pada janin seperti keguguran, BBLR, sindrom kematian janin mendadak (SIDS), detak jantung meningkat (Indrayani, 2012).

Merokok dapat menyebabkan angka kejadian SGA, berat plasenta rendah, abortus spontan, malformasi kongenital *defec neural tube*, masalah pernafasan pada BBL dan bayi. Dapat menyebabkan kelahiran preterm, keguguran, abruptio plasenta, ruptur, dan vasokonstriksi (indrayani, 2011).

Alkohol dapat mengakibatkan fetal alkohol syndrome, kerusakan janin pada awal kehamilan, kelainan pertumbuhan, IQ dibawah standar, wajah abnormal, jantung abnormal (indrayani, 2011).

Kokain menyebabkan hipertensi, IUFD, IUG, kelahiran prematur, mikrosephalus, cacat kongenital,

Narkotik pada kehamilan dapat menyebabkan IUGR, kelahiran prematur, dan kematian janin.

Ampetamin pada ibu hamil berhubungan dengan penurunan nutrisi dan berat badan (Indrayani, 2011).

Hewan peliharaan dapat menjadi pembawa infeksi (misal bulu kucing, burung dapat mengandung parasit toksoplasma) (Dewi, 2011)

- g) Personal hygiene. Mandi minimal 2 kali sehari, ganti baju minimal 1 kali, ganti celana minimal 2 kali, keramas 2 hari sekali, basuh kemaluan setelah buang air besar dengan arah ke depan ke belakang.

(7) Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita ibu

- a) Jantung. pada kehamilan, persalinan dan nifas dapat timbul payah jantung (decompensasi cordis). Penyakit ini akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan (Rahmawati, 2012)
- b) Asma. Pada kehamilan abortus, pada janin hipoksia, prematur, BB janin tidak sesuai dengan UK, asmatikus
- c) TBC menyebabkan bayi tertular dan kurang gizi.
- d) Hipertensi, dampak mortalitas perinatal berhubungan dengan solusio plasenta, hambatan pertumbuhan janin intrauteri, kelahiran prematur (Medforth, 2011)
- e) DM, pada kehamilan dapat menyebabkan janin kelainan congenital, partus prematurus, hidramnion, preeklamsi, kelainan letak, dan insufisiensi plasenta (Dewi, 2011). Komplikasi lain

infeksi saluran kencing, infeksi vagina, polihidramnion, makrosomia (Medforth, 2011).

- f) Hepatitis. Meningkatkan angka kematian ibu dan janin.
- g) TORCH (Toksoplasma, Rubella, Cytomegalovirus Dan Herpes)
 - (a)Toksoplasma. Pada janin menyebabkan anencephali, hidrocephalus, hingga kelainan syaraf.
 - (b)Rubella. Jika menyerang pada trimester III, kecacatan janin sksn terjadi sebesar 5,3% seperti organ jantung, telinga, daan susunan saraf pusat.
 - (c)Cytomegalovirus. menyebabkan cacat janin pada bagian kepala, mata, kaki, dan kelainan darah.
 - (d)Herpes. Pada kehamilan dapat mengakibatkan kematian janin dalam rahim (Rahmawati, 2012).
- h) Gemelli, komplikasi pada kehamilan keguguran, gangguan minor yang sangat banyak pada kehamilan, persalinan premature, hipertensi akibat kehamilan, anemia disebabkan oleh tuntutan dari 2 janin, polihidramnion, solusio plasenta, plasenta previa, hambatan pertumbuhan intrauteri (Medforth, 2011).

(8) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Untuk mengetahui adakah penyakit keturunan dalam keluarga, anak kembar atau penyakit menular yang dapat mempengaruhi kehamilan dan persalinan.

(9) Riwayat psikologis, sosial dan spiritual

- a) Riwayat emosional cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi (Varney 2007).
- b) Kehamilan direncanakan/tidak
- c) Kebiasaan adat istiadat, fasilitas kesehatan, dukungan keluarga (Asrinah, 2010)
- d) Riwayat Keluarga Berencana (KB) Suntikan KB, AKDR, Pil KB, Implan, Metode sederhana. (Saifuddin, 2006)

(10) Data objektif

- a) Pemeriksaan umum : Keadaan umum baik, compos mentis, kooperatif , TTV TD \geq 140/90 mmHg, pada kehamilan menunjukkan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan proteinuria) (Kementian Kesehatan RI, 2012).

N \geq 110 kali/menit, cepat dan lemah (menunjukkan gejala syok)

RR \geq 30 Kali /menit, cepat (menunjukkan gejala syok)

S \geq 38⁰C (Malaria, ISK) (Saifuddin, 2002)

- b) Antropometri

Berat badan ibu hamil bertambah 12-15 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan \pm 1/2 kg per minggu. Peningkatan berat

badan pada trimester pertama 1 kg, pada trimester kedua 3 kg, dan pada trimester ketiga 6 kg,

TB > 145 cm, tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (Kementrian kesehatan RI, 2012).

Lila >23,5 cm, Lila kurang dari 23,5 cm ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) (Kementrian kesehatan RI, 2012).

c) Pemeriksaan fisik

(a) Wajah : Wajah odem curiga akan preeklamsi

(b) Mata : Konjungtiva pucat menunjukkan tanda anemia, komplikasi abortus, syok, persalinan preterm, perdarahan pascapersalinan, IUGR, IUFD (Mansjoer, 2001).

(c) Mulut & gigi : Tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.

(d) Dada : Ronchi +/- adanya sesak nafas/asma komplikasi keguguran, persalinan premature, IUGR (Mansjoer, 2001)

(e) Mamae : Simetris, hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan.

(f) Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, jika terdapat bekas luka operasi, bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek

pada kehamilan/persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim (Rochjati, 2011), terdapat striae nigra

Leopold I : Teraba TFU 2-3 jari bawah processus xipoidius jika terjadi lightening umur kehamila 40 minggu (Kriebs, 2010), pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting (bokong).

Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut permukaan keras dan cembung, ekstermitas (lutut dan siku) seperti tonjolan yang bersudut tajam. (Reeder, 2012)

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

Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Pada primigravida engagement biasanya terjadi 2-3 minggu sebelum cukup bulan. Pada multigravida engagement dapat terjadi setiap saat sebelum atau sesudah mulainya persalinan (Oxorn, 2010)

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

5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis

4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul

3/5 jika sebagian (2/5) bagian terendah janin telah memasuki rongga panggul

2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakan)

1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan (4/5) bagian telah masuk ke dalam rongga panggul

0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (APN, 2008).

TFU Mc. Donald : Uk 29 minggu 21 cm, Uk 32 minggu 24-25 cm, UK 36 minggu 29-30 cm, Uk 40 minggu 35 cm (Baihaqi, 2010)

TBJ : Dihitung dengan $(TFU - N) \times 155 = \dots\dots\dots$ gram

N : 13 bila kepala belum melewati pintu atas panggul

N : 12 bila kepala masih berada diatas spina iskiadika

N : 11 bila kepala masih berada dibawah spina iskiadika

(Mansjoer, 2001)

DJJ : Nomal 120-160 x/menit (Saifuddin, 2012)

Lambat < 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

(g) Genetalia :Perdarahan UK lanjut plasenta previa, solusio plasenta, rupture uteri (Saifuddin, 2002).

(h) Ekstremitas : Terdapat edema generalisata (edema pada tangan dan muka) salah satu gejala preeklamsia (Syarifuddin, 2009).

d) Pemeriksaan panggul

Distancia Spinarum : 24-26 cm

Distancia cristarum : 28-30 cm

Distancia tuberum : 10,5 cm

Conjugata eksterna : 18-20 cm

Lingkar panggul : 80-90 cm (Syarifuddin, 2009)

Indikasi pemeriksaan panggul yaitu pada primi kepala belum turun pada bulan terakhir, pada multipara jika dalam anamnesa, ternyata persalinan yang dulu sukar (riwayat obstetric jelek), terdapat kelainan letak hamil tua, jika badan penderita menunjukkan kelainan seperti kyphose, scoliose, kaki pendek sebelah/pincang, cebol, ukuran panggul luar sempit (Nova, 16-07-2013).

e) Pemeriksaan lab

(a) Darah :

Tabel 2.4 Nilai atas untuk anemia pada perempuan

Status kehamilan	Hemoglobin (g/dl)	Hematokrit (%)
Tidak hamil	12,0	36
Hamil		
Trimester I	11,0	33
Trimester II	10,5	32
Trimester III	11,0	33

(

(Jannah, 2012).

(b) Urine : Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi, proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklamsi pada ibu hamil (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

f) Pemeriksaan lain :

USG : USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi janin, mengkaji usia gestasi janin dan adanya gestasi multiple, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin, melokalisasi plasenta, dan kantung amnion (Doenges, 2001).

2) Interpretasi data dasar

Diagnose : GPAPIAH , uk....minggu , hidup/mati, tunggal/gemeli, letak/presentasi, int/eks uteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin.

Masalah : Sering buang air kecil, sakit punggung atas dan bawah, keputihan, napas sesak, gatal-gatal, edema dependen. (Asrinah. 2010)

Kehamilan yang tidak diinginkan, stres, terjadi keretakan dalam rumah tangga, pengangguran, kemiskinan, kekerasan yang dilakukan oleh pasangan, tidak ada dukungan keluarga (Indrayani, 2011).

Kebutuhan : Nutrisi, Personal hygiene, Eliminasi, Aktifitas, Istirahat, dukungan keluarga, fasilitas kesehatan (Asrinah, 2010).

3) **Antisipasi diagnose dan masalah potensial**

Infeksi saluran kemih, pyelonefritis, keputihan patologis, dermatotes, edema generalisata, (Indrayani, 2011). Depresi, psikosa, psikosa neurosa (Marmi, 2011).

4) **Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera :**

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien (Saminem, 2010)

5) **Intervensi**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, Ibu dapat mengulangi kembali dan mampu melakukan penjelasan yang telah disampaikan petugas tentang kehamilannya.

1. Berikan informasi tentang perubahan fisik normal pada trimester III.

R/ Meningkatkan dan memelihara kesehatan (Reeder, 2011).

2. Berikan konseling diet dalam area yang sesuai kebutuhan ibu hamil.

R/ Membantu klien memperoleh status nutrisi yang optimal selama kehamilan

3. Ajarkan cara meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan selama kehamilan, lakukan tindakan perawatan diri.

- R/ Meningkatkan kesehatan dan mengurangi resiko komplikasi.
4. Anjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri dan jalan lahir.
R/ Meningkatkan kenyamanan dan mengurangi resiko infeksi (Reeder, 2012).
 5. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.
R/ Perawatan payudara yang tepat dapat mencegah kekeringan, pecah-pecah, nyeri, dan perdarahan pada puting, yang dapat menghambat keefektifan menyusui (Taylor, 2012).
 6. Berikan informasi kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan.
R/ Dengan mengetahui tanda-tanda persalinan ibu dapat segera datang ke petugas kesehatan.
 7. Anjurkan ibu untuk kontrol kembali sesuai jadwal yang ditetapkan.
R/ Memonitor perkembangan maternal dan janin (Reeder, 2012).
 8. Berikan ibu obat penambah darah (Fe) dan vitamin.
R/ Pertumbuhan janin dan ekspansi volume darah maternal (Reeder, 2012).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

- (1) Keluhan utama : Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan, pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina, pengeluaran cairan(ketuban) (Arsinah, 2010).

(2) Pola Kesehatan Fungsional

- a) Nutrisi : Ibu akan lebih berenergi dan memiliki hidrasi yang lebih adekuat jika mendapatkan makanan (Varney, 2008).
- b) Eliminasi : Kapan BAB terakhir, kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan (Asrinah, 2010).

(3) Riwayat psiko, sosio, spiritual

Pengalaman sebelumnya, kesiapan emosi, persiapan menghadapi persalinan (Fisik, mental, materi dsb), support system (Varney, 2007). Dukungan dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Hargai ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya (APN, 2008).

(4) Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

(a) Keadaan Umum : Baik, compos mentis, TTV :

TD meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sisistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg (Asrinah, 2010).

RR terjadi kenaikan sedikit dibandingkan dengan sebelum persalinan, hal ini disebabkan karena adanya rasa nyeri,

kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar (Asrinah, 2010).

Suhu akan sedikit meningkat selama persalinan, kenaikan dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C, namun bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu mengindikasikan adanya dehidrasi (Asrinah, 2010)

(b) Taksiran persalinan

TP = Tanggal HPHT ditambahkan 7

Bulan dikurangi 3

Tahun ditambahkan 1 (jika bulan lebih dari 4-12)

TP = Tanggal HPHT ditambahkan 7

Bulan ditambahkan 9 (jika bulan 1-3). (Hani. 2011).

(c) Usia Kehamilan, berpatokan pada HPHT seorang wanita yang belum hamil.

b) Pemeriksaan Fisik

(a) Mamae : Simetris, hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, kolustrum sudah keluar/belum.

(b) Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, jika terdapat bekas luka operasi, bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan/persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim (Rochjati, 2011), terdapat striae nigra

Leopold I : Teraba TFU 2-3 jari bawah processus xipoidius jika terjadi lightening umur kehamilan 40 minggu (Kriebs, 2010), pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting (bokong).

Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut permukaan keras dan cembung, ekstermitas (lutut dan siku) seperti tonjolan yang bersudut tajam. (Reeder, 2012)

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

Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP (divergen) dan pada perabaan jari 3/5 .

TFU Mc. Donald : Uk 29 minggu 21 cm, Uk 32 minggu 24-25 minggu, UK 36 minggu 29-30 cm, Uk 40 minggu 35 cm (Baihaqi, 2010)

TBJ : Dihitung dengan $(TFU - N) \times 155 = \dots\dots\dots\text{gram}$

DJJ : Nomal 120-160 x/menit (Saifuddin, 2012)

Lambat < 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

(c) Genetalia : tidak odema, tampak keluar bloody show, cairan ketuban (+/-) (Asrinah, 2010).

(d) Ekstremitas : Terdapat edema generalisata (edema pada tangan dan muka) salah satu gejala preeklamsia (Syafuddin, 2009)

(e) Pemeriksaan Dalam : tidak ada nyeri tekan, VT Ø 1-10 cm, effacement 100 % ketuban (+/-), selaput ketuban utuh, jernih, bercampur mekonium, bercampur darah, presentasi kepala, denominator ubun-ubun kecil kiri depan, Hodge 1-IV, sutura tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil janin.

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : GPAPIAH , uk....minggu , hidup/mati, tunggal/gemeli, letak/presentasi, int/eks uteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin, dengan Inpartu Kala I fase aktif/laten

Masalah : Nyeri persalinan.

Kebutuhan: Dukungan emosional, tehnik distraksi, relaksasi dan stimulasi kulit pada ibu (pijatan) (Asrinah, 2010).

3) Antisipasi Diagnose dan Masalah Potensial

Syok

4) Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien (Saminem, 2010).

5) Intervensi Kala I

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama ± 12 jam pada primigravida dan ± 8 jam pada multigravida diharapkan pembukaan lengkap dan ibu bisa kooperatif (Asrinah, 2010).

Kriteria Hasil :KU ibu dan janin baik, adanya pembukaan dan effacement 100%, adanya His yang adekuat dan teratur, terjadi penurunan kepala, kepala pada dasar panggul UUK dibawah simfisis(Ekstensi)

- a) Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi serta bahan-bahan dan obat-obat yang diperlukan

R/ Efisiensi prosedur tindakan

- b) Lakukan persiapan rujukan pada pelayanan kesehatan.

R/ memperoleh perawatan yang dibutuhkan apabila teridentifikasi masalah.

(Reeder, 2012).

- c) Berikan Asuhan sayang ibu

- (a) Bantu pengaturan posisi ibu tempatkan pada posisi miring kiri, tinggikan kepala tempat tidur sedikit

R/ menurunkan kepekaan uterus, meningkatkan perfusi plasenta, dan mencegah hipotensi terlentang

- (b) Berikan kebutuhan cairan dan nutrisi

R/ Ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Cukupnya cairan dapat mencegah ibu mengalami hal tersebut (APN, 2008).

- (c) Berikan dukungan emosional

R/ Keefektifan coping klien dan keluarga (Reeder, 2012).

- (d) Anjurkan mengosongkan kandung kemih

R/ Kandung kemih penuh dapat mengganggu posisi janin dan penempatan pemantau (APN, 2008).

(e) Pencegahan infeksi.

R/ Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi (APN, 2008).

d) Lakukan observasi dan pengisian partograf

R/ Memutuskan Asuhan yang akan dilakukan selanjutnya.

6) Intervensi Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan \pm 60 menit untuk multigravida dan \pm 120 menit untuk primigravida persalinan dapat berjalan normal (APN, 2008)

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, ibu dapat melahirkan bayinya dengan normal, bayi lahir spontan pervaginam, bernafas spontan, tangisan kuat, tunus otot aktif, kulit kemerahan.

1. Kenali tanda gejala kala II : Dorongan meneran, Tekanan pada anus, Perineum menonjo, Vulva membuka.
2. Cek partus set dan dekatkan pada klien.
3. Pakai celemek plastik
4. Cuci tangan menggunakan sabun kemudian mengeringkan dengan handuk kering
5. Pakai sarung tangan DTT

6. Masukkan oksitosin dalam spuit 3cc, letakkan pada partus set
7. Bersihkan vulva menggunakan kapas savlon
8. Lakukan periksa dalam, pastikan pembukaan lengkap
9. Celupkan sarung tangan bekas pakai ke dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit untuk didekontaminasi
10. Periksa DJJ pastikan dalam keadaan normal
11. Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan berikan posisi yang nyaman untuk meneran
12. Sarankan suami atau keluarga untuk membantu ibu dalam posisi yang nyaman dan beri dukungan /semangat untuk ibu
13. Pimpin ibu untuk meneran saat kontraksi
14. Anjurkan ibu untuk istirahat saat tidak ada kontraksi dan beri asupan peroral
15. Letakkan kain di atas perut ibu saat crowning
16. Letakkan kain bersih, lipat 1/3 di bawah bokong ibu
17. Buka partus set
18. Pakai sarung tangan
19. Lindungi perineum dengan kain dan tahan kepala saat melahirkan
kepala : kepala lahir spontan belakang kepala
20. Cek lilitan tali pusat : Tidak ada lilitan tali pusat
21. Tunggu kepala putar paksi luar
22. Lahirkan bahu depan, bahu belakang dengan tehnik biparietal
23. Lahirkan badan dengan tehnik sangga
24. Lahirkan kaki dengan tehnik susur

25. Lakukan pertolongan bayi baru lahir, nilai apa bayi menangis kuat atau tidak, berwarna merah atau tidak, tonus otot aktif atau tidak letakkan pada kain di atas perut ibu, bayi lahir spontan belakang kepala, Jenis kelamin : ♀ / ♂
26. Keringkan tubuh bayi, bungkus kepala dan tubuh kecuali tali pusat
27. Periksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi : tidak ada bayi ke -2

7) Intervensi Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III \pm 15-30 menit ibu kooperatif dan kelahiran plasenta spontan dan lengkap (Asrinah, 2010)

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, plasenta lahir spontan dan lengkap, tidak terjadi perdarahan.

28. Beritahukan pada ibu bahwa dia akan disuntik
29. Suntikkan oksitosin 10 UI secara IM
30. Jepit tali pusat 3 cm dari bayi, klem lagi 2 cm dari klem pertama
31. Potong tali pusat di antara kedua klem
32. Berikan bayi pada ibu dan letakkan pada dada ibu
33. Ganti kain basah dengan dengan yang kering, bungkus seluruh badan bayi kecuali tali pusat.
34. Pindahkan klem 5cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan kiri di atas abdomen dan tangan kanan meregangkan tali pusat

36. Dorong perut (uterus) ke arah distal (dorso kranial) menggunakan satu tangan saat kontraksi dan tangan yang lain menegangkan tali pusat ke arah bawah.
 37. Tarik tali pusat dengan hati-hati, pindahkan klem 5cm dari vulva saat tali pusat semakin panjang.
 38. Pegang dan memutar saat plasenta hampir lahir searah jarum jam dengan tangan hingga terpinil dan lahir semua.
 39. Masase uterus setelah plasenta dan selaputnya lahir dengan gerakan memutar.
 40. Periksa kelengkapan plasenta.
 - a) Bagian maternal: selaput utuh, jumlah kotiledon 16-20 buah, diameter 15-20 cm, berat \pm 500 gr
 - b) Bagian Feotal : Panjang tali pusat \pm 55 cm (30-100), Insersi tali pusat sentralis, parasentralis, lateralis, marginalis
- 8) Intervensi Kala IV
- Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan \pm 2 jam kala IV normal.
- Kriteria Hasil : Kontraksi uterus baik, tidak terjadi perdarahan , tidak terjadi infeksi, ibu dapat mobilisasi.
41. Evaluasi laserasi vulva dan perineum.
 42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
 43. Letakkan bayi di atas perut ibu
 44. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, cuci tangan dengan chlorin lalu bilas dengan air DTT

45. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
46. Evaluasi jumlah kehilangan darah.
47. Periksa nadi ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan tiap 30 menit selama 1 jam kedua PP
48. Periksa pernafasan / temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
49. Timbang BB bayi, mengukur TB, olesi mata dengan salep mata (antibiotik), berikan injeksi vit.K 1mg pada paha kiri.
50. Berikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan.
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan chlorin 0,5 % untuk dekontaminasi
52. Buang bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang tersedia
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan ketuban, lendir dan darah dengan larutan chlorin, bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
54. Bersihkan ibu agar merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu makanan dan minuman yang diinginkan.
55. Dekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan chlorin 0,5 %
56. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan chlorin 0,5 %, membalik bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan chlorin 0,5 % selama 10 menit
57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

58. Lengkapi partograf memeriksa TTV (Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR) dan Asuhan kala IV (Perdarahan, TFU, Kontraksi uterus, kandung kemih).

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian

(1) Keluhan : Nyeri perineum, after pain, cemas, masalah payudara, masalah pelaksanaan menyusui, perdarahan post partum, post partum blues, kesedihan dan duka cita (Sulistyawawi, 2009).

(2) Pola fungsional

a) Nutrisi : Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 800 kalori, makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin, minum sedikitnya 3 liter tiap hari, terutama setelah menyusui, mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

a) Eliminasi : biasanya ibu sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama.

b) Istirahat : ibu nifas memerlukan istirahat cukup untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya.

c) Aktifitas : Ibu bangun dari tempat tidurnya, dan selekas mungkin berjalan (Sulistyawati, 2009)

(3) Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :

Ibu dengan riwayat penyakit hepatitis dan HIV tidak boleh memberi ASI pada anaknya virus tersebut bisa ditularkan melalui ASI.

(4) Riwayat psiko, sosio, spiritual

a) Riwayat emosional : Pada saat kelahiran, mungkin ada kegembiraan tentang jenis kelamin, warna dan jumlah rambut, dan karakteristik fisik lain, tetapi kasih sayang terbentuk seiring dengan waktu, seperti pada setiap hubungan yang lain (Reeder, 2012).

b) Dukungan keluarga : sangat perlu untuk mempercepat proses adaptasi peran baru.

c) Tradisi : adat-istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati transisi ini (pantangan makanan) (Sulistiyawati, 2009).

d) Perencanaan Keluarga Berencana (KB) Suntikan KB, AKDR, Pil KB, Implan, Metode sederhana (Saifuddin, 2006).

(5) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik, compos mentis, kooperatif, TTV

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

Nadi : sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat, $N > 100x/menit$ adalah abnormal hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

RR : pernafasan mengalami peningkatan

Suhu : akan naik dalam 24 jam post partum (37,5°-38°C)

(Sulistyawati, 2009).

b) Antropometri

Penurunan BB segera setelah melahirkan rata-rata sebanyak 6 kg dan mencakup berat janin, plasenta, cairan amnion, dan kehilangan darah. Sekitar 4,5-5 kg turun selama minggu pertama.

Penurunan berat badan total ibu yang berhubungan dengan melahirkan dan pascapartum berkisar dari 9,5-12 kg (Reeder, 2001).

c) Pemeriksaan Fisik

(a) Wajah : pucat menandakan anemi, syok

(b) Mata : konjungtiva pucat (tidak merah muda) tanda anemi.

(c) Mamae: simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak terdapat massa dan benjolan abnormal, kolostrum pengeluaran meningkat selama 3-4 hari pertama. ASI keluar pada hari ketiga dan keempat pascapartum, pada saat ini payudara lebih besar dan keras, dan lebih peka saat sekresi lacteal terjadi, yang menyebabkan ibu mengalami rasa nyeri yang berdenyut-denyut pada kedua payudara (Reeder, 2001)

(d) Abdomen : TFU : 2 jari bawah pusat, Kontraksi uterus : bulat, keras. Afterpain biasanya sering terjadi bersamaan dengan menyusui, saat kelenjar hipofisis posterior

melepaskan oksitosin yang disebabkan oleh isapan bayi. Sensasi afterpain dapat terjadi selama kontraksi uterus aktif untuk mengeluarkan bekuan-bekuan darah dari rongga uterus. (Reeder, 2011).

(e) Genetalia: serviks setelah persalinan mendatar dan sedikit tonus, tampak lunak dan edema serta mengalami banyak laserasi kecil. Mulut serviks secara bertahap menutup, ukurannya 2-3cm setelah beberapa hari dan 1 cm dalam 1 minggu. Vagina dan perineum terdapat odem, setelah 3 minggu vaskularisasi, edema dan hipertropi akibat kehamilan dan persalinan berkurang secara nyata. Lochea rubra (Reeder, 2001).

(f) Ekstermitas : tidak odema, tidak ada varises, tidak ada gangguan pergerakan.

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH post partum 6 jam fisiologis

Masalah : Nyeri perineum, after pain, cemas, masalah payudara, masalah pelaksanaan menyusui, perdarahan post partum, post partum blues, kesedihan dan duka cita (Sulistyawawi, 2009).

Kebutuhan : Early ambulation, perawatan payudara, tehnik relaksasi, dicintai dan mencintai, dukungan emosional, kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya (Sulistyawati, 2009)

3) Antisipasi Terhadap Diagnosa dan Potensial

Perdarahan pervaginam, Infeksi, Mastitis (Abses payudara), depresi post partum (Sulistiyowati, 2009).

4) Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

5) Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 6-8 jam diharapkan keadaan umum ibu dan bayi baik

Kriteria hasil : TTV normal, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, dan tidak terjadi perdarahan.

1. Pantau TTV, keadaan fundus dan perineum, dan perdarahan dengan sering dan terjadwal
R/ Mengidentifikasi apakah klien mengalami perdarahan
2. Mulai masase fundus dan cegah perdarahan
R/ Mengeraskan otot uterus dan menghentikan hemoragi.
3. Anjurkan makan makanan bergizi seimbang serta minuman dengan sering
R/ Memenuhi kebutuhan kalori tubuh.
4. Berikan ASI awal
R/ Di mulai sedini mungkin dan secara eksklusif mendapatkan ASI.

5. Lakukan hubungan batin antara ibu dan bayi baru lahir.

R/ Dukung integrasi bayi baru lahir dalam keluarga dengan perawatan dan interaksi orang tua yang sering untuk meningkatkan koping keluarga

(Reeder, 2011).

6. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

R/ Tindakan melindungi pasien dari kehilangan panas (Taylor, 2012).

7. Ajarkan dan ulangi penjelasan tanda-tanda bahaya yang harus dilaporkan

R/ Mencegah komplikasi selanjutnya dan memastikan terapi medis yang tepat (Reeder, 2011).