

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1. Definisi kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang fisiologis dan alamiah. Masa kehamilandimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin.Lamanya hamil adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Prawirohardjo, 2010 : 89)

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum.(Varney, 2008 : 492)

Kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dimulainya persalinan.(Asrinah : 2010 : 17)

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 Manuaba : 2010 : 75).

2. Diagnosis Kehamilan

1)Tanda pasti kehamilan (tanda positif)

- a. Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian

- b. Denyut Jantung Janin
 - a) Didengar dengan stetoskop-monoaura
 - b) I Leannec.
 - c) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler.
 - d) Dicatat dengan fetoelektrokardiogram
 - e) Dilihat dari ultrasonografi
- c. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen

2) **Diagnosis Banding Kehamilan**

- a. Hamil palsu

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
- b. Tumor kandungan atau mioma uteri

Terdapat pembesaran rahim tetapi tidak disertai tanda hamil, bentuk pembesaran tidak merata dan perdarahan banyak saat menstruasi.
- c. Kista ovarium

Terjadi pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil, datang bulan terus berlangsung, lamanya perbesaran perut dapat melampaui umur kehamilan, dan pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan tes negatif.
- d. Hematometra

Terlambat datang bulan dapat melampaui umur kehamilan, perut terasa sakit setiap bulan, terjadi tumpukan darah dalam rahim, tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.

e. Kandung kemih yang penuh

Dengan melakukan kateterisasi, maka pembesaran perut akan menghilang.

3. Perubahan Fisiologis pada Wanita Hamil

1) Uterus

- a. Ukuran: Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan: 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.
- b. Berat: Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram pada akhir jehamilan (40 pekan).
- c. Bentuk dan Konsistensi: Pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak (soft), disebut tanda Hegar. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim teraba tipis, karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.
- d. Serviks uteri: Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (soft) disebut tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan

mengeluarkan banyak cairan mukus. Karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah. Warnanya menjadi livid dan perubahan itu disebut tanda chadwick.

2) Indung Telur (ovarium)

- a. Ovulasi terhenti.
- b. Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

3) Vulva dan Vagina

Karena pengaruh estrogen, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat hipervaskularisasi, vulva dan vagina terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan portio disebut tanda Chadwick.

4) Dinding Perut (Abdominal Wall)

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

5) Sistem Sirkulasi Darah

- a. Volume darah

Volume darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti

pertambahan curah jantung (cardiac output), yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$. Akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekompensasi kardis. Kenaikan plasma darah dapat mencapai 40% saat mendekati cukup bulan.

b. Protein darah

Gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin dan gammaglobulin menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. Beta-globulin dan fibrinogen terus meningkat.

c. Hitung jenis hemoglobin

Hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport O_2 yang sangat diperlukan selama kehamilan. Konsentrasi Hb pada orang yang tidak hamil. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh volume plasma yang meningkat. Dalam kehamilan, leukosit meningkat sampai 10.000/cc, begitu pula dengan produksi trombosit.

6) Sistem Pernafasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernafasan dada (thoracic breathing).

7) Saluran Pencernaan (Traktus Digestivus)

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (morning sickness).

8) Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu:

- a. Muka: disenut masker kehamilan (chloasma gravidarum).
- b. Payudara: puting susu dan areola payudara.
- c. Perut: linea nigra striae
- d. Vulva.

9) Payudara (Mammae)

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang, dan berat. Dapat teraba noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan areola payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolong (kolostrum) yang berwarna kuning pada akhir kehamilan. (Sofian, 2012: 30-32)

4. Ketidaknyamanan Umum Selama Kehamilan Dan Cara Mengatasinya

1) Nyeri Punggung Bagian Atas (Nonpatologis)

Nyeri punggung bagian atas terjadi selama trimester pertama akibat peningkatan ukuran payudara, yang membuat payudara menjadi berat. Hal ini merupakan salah satu tanda paraduga kehamilan. Pembesaran

ini dapat mengakibatkan tarikan otot jika payudara tidak disokong adekuat. Metode untuk mengurangi nyeri ini ialah dengan menggunakan bra yang berukuran sesuai ukuran payudara, bra penyokong yang berukuran tepat juga mengurangi ketidaknyamanan akibat nyeri tekan pada payudara yang timbul karena pembesaran payudara.

2) Nyeri Ulu Hati

Nyeri ulu hati akan timbul menjelang akhir trimester kedua dan bertahan hingga trimester ketiga adalah. Penyebab nyeri ulu hati antara lain:

- a. Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.
- b. Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.
- c. Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

Cara untuk mengurangi nyeri ulu hati, antara lain:

- a. Makan dalam porsi kecil, tetapi sering. Untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh.
- b. Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya. Postur tubuh membungkuk hanya akan menambah masalah karena posisi ini akan menambah tekanan pada lambung.

- c. Hindari makanan berlemak, lemak mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk pencernaan.
- d. Hindari minum bersamaan dengan makan karena cairan cenderung menghambat asam lambung, diet makanan kering tanpa roti-rotian dapat membantu sebagian wanita.
- e. Hindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat mengakibatkan gangguan pencernaan.
- f. Minum susu skim/es cream yang rendah lemak.

3) Konstipasi

Dapat terjadi pada trimester kedua dan ketiga. Konstipasi juga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar karena peningkatan jumlah progesterone. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi. Salah satu efek samping yang umum muncul pada penggunaan zat besi adalah konstipasi.

Cara penanganan konstipasi:

- a. Asupan cairan yang adekuat, yakni minum air mineral 8 gelas/hari.
- b. Makan-makanan yang berserat.
- c. Istirahat yang cukup.
- d. Pola defekasi yang baik dan teratur. Hal ini mencakup penyediaan waktu yang teratur untuk melakukan defekasi.
- e. Lakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur yang baik, mekanisme tubuh yang baik, latihan kontraksi

otot abdomen bagian bawah secara teratur. Semua kegiatan ini memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

4) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar selain itu pembesaran uterus mengakibatkan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul.

Cara untuk mengatasi hemoroid:

- a. Hindari konstipasi, pencegahan merupakan cara penanganan yang efektif.
- b. Hindari mengejan saat defekasi.
- c. Meningkatkan sirkulasi.

5) Varises

Varises mudah muncul pada wanita yang memiliki kecenderungan tersebut dalam keluarga atau memiliki faktor predisposisi konginetal. Varises dapat disebabkan karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada pada ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring. Pakaian yang ketat menghambat

aliran vena balik dari ekstremitas bagian bawah, atau posisi berdiri yang lama memperberat masalah tersebut.

Varises yang terjadi selama kehamilan paling menonjol pada area kaki/vulva. Penanganan spesifik untuk mengatasi varises vulva antara lain:

- a. Hindari pemakaian pakaian yang ketat.
- b. Hindari berdiri lama.
- c. Pertahankan tungkai tidak menyilang saat duduk.
- d. Pertahankan postur tubuh dan mekanisme tubuh yang baik.
- e. Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur untuk memfasilitasi peningkatan sirkulasi.
- f. Lakukan mandi air hangat yang menenangkan.

6) Nyeri Punggung Bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya akibat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

Masalah tersebut memburuk jika ternyata otot-otot abdomen wanita tersebut lemah sehingga gagal menopong uterus yang membesar. Nyeri

punggung juga dapat merupakan akibat berlebihan, berjalan tanpa istirahat, dan angkat beban.

Berikut merupakan dua prinsip yang harus dilakukan:

- a. Tekuk kaki ketimbang membungkuk ketika mengangkat apapun, sehingga kedua tungkai tungkai (paha) yang menopong berat badan yang meregang, bukan punggung.
- b. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit diepan kaki yang lain saat menekukkan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

Cara mengatasi nyeri punggung antara lain:

- a. Postur tubuh yang baik.
- b. Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban.
- c. Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat.
- d. Gunakan sepatu tumit rendah, sepatu tumit tinggi tidak stabil dapat memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis.
- e. Kompres hangat(jangan terlalu panas) pada punggung.
- f. Untuk istirahat atau tidur, gunakan kasur yang menyokong, posisikan badan dengan menggunakan bantal sebahai pengganjal untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan

7) Insomnia

Dapat disebabkan karena kekhawatiran, kecemasan, terlalu gembira menyambut suatu acara untuk keesokan hari. Wanita hamil, bagaimanapun memiliki tambahan alasan fisik sebagai penyebab

insomnia. Hal ini meliputi ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif.

Cara menangani insomnia, antara lain:

- a. Mandi air hangat.
- b. Minum air hangat (susu, teh tanpa kafein dicampur susu) sebelum tidur.
- c. Lakukan aktivitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur.
- d. Ambil posisi relaksasi (posisi relaksasi menyamping).

8) Peningkatan Frekuensi Berkemih (Nonpatologis)

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan nonpatologis pada kehamilan sering terjadi pada dua kesempatan yang berbeda selama periode antepartum. Frekuensi berkemih selama trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus. Peningkatan berat pada fundus uterus ini menyebabkan isthmus menjadi lunak (tanda Hegar), menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar. Hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh primigravida setelah lightening terjadi. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Satu-satunya metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih ini adalah menjelaskan mengapa hal tersebut terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak

perlu bolak-balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur (Helen Varney, 2007: 536-542).

5. 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 : 87)

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.

3) Substance abuse

Beberapa jenis obat-obatan bisa menghambat terjadinya kehamilan atau membahayakan bayi dalam kandungan. Jika ibu minum obat secara teratur, misalnya untuk mengatasi epilepsy atau diabetes, mintalah nasihat dokter saat memutuskan untuk hamil. Aspirin dan sulfanilamide

cukup aman pada awal kehamilan, namun banyak yang belum diketahui mengenai efek jangka panjang pada janin.

4) Perokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan perokok berat kita harus waspada akan resiko keguguran, kelahiran premature, BBLR, bahkan kematian janin (Asrinah : 2010 : 88).

5) Faktor psikologis

a. Stresor internal

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

b. Stresor eksternal

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

c. Dukungan keluarga

Pada setiap tahap usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Ibu harus melakukan

adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi, di mana sumber stress terbesar terjadi karena sedang melakukan adaptasi terhadap kondisi tertentu. Dalam menjalani proses ini, ibu hamil sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga, dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

d. 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

Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap perempuan adalah perempuan yang telah bersuami. Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai kekerasan yang terjadi akan membahayakan ibu dan bayinya. Efek psikologis yang muncul adalah gangguan rasa nyaman ibu. Sewaktu-waktu ibu akan mengalami perasaan terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin(Asrinah : 2010: 89).

6) Faktor lingkungan, social, budaya, ekonomi.

a. Kebiasaan adat istiadat

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

b. Fasilitas kesehatan

Adanya fasilitas kesehatan yang memadai akan sangat menentukan kualitas pelayanan kepada ibu hamil. Deteksi dini terhadap kemungkinan adanya penyakit 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 : 90).

6. Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya

1) Kebutuhan fisik ibu hamil trimester I, II, III

a. Oksigen

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

b. Nutrisi

a) Kalori

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

b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-

tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

c) Kalsium

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

d) Zat besi

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

e) Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mikro gram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Asrinah : 2010 : 95).

c. Personal hygiene (Kebersihan pribadi)

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomik pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah

terinvestasi oleh mikroorganisme, sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathhtub* dan melakukan *vaginal doueche*.

d. Eliminasi

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

e. 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. (Asrinah : 2010 : 97)

e. 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.

f. 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 : 104).

g. 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 membutuhkan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan (Asrinah:2010)

h. Tanda Bahaya Kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan atau keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyakit penyerta sebaiknya juga dikenali sejak dini sehingga bisa dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan berat, baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya (Asrinah : 2010 : 114).

7. Tujuan Asuhan Kehamilan

- 1) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu dan kembang janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, serta sosial ibu dan dan bayi.
- 3) Menemukan secara dini adanya masalah/ gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama kehamilan.
- 4) Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu maupun bayi, dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif berjalan dengan normal.
- 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

8. Standart Asuhan Kehamilan

1) Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal:

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

2) Pelayanan standart, yaitu 7 T:

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

- a. Timbang berat badan.
- b. Ukur tekaan darah.
- c. Ukur tinggi fundus uteri.
- d. Pemberian imunisasi TT lengkap.
- e. Pemberian Tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablett setiap harinya.
- f. Lakukan Tes penyakit Menular Seksual (PMS).
- g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan(Ari Sulistyowati, 2011:4-5)

2.1.2 Persalinan

1. Definisi

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

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (APN, 2008).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2008 : 672).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sarwono Prawirohardjo, 2010 : 100).

2. Sebab-Sebab yang menimbulkan persalinan

1) Teori Penurunan Hormon

1–2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone esterogen dan progesteron. Progesterone bekerja sebagai penegang otot–otot polos Rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

2) Teori Plasenta Menjadi Tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar–kadar esterogen dan progesterone sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah yang nantinya akan menimbulkan kontraksi rahim

3) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero – plasenta.

Induksi Partus (*Induction of labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan :

- a. Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus Frankenhauser.
- b. Amniotomi : pemecahan ketuban.
- c. Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan per infuse(Sofian, 2012: 70).

3. Tanda-tanda permulaan persalinan

- 1) Lightening adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (engaged) setelah lightening. Lightening dapat menimbulkan rasa tidak nyaman bagi ibu seperti ibu jadi sering berkemih, kram pada tungkai, perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh.
- 2) Perubahan Serviks, terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks.
- 3) Ketuban pecah dini, pada kondisi normal ketuban akan pecah pada akhir kala satu persalinan.
- 4) Bloody Show, terjadi pengeluaran lender bercampur darah(Varney, 2008 : 672-673).

4. Tanda-tanda Inpartu

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/vaginanya
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva vagina dan sfingter ani membuka
- 5) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah. (APN, 2008 : 79)

5. Mekanisme Persalinan

1) Kala I

Disebut sebagai kala pembukaan. Kala I persalinan ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (1-10 cm).

Kala I dibagi atas 2 fase, yaitu:

a. Fase laten

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka <4 cm.
- c) Pada umumnya, berlangsung hampir atau hingga 8 jam (Asuhan Persalinan Normal, 2008: 40).

b. Fase aktif

- a) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam

(nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Asuhan Persalinan Normal, 2008: 40).

Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase:

- a) Akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Dilatasi maksimal : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c) Deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Proses membukanya serviks disebut dengan berbagai istilah : melembek (softening), menipis (thinned out), obliterasi (obliterated) mendatar dan tertarik keatas (effaced and taken up) dan membuka (dilatation) (Sofian, 2012: 71).

2) Kala II

a. Batasan

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

Gejala dan tanda kala dua persalinan:

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.

- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah:

- f) Pembukaan serviks telah lengkap.
- g) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina
(Asuhan Persalinan Normal, 2008: 79-80).

b. Persiapan Penolong Persalinan

- a) Sarung tangan.
- b) Perlengkapan pelindung pribadi.
- c) Persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan.
- d) Persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi.

Siapkan lingkungan yang sesuai bagi proses kelahiran bayi atau bayi baru lahir dengan memastikan bahwa ruangan tersebut bersih, hangat (minimal 25 °C), pencahayaan cukup.

- e) Persiapan ibu dan keluarga.
 - (a) Asuhan sayang ibu
 1. Anjurkan ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayi.
 2. Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan.
 3. Memberikan dukungan (penolong) dan semangat pada ibu dan keluarganya.
 4. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman saat meneran.

5. Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu istirahat di antara kontraksi.
6. Anjurkan ibu untuk minum selama persalinan.
7. Berikan rasa aman dan semangat serta tenteramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung.

(b) Membersihkan perineum ibu

Gunakan gulungan kapas atau kasa yang bersih, bersihkan mulai dari bagian atas kearah bawah (dari bagian anterior vulva kearah rectum) untuk mencegah kontaminasi tinja.

(c) Mengosongkan kandung kemih

Anjurkan ibu dapat berkemih setiap 2 jam atau lebih sering jika kandung kemih selalu terasa penuh. Bantu ibu untuk ke kamar mandi, jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi, bantu agar ibu dapat duduk dan berkemih di wadah penampungan urin.

(d) Amniotomi

Apabila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap. Perhatikan warna air ketuban yang keluar saat dilakukan amniotomi.

c. Penatalaksanaan Fisiologi Kala Dua

- a) Membimbing ibu untuk meneran.
- b) Posisi ibu saat meneran.

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan baginya untuk beristirahat di antara kontraksi.

c) Cara meneran.

Anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi. Beritahukan untuk tidak menahan napas saat meneran. Minta untuk berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi. Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan ke dada. Minta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran. Tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi.

d) Menolong Kelahiran Bayi

(a) Posisi ibu saat melahirkan.

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang (Supine position).

(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.

Episiotomi rutin tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan :

- 1) Meningkatkan jumlah darah yang hilang dan resiko hematoma.
- 2) Kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomy rutin dibandingkan dengan tanpa episiotomy.
- 3) Meningkatnya nyeri pasca persalinan di daerah perineum.
- 4) Meningkatnya resiko infeksi.

Indikasi untuk melakukan episiotomi untuk mempercepat kelahiran bayi bila didapatkan:

- 1) Gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan.
 - 2) Penyulit kelahiran per vaginam (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam (forsep) atau ekstraksi vakum).
 - 3) Jaringan perut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.
- 5) Melahirkan kepala.

Saat kepala bayi membuka vulva (5-6 cm), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3 nya di bawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih di atas perut ibu (untuk mengeringkan bayisegera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (di bawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 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. Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan

bernafas cepat. Periksa leher bayi apakah terlilit tali pusat. Jika ada lilitan di leher bayi 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.

- Melahirkan bahu.

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

- Melahirkan seluruh tubuh bayi.

Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) ke arah perineum dan sanggah bahu lengan atas bayi pada tangan tersebut. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah (posterior) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian

punggung, bokong, dan kaki. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan `disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu.

- Pemantauan selama kala dua persalinan.

Kondisi ibu, bayi dan kemajuan persalinan harus selalu dipantau secara berkala dan ketat selama berlangsungnya kala dua persalinan.

Pantau, periksa dan catat:

- a. Nadi ibu setiap 30 menit.
- b. Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit.
- c. DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit.
- d. Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen (periksa luar) dan periksa dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi, hal ini dilakukan lebih cepat.
- e. Warna cairan ketuban jika selaputnya sudah pecah (jernih atau bercampur meconium atau darah).
- f. Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat di samping atau terkemuka.
- g. Putaran paksi luar segera setelah kepala bayi lahir.

- h. Kehamilan kembar yang tidak diketahui sebelum bayi pertama lahir.
- i. Catat semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada catatan persalinan (Asuhan Persalihan Normal, 2008: 79-97).

3) Kala III

Kala III berlangsung mulai dari bayi lahir sampai uri keluar lengkap. Biasanya akan lahir spontan dalam 15-30 menit.

Kala III terdiri dari 2 fase :

a. Fase pelepasan uri

Kontraksi Rahim akan mengurangi area uri karena Rahim bertambah kecil dan dindingnya bertambah tebal beberapa sentimeter. Kontraksi tersebut akan menyebabkan bagian uri yang longgar dan lemah pada dinding Rahim terlepas, mula-mula sebagian, kemudian seluruhnya. Proses pelepasan berlangsung setahap demi setahap. Jika pelepasan uri sudah lengkap, kontraksi rahim akan mendorong uri yang sudah terlepas ke segmen bawah Rahim (SBR), lalu ke vagina dan dilahirkan.

Cara lepasnya uri ada beberapa macam:

a) Schultze

Yang pertama terlepas adalah bagian tengah, lalu terjadi hematoma retroplasenta, mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara schultze, perdarahan biasanya tidak ada sebelum uru lahir dan banyak setelah uri lahir.

b) Duncan

Lepasnya uri mulai dari pinggir. Jadi, bagian pinggir uri lahir terlebih dahulu. Darah akan mengalir keluar diantara selaput ketuban. Serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

b. Fase pengeluaran uri

Prasat-prasat Untuk Mengetahui Lepasnya Uri

a) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada /di atas simfisis, tali pusat ditegangkan. Jika tali pusat masuk kembali, berarti uri belum lepas. Jika tali pusat diam atau maju, berarti uri sudah lepas.

b) Klien

Sewaktu ada his, Rahim kita dorong sedikit. Jika tali pusat tertarik masuk, berarti uri belum lepas. Jika tali pusat diam atau turun, uri sudah lepas.

c) Stassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus. Jika tali pusat bergetar, berarti uri belum lepas. Sedangkan jika tidak bergetar, artinya uri sudah lepas.

d) Grede

(a) Empat jari ditempatkan pada dinding belakang Rahim, ibu jari di bagian tengah-depan fundus.

(b) Pijat rahim dan sedikit dorongan ke bawah, tetapi jangan terlalu kuat, seperti memeras jeruk. Lakukan sewaktu ada his.

(c) Jangan tarik tali pusat karena dapat menyebabkan inversion uteri.

e) Manuaba

Tanda-tanda lepasnya plasenta :

- a. Rahim menonjol diatas simfisis.
- b. Tali pusat bertambah panjang.
- c. Rahim bundar dan keras.
- d. Keluar darah secara tiba-tiba. (Sofian, 2012: 79-80).

4) Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan.

- a. Tingkat kesadaran penderita.
- b. Pemeriksaan tanda – tanda vital : tekanan darah, nadi, pernafasan.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 – 500 cc (Manuaba, 2010).

6. Faktor-faktor penting dalam persalinan

1) Power

- a. His (Kontraksi uterus)
- b. Kontraksi otot dinding perut.
- c. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.
- d. Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.

2) Passage

Rangka panggul dan jalan lahir lunak (Sofian, 2012: 58-61).

3) Passenger

Janin dan plasenta.

4) Psikis Wanita

Keadaan emosi ibu, suasana batinnya, adanya konflik anak diinginkan atau tidak.

5) Penolong

Dokter atau bidan yang menolong persalinann dengan pengetahuan dan ketrampilan dan seni yang dimiliki(Manuaba, 2010).

7. Asuhan Persalinan Normal**1) Asuhan pada kala I**

- a. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- b. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- c. Persiapan rujukan
- d. Berikan asuhan saying ibu.
- e. Ajari ibu bagaimana teknik pernapasan yang benar.
- f. Penuhi kebutuhan nutrisi ibu.
- g. Bantu ibu untuk eliminasi.
- h. Observasi dengan partograf.
- i. Oservasi TTV dan kemajuan persalinan(Asuhan Persalinan Normal, 2008).

2) Asuhan pada kala II

1. Mengenali gejala dan tanda kala II (ibu merasa ada dorongan meneran, ibu yang merasakan tekanan semakin meningkat padarektum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka).
2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat – obatan esensial untuk menolong persalinan.
3. Memakai celemek plastik.
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati – hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas savlon atau kapas DTT.
8. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5%

- kemudian lepaskan dan rendam sarung tangan dalam keadaan terbalik.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi atau his untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
 11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap serta membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
 13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 14. Menganjurkan ibu memilih posisi yang nyaman
 15. Meletakkan handuk bersih(untuk mengeringkan bayi)di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
 16. Meletakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong
 17. Membuka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan
 18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
 19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi potongan under pad. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
 20. Memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat, jika tidak ada lanjutkan proses kelahiran bayi.
 21. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki.
25. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing – masing mata kaki dengan ibu jari dan jari – jari lainnya).
26. Melakukan segera bayi baru lahir dengan apgar score, Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

3) Asuhan pada kala III

28. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas distal lateral. Menjepit tali pusat dengan klem umbilikal kira – kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

30. Memotong tali pusat.
31. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu.
32. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat.
33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-6cm dari vulva
34. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain meregangkan tali pusat
35. Melakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain
36. Mendorong ke arah belakang atas (dorsol cranial)secara hati – hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan. Memeriksa kelengkapan plasenta.
39. Meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir
40. Memeriksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal

4) Asuhan pada kala IV

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi di atas perut ibu
44. Menimbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetracylin 1%) berikan injeksi vitk (paha kiri)
45. Memberikan imunisasi Hb pada paha kanan anterolateral bayi setelah 1 jam pasca penimbangan atau pengukuran.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam :
 - a. Setiap menit pada 1 jam PP.
 - b. Setiap 30 menit pada 1 jam PP kedua.
47. Mengajarkan pada ibu cara massase dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi dan mengamati perdarahan.
49. Memeriksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit pada 1jam pertama post partum dan setiap 30 menit pada 1jam kedua post partum
50. Memeriksa pernafasan dan temperatur tubuh ibu sekali setiap 1jam selama 2 jam post partum
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit, setelah itu cuci dan bilas.

52. Membuang bahan-bahan terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan air ketuban dan lendir darah, serta membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi minum dan makanan yang diinginkann ibu.
55. Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan kotor, balikkan bagian dalam ke luar kedalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Melengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan observasi kala IV.

2.1.3. Nifas

1. Definisi

Masa nifas(puerperium) adalah masa yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari,merupakan waktu yang di pulihkan organ kandungan pada keadaan normal(Manuaba, 2010 : 200).

Masa nifas (puerperium) yaitu di mulainnya setelah plasenta lahir dan berakhir ketika ala-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu(Ari Sulistyawati, 2009 : 1).

Masa nifas(puerperium) adalah masa atau sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim,sampai 6 minggu berikutnya,disertai

dengan pulihnya organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perlukaan yang berkaitan saat melahirkan (Suherni, 2009: 21).

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plecenta lahir dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu. (Ambarwati, 2010 : 1)

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Sujiyatini, 2010).

2. Tujuan asuhan Masa Nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk :

1) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu

Dengan diberikan asuhan , ibu akan mendapatkan fasilitas dan dukungan dalam upayanya untuk menyesuaikan peran barunya sebagai ibu (pada kasus ibu dengan kelahiran anak pertama) dan pendamping keluarga dalam membuat bentuk dan pola baru dengan kelahiran anak berikutnya.

2) Pencegahan , diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu

Dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, kemungkinan munculnya permasalahan dan komplikasi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal.

3) Merujuk ke asuhan tenaga ahli bila mana perlu

Meskipun ibu dan keluarga mengetahui ada permasalahan kesehatan pada ibu nifas yang memerlukan rujukan, namun tidak semua

keputusan bisa di ambil tepat, misalkan mereka lebih memilih untuk tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan karena pertimbangan tertentu. Jika bidan senantiasa mendampingi pasien dan keluarga maka keputusan tepat dapat di ambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat di cegah.

4) Imunisasi ibu terhadap tetanus

Dengan pemberian asuhan yang maksimal pada ibu nifas, kejadian tetanus dapat dihindari, meskipun untuk saat ini angka kejadian tetanus sudah banyak mengalami penurunan.

5) Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungannya yang baik antara ibu dan anak

Saat bidan memberikan asuhan pada masa nifas, materi dan pemantauan yang di berikan tidak hanya sebatas pada lingkup permasalahan ibu, tapi bersifat menyeluruh terhadap ibu dan anak. Kesempatan untuk berkomunikasi tentang kesehatan termasuk kesehatan anak dan keluarga sangat terbuka. Bidan akan mengkaji pengetahuan ibu dan keluarga mengenai upaya pengembangan pola hubungan psikologis yang baik antara ibu, anak, dan keluarga juga dapat ditingkatkan melalui pelaksanaan asuhan ini (Ari Sulistyawati, 2009: 2-3).

3. Tahapan Masa Nifas

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

1) Puerperium dini

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

2) Puerperium intermedial

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

3) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktupersalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu, bulanan, tahunan.

(Ambarwati, 2010: 3)

4. Peran dan Tanggung Jawab dalam Asuhan Masa Nifas

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas ini, antara lain:

1) Teman terdekat, sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapi saat-saat kritis masa nifas.

Pada awal masa nifas, ibu mengalami masa-masa sulit. Saat itulah, ibu sangat membutuhkan teman dekat yang dapat ia andalkan dalam mengatasi kesulitan yang ia alami. Bagaimana pola hubungan yang terbentuk antara ibu dan bidan akan sangat ditentukan oleh keterampilan bidan dalam menempatkan diri sebagai teman dan pendamping bagi ibu. Jika pada tahap ini hubungan yang terbentuk sudah baik maka tujuan dari asuhan akan lebih mudah tercapai.

2) Pendidik dalam usaha pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga.

Masa nifas merupakan masa yang paling efektif bagi bidan untuk menjalankan perannya sebagai pendidik. Dalam hal ini, tidak hanya ibu yang akan mendapatkan materi pendidikan kesehatan, tapi juga seluruh anggota keluarga. Melibatkan keluarga dalam setiap kegiatan perawatan ibu dan bayi merupakan salah satu teknik yang dapat digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan yang tepat. Selain itu, setiap pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kesehatan selalu melibatkan keluarga sehingga bidan selalu mengikutsertakan keluarga dalam pelaksanaan asuhan.

3) Pelaksana asuhan kepada pasien dalam hal tindakan perawatan, pemantauan, penanganan masalah, rujukan dan deteksi dini komplikasi masa nifas

Dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, bidan sangat dituntut kemampuannya dalam menerapkan teori yang telah didapatnya kepada pasien. Perkembangan ilmu dan pengetahuan yang paling up to date harus selalu diikuti agar bidan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Penguasaan bidan dalam hal pengambilan keputusan yang tepat mengenai kondisi pasien sangatlah penting, terutama menyangkut penentuan kasus rujukan dan deteksi dini pasien agar dapat dicegah (Ari Sulistyawati, 2009:4).

5. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk :

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya
- 3) Gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
- 4) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
- 5) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

Tabel 2-1. Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

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

(Prawirohardjo, 2010 : 123)

6. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Sistem Reproduksi

a. Uterus

a) Involusi

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

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

1) 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 : 74).

2) Efek Oksitosin (kontraksi)

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

b) Lochea

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

Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi.

Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

(a)Loche Rubra / Merah (Kruenta)

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

(b)Lochea Sanguinolenta

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

(c)Lochea Serosa

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

(d)Lochea Alba / Putih

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

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahanpostpartumseunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Bila

terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan Lochea Purulenta(Ambarwati, 2010 : 78).

b. Serviks

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.

c. 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 : 79).

2) Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat

tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, penegluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 – 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.

3) Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang – kadang puerpurium 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 puerpurium snagat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih dalam puerpurium masih tertinggal urine residual (normalnya 15 cc). Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

4) 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 uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu (Ambarwati, 2010 : 80).

5) Sistem Endokrin

a. Hormon Plasenta

Selama periode pascapartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon – hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Hormon Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum.

b. Hormon Pituitary

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

(Ambarwati, 2010 : 82)

c. 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.

d. 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 anovulasi. (Ambarwati, 2010 : 83)

6) 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 entasi. 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 dan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Kadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi kodis pada penderita vitium cordia.

(Ambarwati, 2010 : 85)

7. Kebutuhan Ibu pada Masa Nifas

1) Gizi

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

Disamping itu harus mengandung :

a. Sumber tenaga (energi)

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

b. Sumber Pembangun (Protein)

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

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

Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah – buahan segar.(Ambarwati, 2010 : 98)

2) Eliminasi

a. 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.

b. Defekasi

Biasanya 2 – 3h 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 : 105)

3) Kebersihan Diri

a. 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.

b. Perawatan Payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BHyang menyokong payudara.
- b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putingsusu 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.

4) Istirahat

Anjurkan ibu supaya istirahat cup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tanggasecara perlahan – lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya snediri (Ambarwati, 2010 : 107).

5) Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilkukan pada 3 – 4 minggu post partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh.

Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri.

6) 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 keluraganya dengan mengajarkanpada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Biasanya ibu postpartum tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, olaeh karena iyu Amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan (Ambarwati, 2010 : 114).

8. Tanda Bahaya Masa Nifas

1) Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

- a. Setelah anak dan plasenta lahir
- b. Perkiraan perdarahan – kadang bercampur amonion, urine, darah.
- c. Akibat kehilangan darah bervariasi – anemia
- d. Perdarahan dapat terjadi lambat – **WASPADA TERHADAP SHOCK**

2) Infeksi nifas

Semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman ke dalam alat-alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas. Faktor Predisposisi

Infeksi Nifas

- a. Partus lama
- b. Tindakan operasi persalinan
- c. Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah.
- d. Perdarahan ante partum dan post partum
- e. Anemia
- f. Ibu hamil dengan infeksi (endogen)
- g. Manipulasi penolong (eksogen)
- h. Infeksi nosokomial
- i. Bakteri colli

3) Demam Nifas / Febris Purpuralis

Kenaikan suhu lebih dari 38° C selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum dengan mengecualikan hari 1 (pengukuran suhu 4x / jam oral / rectal).

Faktor Predisposisi

- a. Pertolongan persalinan kurang steril
- b. KPP
- c. Partus lama
- d. Malnutrisi
- e. Anemia

4) Rasa Sakit Waktu Berkemih

Kemungkinan penyebab sistitis.

Gejala :

- a. Kencing sakit
- b. Nyeri tekan diatas simpisis

5) Bendungan ASI

- a. Suhu tidak $> 38^{\circ} C$
- b. Terjadi minggu pertama PP
- c. Nyeri tekan pada payudara

6) Mastitis

- a. Peradangan pada mammae.
- b. Kuman masuk melalui luka pada puting susu.
- c. Suhu tidak $> 38^{\circ} C$
- d. Terjadi minggu ke dua PP
- e. Bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan

2.2 Manajemen Varney

1. Teori Manajemen Kebidanan menurut Varney

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi

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

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

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

1. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

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

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

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

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

3. Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

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

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

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periode atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama perempuan tersebut bersama

bidan terus menerus, misalnya pada waktu persalinan. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat, di mana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu). Dari data yang dikumpulkan akan menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter, misalnya prolaps tali pusat.

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh.

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

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-

benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang baru serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

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

7. Langkah VII: Evaluasi

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

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis,

karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik(Asrinah, 2010 : 161).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan pada kehamilan,persalinan,nifas

2.3.1 Kehamilan

A. Data Subyektif

1. Biodata

Usia < 16 th dan > 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan karena alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap(Asuhan Persalinan Normal, 2010)

2. Keluhan Utama

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

3. Menarche Riwayat Kebidanan

1) 12-16 tahun,siklus 28-35 hari,lama 3-5 hari,dengan pengeluaran darah + 50-70cc ibu tidak mengalami gangguan haid/nyeri (sarwono,1999: 103-104). Periode menstruasi yang tidak teratur akan sulit menentukan perhitungan HPL dengan perthitungan Naegele(varney 2007)

2) ANC minimal 4 kali selama hamil

Umur kehamilan 3-6 bulan:1 bulan sekali

Umur kehamilan 6 – 8 bulan:2 minggu sekali

Umur kehamilan 9 bulan:1 minggu sekali

Ibu hamil rutin periksa dapat diketahui hamil mendapat Fe 90 tablet(1 tablet setiap hari), B kompleks(2x1), kalsium(1x1), selama kehamilan imunisasi selama hamil 2 kali dengan jarak pemberian 4 minggu, telah mendapat penyuluhan perawatan payudara, senam hamil, nutrisi. Ibu merasakan pergerakan anak mulai umur kehamilan 5 bulan. (Modul 2, 2002 : 8)

4. Riwayat obstetri yang lalu

Komplikasi kehamilan disebabkan beberapa faktor salah satunya primigravida, riwayat keguguran, premature, atau multigravida dengan riwayat komplikasi pada kehamilan yang lalu(winkjosastro 2007).

5. Riwayat Kehamilan Sekarang :

1) Keluhan

- a. Keluhan pada TM 1 : mual dan muntah, kelelahan atau fatigue, keputihan, mengidam, sering buang air kecil
- b. Keluhan pada TM 2 : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki
- c. Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, sering buang air kecil.konstipasi. sakit punggung bagian atas dan bawah.

- 2) Pergerakan anak pertama kali :ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir. (Helen Varney,2008 : 498)
 - 3) Frekuensi pergerakan :standarnyaadalah 10 gerakan dalam periode 12 jam. (Janet medforth, 2011 : 49)
 - 4) Penyuluhan yang sudah di dapat :
Nutrisi,imunisasi,istirahat,kebersihan diri,aktifitas,tanda-tanda bahaya kehamilan,perawatan payudara,seksualitas,persiapan persalinan.
 - 5) Imunisasi yang sudah di dapat : Imunisasi TT pada ibu hamil merupakan proses membangun kekebalan sebagai pencegahan terhadap infeksi tetanus. Dimana imunisasi tersebut bisa diberikan pada ibu hamil trimester I atau trimester III(herrysusant 2010)
6. Pola kesehatan fungsional
- 1) Pola nutrisi dan cairan
Untuk mengetahui apakah nutrisi sudah mencukupi atau belum, dan adakah pantangan makanan atau tidak normalnya porsi makan 3 x setiap hari dengan jumlah kalori 2500 kalori dan jumlah kalori yang berlebihan menyebabkan obesitas , dengan menu gizi seimbang(Varney, 2007).
 - 2) Pola eliminasi
Eliminasi pada ibu hamil dengan ciri – ciri rata – rata dalam satu hari 1-2 liter, tapi berbeda – beda sesuai dengan cairan yang masuk. Warnanya bening orange tanpa ada endapan, Baunya tajam, tidak

ada nyeri berlebihan saat berkemih.(Ganong,William .2003, Fisiologis Kedokteran :EGC : jakarta)

3) Pola istirahat

Menurut Bobak (2004), Musbikin (2005), dan Dewi (2008) Wanita hamil sangat dianjurkan untuk tidur dengan posisi miring ke kiri, karena janin akan mendapatkan aliran darah dan nutrisi yang lebih maksimal. Posisi ini juga membantu ginjal membuang sisa produk dan cairan dari tubuh, sehingga mengurangi pembengkakan di kaki, pergelangan kaki dan tangan. Tidur malam \pm sekitar 8 jam/ istirahat/ tidur siang \pm 1 jam.

4) Pola aktifitas

Mengurangi beban kerja pada wanita terutama ibu sedang hamil, berbagai penelitian menunjukkan bahwa beban kerja yang berat pada wanita hamil akan memberikan dampak kurang baik terhadap outcome kehamilan(manuaba 2012).

5) Pola seksual

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

Sering abortus dan kelahiran prematur,Perdarahan per vaginam,Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan,Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri(Asrinah : 2010 : 97).

7. Riwayat penyakit sistemik

- 1) Ibu hamil dengan riwayat penyakit hipertensi perlu ditentukan pimpinan persalinan dan kemungkinan bisa menyebabkan transient hypertension
- 2) Ibu hamil dengan riwayat TBC aktif kemungkinan bisa menyebabkan kuman saat persalinan dan bisa menular pada bayi.
- 3) Ibu dengan riwayat DM mempunyai pengaruh terhadap persalinannya kemungkinan terjadi yaitu inersia uter, antonia uteri, distosia bahu, karena anak besar, kelahiran mati. Sedangkan akibat bayinya : cacat bawaan, janin besar, IUFD dan lain-lain.
- 4) Bila ibu menderita hepatitis kemungkinan besar bayi akan tertular melalui ASI.
- 5) Pada ibu bersaln fisiologis tidak mempunyai penyakit (Sarwono, 1999 : 401).

8. Riwayat psiko-social-spiritual

1) Riwayat emosional

Tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Sejumlah ketakutan muncul, klien mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri.(Varney Midwifery edisi 4 vol.1 : 2007)

2) Riwayat keluarga berencana (KB)

Jenis – jenis KB yang telah di gunakan menunda kehamilan adalah Suntikan KB, AKDR, Pil KB hanya progesterone, Metode sederhana Sehingga tidak mempengaruhi lactasi ibu (Ida B. Manuaba, 1998 : 439).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Antropometri
 - a. Berat badan ibu hamil bertambah 12-15 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan $\pm \frac{1}{2}$ kg per minggu. pada trimester ketiga 6 kg (kusmiyati 2010). Pengukuran BB bertujuan untuk mengetahui apakah BB berlebihan, kekurangan, atau ideal terhadap TB. Pengukuran TB hanya dilakukan 1 kali pada saat pertama kali datang (Artikel Gizi 2010).
 - b. Lingkar Lengan : jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (kusmiyati 2010).
 - c. Pemeriksaan panggul : Pemeriksaan pada ibu hamil primigravida, penting untuk mengetahui ada tidaknya panggul sempit. Sedangkan pemeriksaan panggul pada multigravida dengan riwayat persalinan sebelumnya spontan melalui jalan lahir, tidak wajib, kecuali jika riwayat SC (admin 2012). Pemeriksaan

panggul dilakukan pada usia kehamilan ≥ 32 minggu pada setiap pemeriksaan antenatal (varney 2003). Normalnya : Distansia spinarum (23 – 26 cm), Distansia kristarum (26 – 29 cm), Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm), Distansia tuberum (10 – 11 cm), Lingkar panggul (80 – 90 cm) (Saminem, 2009).

d. Taksiran persalinan : usia kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau postdate rumus tafsiran persalinan (+7) (-3) (+1) ((Manuaba 2012).

e. Usia Kehamilan : 40 minggu (9 bulan 7 hari) (sarwono 2010).

4) Tanda vital

a. Suhu: Normal 37°C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi

b. Nadi: Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38°C menandakan infeksi

c. Tekanan darah: Normal kurang dari 140/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsi ringan

d. Pernafasan ibu hamil dengan pernafasan pendek dan cepat hal ini dikarenakan pernafasan harus sampai ke uterus lebih banyak daripada tubuh ibu, bila didapatkan pernafasan pendek, tidak teratur, maka kemungkinan hipoksia/cyanosis (Wylie, 2010 : 185)

2. Pemeriksaan Fisik

- 1) Wajah : odema pada wajah dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena-vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki. Pucat disebabkan timbul anemia karena defisiensi Fe(pondokiklan 2010). Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi pada dahi, pipi, hidung dikenal sebagai cloasma gravidarum(kusmiyati 2010).
- 2) Mata : konjungtiva pucat bisa disebabkan karena anemia kehamilan. Sclera kuning bisa dikarenakan adanya kelainan hepar.
- 3) Mulut & gigi : gingivitis disebabkan peningkatan vaskularitas dan proverasi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen(Bobak 2012).
- 4) Dada : sesak nafas bisa dilihat adanya retraksi dada akibat ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar(Bobak 2012). Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara pada TM III(Depkes RI, 2002).
- 5) Mamae: puting susu menonjol, kolostrum hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colustrum keluar pada TM III(Depkes RI, 2002).
- 6) Abdomen : mengetahui TFU dan perkembangan janin, apabila Tinggi Fundus Uteri (TFU) 3 – 4 cm lebih kecil daripada usia gestasi dalam minggu, uterus disebut “kecil untuk usia gestasi”. Adanya luka bekas operasi bisa di sebabkan komplikasi yang lalu(Artikel gizi dan kesehatan kehamilan 2010).

Leopold I

Untuk menentukan umur kehamilan dengan menentukan TFU dan menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri.

Leopold II

Untuk menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang serta menentukan bagian janin yang ada di sebelah kanan dan kiri uterus.

Leopold III

Untuk menentukan bagian terendah (presentasi) janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk PAP.

Leopold IV

Untuk menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP.

- 7) Genitalia : odema pada vulva sebagai bendungan local atau bagian dari edema umum pada malnutrisi atau preeklamsia (mayuputri 2012). Varises pada kehamilan karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot-otot ditempat lain akibat pengaruh hormone steroid. Apabila pecah akan berakibat fatal(mayuputri 2012).
- 8) Ekstremitas: atas dan bawah : odema bisa di sebabkan karena tekanan rahim yang membesar pada vena-vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kak(pondokiklan 2010). Varises karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot-otot ditempat lain akibat pengaruh hormone steroid(mayuputri

2012). Reflek terutama lutut, reflek lutut negative bisa dikarenakan penyakit urat syaraf(pondokiklan 2010).

3. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Darah : pada trimester III, Hb \geq 11 gr %, jika Hb $<$ 11 gr% dapat berakibat janin tidak berkembang dengan baik, prematuritas, perdarahan post partum, persalinan lama(Rochjati, 2003).
- 2) Urine : albumin urine : negatif (-), protein urine (-) jika terdapat albumin reduksi positif, identifikasi pre eklamsi/ eklamsi selama kehamilan(Depkes RI, 1992).
- 3) USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi janin bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin(Feryanto, 2011).
- 4) NST: idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ, ada atau tidaknya Braxton his, aktif atau tidaknya gerak janin(Prawirohardjo, 2009).

C. Assesment

1. Interpretasi data dasar Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnosa :G PAPIAHusia kehamilan 37 minggu, tunggal atau gemeli, Hidup atau mati, letak kepala U intrauterine atau ektrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.
- 2) Masalah :sering berkemih, nyeri ulu hati, flatulen, konstipasi, hemoroid, kramtungkai, odema dependen, varises, insomnia, nyeri pada legamentum uteri , nyeri punggung bawah

3) Kebutuhan:

- a. Berikan dukungan emosional
- b. Jelaskan masalah yang dialami ibu hamil
- c. Jelaskan dan ajarkan cara mengatasi masalah (Bobak, Irene M, 2000)

2. Antisipasi terhadap diagnosa atau masalah potensial

Bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman (Nur, 2011). Diagnosis atau masalah potensial yang terjadi pada ibu hamil adalah : eklampsia, hiperemesis gravidarum, infeksi saluran kemih, perdarahan pervaginam.

3. Mengidentifikasi dan Menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Bidan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, seperti : Konsultasi dr. SpOG terhadap keluhan-keluhan pasien yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin. (Salmah, 2006)

D. Planning

Intervensi

Tahap ini merupakan kelanjutan manajemen diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah terkait, 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 yang berkaitan dengan kondisi sosial-ekonomi, budaya atau psikologi(Saminem, 2009).

Rencana asuhan bagi ibu hamil adalah :

1. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan klien.
2. Melakukan deteksi masalah dan menangani masalah
3. Melakukan tindakan pencegahan seperti anemia, kekurangan zat besi, preeklamsia,dll.
4. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dsb).
5. Menjelaskan tanda bahaya pada kehamilan.
6. Menjelaskan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
7. Memberikan informasi tentang kebutuhan klien(Kepmenkes RI 2007)

2.3.2. Persalinan

A. Data Subyektif

1. Keluhan utama

Mengeluarkan lendir darah,Perut terasa tegang, keluar lender bercampur darah, ketuban merembes atau pecah. (Ida B. Manuaba. 1998 : 165), Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan persalinan.

- 1) Kontraksi atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering).
- 2) Lendir bercampur darah dari jalan lahir.

3) Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban(DEPKES 2008).

4) Pergerakan janin untuk mengkaji kesejahteraan janin dan denyut jantung janin untuk mengkaji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera(varney 2008).

2. Pemeriksaan umum

Sama dengan pemeriksaan umum kehamilan

3. Riwayat kesehatan

a. Ibu hamil dengan riwayat penyakit hipertensi perlu ditentukan pimpinan persalinan dan kemungkinan bisa menyebabkan transient hypertension

b. Ibu hamil dengan riwayat TBC aktif kemungkinan bisa menyebabkan kuman saat persalinan dan bisa menular pada bayi

c. Ibu dengan riwayat DM mempunyai pengaruh terhadap persalinannya kemungkinan terjadi yaitu inersia uter, antonia uteri, distosia bahu, karena anak besar, kelahiran mati. Sedangkan akibat bayinya : cacat bawaan, janin besar, IUFD dan lain-lain

d. Bila ibu menderita hepatitis kemungkinan besar bayi akan tertular melalui ASI Pada ibu bersaln fisiologis tidak mempunyai penyakit.
(Sarwono, 1999 : 401)

4. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Pola nutrisi

Kebutuhan nutrisi pada ibu bersalin meliputi jenis makanan yang dimakan, jumlah, frekwensi baik sebelum inpartu maupun saat inpartu. Memberikan ibu asupan makanan ringan dan minum air sesering mungkin agar tidak terjadi dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi/ kontraksi menjadi kurang efektif (Asuhan Persalinan Normal, 2008). Makanan padat tidak boleh di berikan selama persalinan aktif, karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair (Yanti, 2009).

b. Pola eliminasi

Kebutuhan eliminasi pada saat bersalin dan sebelum bersalin ada perubahan secara fisiologis. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin setiap 2 jam sekali atau lebih sering atau jika kandung kemih penuh. Kandung kemih yang penuh dapat mengakibatkan, memperlambat turunnya bagian terendah janin, menimbulkan rasa tidak nyaman, meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pascapersalinan (Luwzee, 2008).

c. Pola Istirahat

Kebutuhan istirahat klien, terdapat gangguan pada pola pemenuhannya atau tidak.. Pada proses persalinan klien dapat miring kiri tujuannya memperlancar proses oksigenasi pada bayi .Klien

dapat mengatur teknik relaksasi atau istirahat sewaktu tidak ada kontraksi. Dengan mengatur teknik relaksasi / istirahat dapat membantu mengeluarkan hormon endorphen dalam tubuh (Yanti, 2009).

d. Pola Aktivitas

Aktifitas klien selama proses persalinan tidak dianjurkan terlentang terus menerus dalam masa persalinannya. Dapat digunakan untuk jalan – jalan (Yanti, 2009).

e. Pola seksual/ reproduksi

Pola seksual sebelum dan saat inpartu mempengaruhi inpartu. Hubungan seksual sebelumnya dapat mempengaruhi kontraksi yang disebabkan karena pengaruh hormon prostaglandin yang ada di dalam sperma (Manuaba, 2010).

5. Riwayat psikososiospiritual

Dikaji untuk mengetahui persepsi klien terhadap keluarga maupun terhadap persalinannya, hubungan klien, ibadah, dukungan keluarga, tradisi serta pengambilan keputusan dari pihak keluarga. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung, dukungan tersebut dapat berupa membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, menciptakan kamar bersalin yang nyaman, memberikan sentuhan, berada disisi pasien, mengendalikan

rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien (Sumanah, 2008).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan fisik

1) Muka : edema merupakan tanda klasik preeklamsia (varney 2008).

Pucat dapat disebabkan karena kurangnya defisiensi Fe, yang biasa disebut anemia (podokiklan 2010).

2) Mata : Konjungtiva pucat bisa diindikasikan anemia (pondokiklan).

Bengkak pada kelopak mata bisa dikarenakan ibu menangis karena cemas, takut, atau di karenakan tanda klasik preeklamsia (varney 2008).

3) Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Bila mengalami pembesaran kelenjar tyroid kemungkinan ibu mengalami kekurangan yodium, bila ibu berpenyakit jantung akan tampak pembendungan vena jugularis.

4) Dada: sesak nafas bisa dilihat adanya retraksi dada akibat ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar (Bobak 2012).

5) Abdomen :

Tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, atau oligohidramnion. Sedangkan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan bahwa ibu salah dalam menentukan HPHT.

Leopold I

Untuk menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri

Leopold II

Untuk menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang sertamenentukan bagian janin yang ada di sebelah kanan dan kiri uterus.

Leopold III :

Untuk menentukan apakah bagian bawah sudah masuk PAP atau belum.

Leopold IV :

Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian dengan menggunakan perlima jari (Rustam Mochtar, 1998).

Kontraksi uterus pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin berlangsung 15 sampai 20 detik. Kontraksi jarang atau tidak teratur (setiap 20 samai 30 menit) durasi singkat (15 sampai 20 detik). Kontraksi sering yaitu setiap 2-3 menit berlangsung 60-90 detik.

Auskultasi : Denyut Jantung Janin untuk mengkaji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit dapat menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera (varney 2008).

6) Genetalia : Pengeluaran pervaginan : blood show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24-48 jam. Peningkatan blood show merupakan tanda menjelang kala dua persalinan. Edema pada vulva akibat disproporsi sefalopelvik atau wanita mengejan terlampaui lama, hematoma akibat pembuluh darah yang pecah sehingga hematoma pada vulva. Varises merupakan reaksi sistem vena terutama dinding pembuluh darah seperti otot-otot ditempat lain, bahaya bagi persalinan bila pecah bisa berakibat fatal(Mayuputri 2012). Vaginal Toucher di peroleh : serviks primigravida umumnya menipis 50-60% dan membuka selebar ujung jari sampai 1 cm. Sedangkan pada multigravida yang memasuki persalinan biasanya berdilatasi 1-2 cm. Keadaan ketuban pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala 1 persalinan. Apabila terjadi sebelum pembukaan lengkap maka kondisi tersebut disebut Ketuban Pecah Dini (KPD)(varney 2008).

7) Ekstremitas bawah : edema merupakan tanda klasik preeklamsia. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan uterus yang membesar(varney 2008).

2. Pemeriksaan Penunjang

1) Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (Nitrazen tes) merah menjadi biru, membantu dalam menentukan jumlah cairan ketuban dan usia kehamilan, kelainan janin.

2) USG

Melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri dan konfirmasi usia kehamilan, perkiraan persalinan, posisi janin, letak plasenta. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit atau cairan ketuban yang telah berkurang (Oligohidramnion).

C. Assesment

1. Interpretasi data dasar

1) Diagnosa :G PAPIAH usia kehamilan 38 minggu, tunggal atau gemeli, Hidup atau mati, letak kepala U intrauterine atau ektrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.

2) Masalah: cemas, gelisah, takut

- a. Klien khawatir / takut akan dirinya dengan kondisi saat ini.
- b. Raut muka ibu ketakutan.
- c. Menanyakan keadaan persalinannya

(Asuhan Keperawatan Maternitas, 2011).

• Nyeri

- a) Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng – kenceng.
- b) Tampak meringis.
- c) Perut tegang pada saat kontraksi,

(Asuhan Keperawatan Maternitas, 2011).

- d) His pada fase aktif minimal 2 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih.

(Asuhan Persalinan Normal, 2008)

3) Kebutuhan :

- a. Jelakan pada ibu penyebab nyeri dan manfaatnya untuk persalinan
- b. Anjurkan dan ajarkan pada ibu untu nafas yang benar saat his
- c. Lakukan massage ringan pada pinggang ibu
- d. Berikan posisi nyaman pada ibu.
- e. Alihkan perhatian ibu

2. Identifikasi diagnose atau masalah potensial

Potensial kala I lama,Potensial Infeksi,Partus Macet,Inersia Uteri,Gawat Janin.

3. Identifikasi kebutuhan segera

Tindakan segera pada asuhan kebidanan merupakan tindakan yang harus dilakukan agar kondisi ibu tidak jatuh ke dalam keadaan yang lebih mengancam jiwa pasien. Bidan dapat berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, seperti : Konsultasi dr.SpOG terhadap keluhan-keluhan pasien yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin. (Salmah, 2006)

D. Planning

KALA I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama untuk multigravida tidak lebih dari 7 jam dan untuk primigravida 13 jam diharapkan terdapat pembukaan lengkap tanda dan gejala kala II (dorongan ingin menelan,tekanan anus,perineum menonjol,vulka membuka.

Kriteria Hasil :

1. DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
2. Tanda-tanda vital dalam batas normal.

- 1) TD sistole 100 - 140 mmHg dan diastole 60 - 90 mmHg
 - 2) Suhu 36,5 – 37,5⁰C.
 - 3) Nadi 60 - 100 x/menit.
 - 4) Pernafasan 16 - 24 x/menit.
3. Terdapat tanda dan gejala kala II, Pembukaan lengkap 10 cm, Ada dorongan menelan, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka.

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
R/Ibu dan keluarga mengetahui kondisi diri dan janinnya sehingga dapat mengurangi rasa cemas
2. Lakukan inform consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan
R/Ibu dan keluarga mengerti dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan
3. Berikan dukungan emosional pada ibu dan keluarga
R/Untuk mengurangi kecemasan dan kegelisahan dalam menghadapi persalinan
4. Berikan asuhan sayang ibu
R/ Agar ibu merasa nyaman dan siap menghadapi persalinan
5. Lakukan persiapan persalinan dan tempat persalinan serta pakaian bayi
R/Kelengkapan dan keefektifan alat berpengaruh pada proses persalinan
6. Lakukan pencegahan infeksi dengan menggunakan peralatan steril
R/ Menghindari ibu dan bayi dari infeksi

7. Anjurkan pada ibu untuk jalan-jalan

R/Agar penurunan kepala bayi lebih cepat

8. Jelaskan dan ajarkan pada ibu untuk bernafas yang benar

R/ Ibu dapat bernafas dengan baik dan tidak merasa sesak.

9. Lakukan observasi kemajuan persalinan

R/ Untuk mengetahui perkembangan persal

KALA II

Tujuan :Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama (primi 60 menit, multi 30 menit) diharapkan bayi dapat lahir spontan pervaginam dan bayi dapat bernafas spontan.

Kriteria : Bayi lahir spontan, menagis kuat,gerakan aktif ,warna kemerahan, dapat langsung melakukan IMD.

Intervensi

1. Melihattanda dan gejala kala II (ibu merasa ada dorongan meneran, ibu yang merasakan tekanan semakin meningkat padarektum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka).
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat – obatan esensial untuk menolong persalinan.
3. Pakai celemek plastik.
4. Lepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril
7. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati – hati dari depah kebelakang dengan menggunakan kapas savlon atau kapas DTT.
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam sarung tangan dalam keadaan terbalik.
10. Periksa DJJ setelah kontraksi atau his untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap serta membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
14. Anjurkan ibu memilih posisi yang nyaman
15. Letakan handuk bersih(untuk mengeringkan bayi)di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong
17. Buka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulvamaka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi potongan under pad. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Periksa kemungkinan ada lilitan tali pusat, jika tidak ada lanjutkan proses kelahiran bayi.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki.
25. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing – masing mata kaki dengan ibu jari dan jari – jari lainnya).
26. Lakukan segera bayi baru lahir dengan apgar score, Meringankan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

KALA III

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama 30 menit, diharapkan plasenta dapat lahir spontan

Kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap, tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus baik

28. Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas distal lateral. Menjepit tali pusat dengan klem umbilikal kira – kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
30. Memotong tali pusat.
31. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu.
32. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat.
33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-6cm dari vulva
34. Letakan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain meregangkan tali pusat
35. Lakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain
36. Dorong ke arah belakang atas (dorsol cranial)secara hati – hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan

arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.

38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan. Periksa kelengkapan plasenta.
39. Letakan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir
40. Periksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal

KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan tidak ada perdarahan dan tidak terjadi komplikasi.

Kriteria hasil: TTV dalam batas normal, kontraksi uterus baik dan keras, tidak terjadiperdarahan

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Biarkan bayi di atas perut ibu
44. Timbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetracylin 1%) berikan injeksi vitk (paha kiri)
45. Berikan imunisasi Hb pada paha kanan anterolateral bayi setelah 1 jam pasca penimbangan atau pengukuran.
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

- a. Setiap menit pada 1 jam PP.
 - b. Setiap 30 menit pada 1 jam PP kedua.
47. Ajarkan pada ibu cara massase dan menilai kontraksi
 48. Evaluasi dan mengamati perdarahan.
 49. Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit pada 1jam pertama post partum dan setiap 30 menit pada 1jam kedua post partum
 50. Periksa pernafasan dan temperatur tubuh ibu sekali setiap 1jam selama 2 jam post partum
 51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit, setelah itu cuci dan bilas.
 52. Buang bahan-bahan terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
 53. Bersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan air ketuban dan lendir darah, serta membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
 54. Pastikan ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi minum dan makanan yang diinginkann ibu.
 55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5%
 56. Celupkan sarung tangan kotor, balikkan bagian dalam ke luar kedalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
 57. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
 58. Lengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan observasi kalaIV.

2.3.3 Nifas

A. Data Subyektif

1. Keluhan Utama Ketidaknyamanan pada masa puerperium : nyeri setelah lahir (after pain), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid (Hellen Varney, 2008 : 974-977)
2. Riwayat biopsikososial
 - 1) Taking In, fase ini ibu ingin merawat dirinya sendiri, banyak bertanya dan bercerita tentang pengalamannya selama persalinan yang berlangsung 1-2 hari.
 - 2) Taking Hold, fase dimana ibu mulai fokus dengan bayinya yang berlangsung 4-5 minggu.
 - 3) Letting Go, fase ini ibu mempunyai persepsi bahwa bayinya adalah perhiasan dari dirinya, mulai fokus kembali pada pasangannya dan kembali bekerja mengurus hal-hal lain(sepritamaharani 14/05/2012).
Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum. Sebagian perempuan lebih banyak mengalami postpartum depression ketimbang yang lain. Hal tersebut bisa disebabkan karena komplikasi medis pada bayi, hubungan yang tidak harmonis dengan keluarga, dan kurangnya dukungan dari keluarga dan teman(Nisa 4/Mei/2012).
3. Pola kesehatan fungsional
 - 1) Nutrisi :Ibu nifas memerlukan diet untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi, mencegah konstipasi, dan untuk memulai proses pemverian ASI eksklusif, asupan kalori per hari di tingkatkan sampai 2700 kalori. Asupan cairan perhari di tingkatkan sampai 3000 ML

(susu 1000 ml). suplemen zat besi dapat di berikan kepada ibu nifas selama 4 minggu pertama setelah kelahiran.

- 2) Istirahat :Ibu nifas membutuhkan istirahat dan tidur yang cukup. Istirahat sangat penting untuk ibu yang menyusui. Istirahat ini dapat di lakukan dengan tidur siang atau tidur malam. Jika ibu mengalami kesulitan tidur di malam hari dan ia tampak gelisah, perlu di waspadai. Waspadai juga bila ibu mengalami gangguan sikosis pada masa nifas.
- 3) Personal hygiene :Pada masa nifas seing membersihkan area perineum akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi. Tindakan ini paling sering menggunakan air hangat yang di alirkan (dapat di tambah larutan antiseptik) keatas vulva perineum setelah berkemih atau defekasi, hindari penyemprotan langsung. Ajarkan ibu untuk membersihkan sendiri. Penggantian pembalut hendaknya sering di lakukan, setidaknya setelah membersihkan perineum atau setelah berkemih atau defekasi.
- 4) Eliminasi :Berkemih harus terjadi dalam 4-8 jam pertama dan minimal 200 CC. ajarkan ibu untuk minum banyak cairan dan ambulasi.
- 5) Aktivitas : Dengan aktifitas pada masa nifas di lakukan senam nifas supaya membantu memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh.
- 6) Seksualitas : Kebutuhan seksual sering menjadi perhatian ibu dan keluarga. Seksualitas ibu di pengaruhi oleh derajat rupture perineum dan penurunan hormone steroid setelah persalinan.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

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

Pada ibu dengan keadaan nifas normal ditemukan :

- 1) Tekanan darah: tekanan darah bervariasi, dalam keadaan normal tidak lebih dari 140/90 mmHg(panduan perinatal 2009).
- 2) Nadi : frekuensi nadi melambat, normal atau menjadi cepat, akan tetapi tidak diatas 100 kali permenit(panduan perinatal 2009).
- 3) Pernafasan : Pernafasan harus berada pada rentang yang normal, yaitu sekitar 16 - 25x/menit.
- 4) Suhu : beberapa pasien menggigil segera setelah melahirkan namun suhu tubuh tidak berubah, normalnya 36,5-37,5°C(panduan perinatal 2009).

2) Pemeriksaan fisik

- 1) Muka : beberapa pasien menggigil segera setelah melahirkan dengan muka tampak lesu(panduan perinatal 2009).
- 2) Dada : Payudara akan menjadi lebih besar, kencang, dan lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal dan dimulainya laktasi. Hari ke 2 postpartum sejumlah colostrums cairan yang disekresi oleh payudara selama 5 hari pertama setelah kelahiran bayi dapat diperas dari puting susu(Ambarwati 2008).

- 3) Abdomen : dinding abdomen menjadi lembek (kendor/keriput), striae gravidarum bila ada maka gambaran ini tidak hilang akan tetapi berubah menjadi merah.p(panduan perinatal 2009).
- 4) Uterus : berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat. Kandung kemih : berkaitan dengan penurunan tinggi fundus dan masalah/penyulit dalam berkemih.
- 5) Genitalia : odema vagina akibat penekanan kepala bayi saat lahir dan perlahan akan kembali ke bentuk semula. Ukuran vagina dan ruggae vagina akan kembali normal dalam jangka waktu 3 minggu. Dinding vagina lebih kendor disbanding sebelumnya. Beberapa hari pertama serviks masih dalam keadaan terbuka, dan dalam jangka waktu 7 hari seharusnya sudah kembali(panduan perinatal 2009).
- 6) Anus : haemoroid pada saat mengejan akan keluar yang diderita ibu sebelumnya dan terasa nyeri.
- 7) Keadaan perineum : pada keadaan dimana bagian tubuh mengalami robekan maka saraf disekitar luka akan menjadi sangat peka dan timbul nyeri, namun semakin sering bergerak, maka nyeri akan semakin berkurang(dechacare.com).
- 8) Lokhea rubra/merah : Keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum.

C. Assesment

1. Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnose : PAPIAHpost partum 6 jam fisiologis
- 2) Masalah : Ketidaknyamanan pada masa puerperiumadalah : nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaren payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid (Hellen Varney, 2007 : 974-977).
- 3) Kebutuhan : early ambulation, tehnik relaksasi, dicintai dan mencintai.

Kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya (Ari Sulistyawati 2009 : 180)

2. Antisipasi terhadap diagnose / masalah potensial

Diagnosis atau masalah potensial yang terjadi pada ibu bersalin adalah adalah : infeksi saluran kencing, perdarahan pervaginam, depresi post partum.

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera / kolaborasi / rujukan

Bidan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, seperti : Konsultasi dr.SpOG terhadap keluhan-keluhan pasien yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin. (Salmah, 2006)

D. Planning

Tujuan : setelah di lakukan Asuhan kebidanan ± 30 menit diharapkan ibu mengerti tentang penjelasan bidan serta penangannya.

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu dan bayi baik ,Tidak terjadi perdarahan, Kontraksi uterus baik.

1. Intervensi

Post partum : 6-8 jam.

- 1) Mencegah perdarahan pada masa nifas karenan atonia uteri.
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan apabila perdarahan berlanjut.
- 3) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
- 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamam kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2. Intervensi

Post Partum :1 minggu

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.

- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.

3. Intervensi

Post Partum :2 minggu

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