

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi

Kehamilan merupakan proses yang fisiologis dan alamiah. Masa kehamilan dimulai 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).

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

2) Perubahan Fisiologis Kehamilan

(1) Uterus

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

- a. 28 minggu : fundus uteri terletak kira-kira tiga jari di atas pusat atau $\frac{1}{3}$ jarak antara pusat ke prosesus xifoideus (25 cm).

- b. 32 minggu : fundus uteri terletak kira-kira antara $\frac{1}{2}$ jarak pusat dan prosesus xifoideus (27 cm).
- c. 36 minggu : fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah prosesus xifoideus (30 cm).
- d. 40 minggu : fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah prosesus xifoideus (33 cm).

(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.

(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 penambahan 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 dekomposisi 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. 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. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh volume plasma yang meningkat. Dalam kehamilan, leukosit meningkat sampai 10.000/cc, begitu pula dengan produksi trombosit.
- d. Nadi dan tekanan Darah: Tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra-hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik. Nilai rata-ratanya 84 per menit.

e. Jantung : Pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan.

(6) Sistem Pernafasan

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

(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. Reabsorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (morning sickness).

(8) Tulang dan Gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak (softening). Juga terjadi jika sedikit pelebaran pada ruang persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan janin. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium.

(9) Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu:

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

(10) Metabolisme

Umumnya, kehamilan mempunyai efek pada metabolisme. Karena itu, wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dan berada dalam kondisi sehat.

- a. Tingkat metabolik basal (basal metabolic rate, BMR) pada wanita hamil meningkat hingga 15-20%, terutama pada trimester akhir.
- b. Keseimbangan asam-alkali (acid-base balance) sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali :
 - a) Wanita tidak hamil : 155 mEq/liter.
 - b) Wanita hamil : 145 mEq/liter.
 - c) Natrium serum : turun dari 142 menjadi 135 mEq/liter.
 - d) Bikarbonat plasma : turun dari 25 menjadi 22 mEq/liter.
- c. Dibutuhkan protein yang banyak untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
- d. Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan bertambah, sering buang air kecil, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang mengingatkan kita pada diabetes

melitus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa, seperti somatomotropin, insulin plasma, dan hormon-hormon adrenal-17-ketosteroid.

e. Metabolisme lemak juga terjadi. Kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomotropin berperan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat dibadan, perut, paha, dan lengan.

f. Metabolisme mineral:

a) Kalsium: dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang, terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.

b) Fosfor: dibutuhkan rata-rata 2g/hari.

c) Zat besi:dibutuhkan tambahan zat besi \pm 800 mg, atau 30-35 mg sehari.

d) Air: Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.

g. Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5-16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan kehamilan (preeklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:

a) Janin, uri, air ketuban, uterus.

b) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein dan retensi air.

h. Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori terutama diperoleh dari pembakaran zat arang, khususnya sesudah

kehamilan 5 bulan keatas. Namun, jika dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori.

- i. Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein.

(11) 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).

3) Tanda dan Gejala Pasti Kehamilan

- (1) Mammae menjadi tegang dan membesar.

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

- (2) Miksi sering.

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

- (3) Konstipasi atau obstipasi.

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

(4) Pigmentasi (perubahan warna kulit).

Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.

(5) Varises (pemekaran vena-vena).

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksternal, kaki, betis, dan payudara.

(6) Uterus membesar.

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.

(7) Tanda braxton-hicks.

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi.

(8) Teraba ballottement merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus. Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa, atau diraba, juga bagian-bagian janin.

(9) Denyut jantung janin :

a. Didengar dengan stetoskop-monoral Laennec.

b. Dicatat dan didengar dengan alat Doppler.

c. Dicatat dengan fetoelektrokardiogram.

d. Dilihat pada ultrasonograf.

(10) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto-rontgen.

(Prawirihardjo, 2010).

4) Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau bayinya lahir dengan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya (Asrinah, 2010).

4) Ketidaknyamanan Selama Kehamilan TM 3 Dan Cara Mengatasinya

(1) 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 istmus 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 kedalam 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 (Varney, 2007).

(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 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(Varney, 2007).

(3) Flatulen

Peningkatan flatulen diduga akibat penurunan motilitas gastrointestinal. Hal ini kemungkinan merupakan akibat efek peningkatan progesterone yang merelaksasi otot halus dan akibat pergeseran serta tekanan pada usus halus karena pembesaran uterus.

Satu-satunya cara untuk mengurangi flatulen adalah pola memiliki defekasi harian teratur dan menghindari makanan yang menghasilkan gas. Posisi lutut-dada akan membantu ketidaknyamanan akibat gas terperangkap didalam(Varney, 2007).

(4) 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(Varney, 2007).

(5) 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 meneran saat defekasi.
- c. Meningkatkan sirkulasi(Varney, 2007).

(6) Kram Tungkai

Kram pada kaki disebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh, salah satu penyebab lain adalah uterus yang membesar memberi tekanan balik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi, atau pada saraf sementara, saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

Cara mengatasi kram pada kaki.

- a. Meluruskan kaki yang keram dan menekan tumitnya.
- b. Melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah.
- c. Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor(Varney, 2007).

(7) Edema Dependen

Timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini dapat disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang. Pakaian ketat yang menghambat aliran vena dan ekstremitas bagian bawah juga memperburuk masalah. Edema akibat kaki yang menggantung secara umum terlihat pada area pergelangan kaki dan kaki harus dibedakan

secara cermat dengan edema yang berhubungan dengan preeklampsia/eklampsia.

Cara mengatasinya:

- a. Hindari menggunakan pakaian ketat.
- b. Posisi menghadap kesamping saat berbaring.
- c. Penggunaan penyokong pada abdomen maternal dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul(Varney, 2007).

(8) 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 kehamillan 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(Varney, 2007).

(9) 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 meyamping)(Varney, 2007).

(10) Nyeri Pada Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat dibawah dan didepan tempat masuknya tuba fallopi kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritonium, melintasi kanalis inguinalis dan masuk pada bagian anterior (bagian atas) labio mayora pada sisi-sisi peritoneum. Kedua ligamentum terdiri atas sejumlah besar otot yang merupakan lanjutan otot polos uterus.

Jaringan otot ini memudahkan ligamentum latum untuk hipertrofi selama kehamilan berlangsung, dan yang terpenting, meregang seiring pembesaran uterus. Ligamentum teres uteri secara anatomis memiliki kemampuan memanjang saat uterus meninggi dan masuk kedalam abdomen. Nyeri pada ligamentum teres uteri diduga terjadi akibat peregangan dan kemungkinan akibat penekanan berat uterus yang meningkat pesat pada ligamen. Nyeri ini merupakan ketidaknyamanan umum yang harus dibedakan dari penyakit saluran gastrointestinal maupun penyakit organ abdomen (apendistis, radang kandung kemih). Salah satu faktor yang membedakan nyeri ini adalah penyebaran nyeri hingga ke area inguinal, yang merupakan ciri khas nyeri pada ligamentum teres uteri.

Cara mengatasi nyeri ligamentum:

- a. Fleksi lutut abdomennya.
- b. Membungkuk kearah nyeri untuk mengurangi peregangan pada ligament.
- c. Lakukan mandi dengan air hangat.
- d. Lakukan kompres hangat pada area nyeri, penanganan ini sebaiknya diterapkan hanya jika ibu hamil merasa yakin bahwa nyeri tersebut tidak disebabkan oleh komplikasi medis seperti apendistis.
- e. Sokong uterus dengan menggunakan bantal tepat dibawahnya dan sebuah bantal diantara kedua lutut saat berbaring miring(Varney, 2007).

(11) Nyeri Punggung Bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya apusat 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 sebagai pengganjal untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan(Varney, 2007).

5) Tanda-Tanda Bahaya dalam Kehamilan

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

(11) Janin tidak bergerak sebanyak biasanya(Bobak, 2005).

6) 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 14 T

a. Timbang Berat Badan

Peningkatan berat badan ibu hamil normal sama dengan 25% dari berat badan sebelum hamil. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu(Prawirohardjo, 2010).

b. Mengukur Tekanan Darah

Tekanan darah yang normal 110/70 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi(Rochjati, 2003).

c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang

dicantumkan dalam HPHT. Ukuran Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan.

2.1 Tabel ukuran tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan

Kehamilan sesuai minggu	Jarak dari symphysis
22 – 28 Minggu	24-25 cm
28 Minggu	26,7 cm
30 Minggu	29,5 – 30 cm
32 Minggu	31 cm
34 Minggu	32 cm
36 Minggu	33 cm
40 Minggu	37,7 cm

Sumber : Varney 2008

d. Pemberian Imunisasi (Tetanus Toksoid)

Manfaat imunisasi TT ibu hamil :

- a) Melindungi bayinya yang baru lahir dari tetanus neonatorum (BKKBN, 2005). Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh clostridium tetani, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistem saraf pusat(Saifuddin dkk, 2001).
- b) Melindungi ibu terhadap kemungkinan tetanus apabila terluka(Depkes RI, 2000).

Jumlah dan dosis pemberian imunisasi TT untuk ibu hamil :
Imunisasi TT untuk ibu hamil diberikan 2 kali(BKKBN, 2005; Saifuddin dkk, 2001), dengan dosis 0,5 cc di injeksikan intramuskuler/subkutan dalam(Depkes RI, 2000).

Umur kehamilan mendapat imunisasi TT ; Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap(BKKBN, 2005). TT1 dapat diberikan sejak di

ketahui postif hamil dimana biasanya di berikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan(Depkes RI, 2000).

Jarak pemberian imunisasi TT1 dan TT2 : Jarak pemberian (interval) imunisasi TT1 dengan TT2 adalah minimal 4 minggu (Saifuddin dkk, 2001; Depkes RI, 2000).

e. Pemberian Tablet Zat Besi

Untuk pemberian vitamin zat besi di mulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin serasa rasa mual telah hilang. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 330 mg (zat besi 60 mg) dan Asam Folat 500 mcg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan(Saifuddin, 2007).

f. Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan darah (hb) minimal dilakukan 2x selama hamil, yaitu pada trimester I dan III. Hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

Tabel 2.2 Pemeriksaan darah Hb

Hb 11 gr %	tidak anemia
9-10 gr %	anemia ringan
7-8 gr %	anemia sedang
< 7 gr %	anemia berat

Batas terendah untuk kadar Hb dalam kehamilan adalah 10 gr/100 ml. Wanita yang memiliki Hb kurang dari 10 gr/100 ml baru disebut anemia dalam kehamilan. Wanita dengan Hb antara 10-12 gr/100 ml tidak dianggap patologik, tetapi anemia fisiologik atau psedoanemia(Winkjosastro, 2007).

g. Pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan(Winkjosastro, 2007).

h. Pemeriksaan protein urine

Untuk mengetahui adtidaknya protein dalam urine. Pemeriksaan dilakukan pada kunjungan pertama dan pada setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan. Hasilnya :

tabel 2.3 hasil pemeriksaan protein urine

Negatif (-)	Urine tidak keruh
Positif 2 (++)	Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan halus
Positif 3 (+++)	Urine lebih keruh dan ada endapan yang lebih jelas terlihat
Positif 4 (++++)	Urine sangat keruh dan disertai endapan menggumpal

(Depkes RI, 1992)

i. Pemeriksaan Urine reduksi

Tabel 2.4 hasil pemeriksaan reduksi urine

Negatif (-)	Warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh
Positif 1 (+)	Hijau kekuning-kuningan dan agak keruh
Positif 2 (++)	Kuning keruh
Positif 3 (+++)	Jingga keruh
Positif 4 (++++)	Merah keruh

(Depkes RI , 1992)

Bila ada glukosa dalam urine maka harus dianggap sebagai gejala diabetes mellitus, kecuali kalau dapat dibuktikan hal-hal lain penyebabnya(Winkjosastro, 2007).

j. Perawatan payudara

Senam payudara atau perawatan payudara untuk bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 minggu(Asrinah, 2011).

k. Senam hamil

Senam ibu hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melakukan serta mencegah sembelit. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi. Menguasai teknik pernafasan yang berperan pada 22 minggu, dilakukan secara teratur, sesuai kemampuan fisik panggul, gerakan kepala dan gerakan bahu (memperkuat otot perut), gerakan jongkok atau berdiri (memperkuat otot vagina, perinium dan memperlancar persalinan)(Asrinah, 2011).

l. Pemberian obat malaria

Malaria adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh satu dari beberapa jenis plasmodium dan ditularkan oleh gigitan nyamuk anopheles yang terinfeksi. Di Indonesia terdapat 3 jenis yang biasanya adalah plasmodium vivax, plasmodium falciparum, dan plasmodium malaria. Pemberian obat malaria kepada ibu hamil pendatang baru berasal dari daerah malaria, juga kepada ibu hamil dengan gejala khas malaria yakni panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia(Saifuddin, 2007).

m. Pemberian kapsul minyak yodium

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis. Gangguan akibat kekurangan yodium (GAKI) adalah rangkaian efek kekurangan yodium pada tumbuh kembang manusia. Kekurangan unsur yodium dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengakibatkan gondok dan kretin yang ditandai dengan:

- a) Gangguan fungsi mental.
- b) Gangguan fungsi pendengaran.
- c) Gangguan pertumbuhan.
- d) Gangguan kadar hormon yang rendah(Saifuddin, 2007).

n. Temu Wicara dalam Rangka Persiapan Rujukan.

Persiapan rujukan perlu disiapkan karena kematian ibu dan bayi disebabkan keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan(Saifuddin, 2007).

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 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 (Prawirohardjo, 2010).

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.

(4) Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (flexus frankenhauser). apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

(5) 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 infus(Sofian, 2012).

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).

4) Tanda-tanda persalinan

Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

- 1) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vaginanya.

- 2) Perineum menonjol.
- 3) Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
- 4) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (APN, 2008).

5) Perubahan Fisiologi selama Persalinan

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada saat di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Rasa takut, nyeri dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

(2) Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung dan cairan yang hilang.

(3) Suhu

Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Kenaikan suhu dianggap normal asal tidak lebih dari 0,5 sampai 1 °C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun, bila persalinan

berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan pengecekan, antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.

(4) Denyut nadi (frekuensi jantung)

Perubahan yang mencolok selama puncak puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frakuensi denyut jantung diantar kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan. Sedikit peningkatan frakuensi denyut jantung merupakan keadaan yang normal. Meskipun dianggap normal, perlu pengecekan parameter lain untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya infeksi.

(5) Pernafasan

Terjadi sedikit peningkatan frekuensi pernafasan selama persalinan dimana hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Peningkatan pernafasan ini dapat dipengaruhi oleh adanya nyeri, rasa takut, dan penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar. Untuk menghindari terjadinya hiperventilasi yang memanjang, yang ditandai dengan rasa kesemutan pada ekstermitas dan perasaan pusing, perlu dilakukan pengamatan dan membantu mengendalikannya.

(6) Perubahan pada ginjal

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Hal tersebut diakibatkan oleh peningkatan curah jantung selama proses persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Polyuri tidak begitu terlihat dalam posisi terlentang, karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan. Kandung kemih harus sering dievaluasi setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi dan harus dikosongkan yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih yang akan menyebabkan hipotonia, serta menghindari etensi urine selama periode pasca partum awal.

(7) Perubahan pada saluran cerna

Mobilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak terpengaruh dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa.

Mula dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan. Perubahan pada saluran pencernaan, kemungkinan timbul sebagai respon terhadap salah satu atau kombinasi dari beberapa factor, antara lain kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat tau komplikasi.

(8) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm/100 mL selama persalina dan kembali ke kadar sebelum persalina pada hari pertama pasca partum, apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala I persalinan sebesar 5000-15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap tidak ada peningkatan lebih lanjut. Gula darah menurun selama persalinan dan akan menurun drastis pada persalinan yang lama, kemungkinan akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka(Varney, 2008).

6) Faktor-faktor yang mempengaruhi 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(Manuaba, 2010).

(2) Passage

Rangka panggul dan jalan lahir lunak(Prawirohardjo, 2012).

(3) Passenger

Janin dan plasenta(Prawirohardjo, 2010).

(4) Psikis Wanita

Keadaan emosi ibu, suasana batinnya, adanya konflik anak diinginkan atau tidak(Prawirohardjo, 2010).

(5) Penolong

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

7) Tahapan 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(APN, 2008)

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). (APN, 2008)
- (c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase:
- Akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - Dilatasi maksimal : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - Deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap)(Sofian, 2012).

Tabel 2.5 Perbedaan lamanya pembukaan serviks pada primigravida dan multigravida.

Primi	Multi
Serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi.	Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan.
Berlangsung 13 – 14 jam	Berlangsung 11-12 jam

(APN, 2008)

Tabel 2.6 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
TD	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30 menit
DJJ	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

(APN, 2008)

(2) Kala II

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 II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (APN, 2008).

(3) 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 :

1. 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 uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

b) Duncan

Lepasnya uri mulai dari pinggir. Jadi, bagian pinggir uri lahir terlebih dahulu. Darah akan menglir keluar diantara selaput ketuban. Serempak dari tengah dan pinggir plasenta (Prawirohardjo, 2007).

2. 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 (Manuaba, 2007).

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(Manuaba, 2007).

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(Manuaba, 2007).

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(Manuaba, 2007).

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(Manuaba, 2007).

(4) 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, 2007).

Tabel 2.7 Lamanya persalinan pada primi dan multi adalah

Kala	Primi	Multi
I	14 jam	11 jam
II	2 jam	1 jam
III	½ jam	½jam
Lama Persalinan	16 ½ jam	12½ jam

(Sofian, 2012)

8) Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinaan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul(Sumanah, 2008).

Mekanisme persalinan sebenarnya mengacu pada bagaimana janin menyesuaikan dan meloloskan diri dari panggul ibu, yang meliputi gerakan:

1. Engagement

Terjadi ketika diameter biparietal kepala janin telah melalui pintu atas panggul.

2. Turun

Sebetulnya janin mengalami penurunan terus menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester III, antara lain masuknya bagian terbesar janin kedalam pintu atas panggul (PAP) yang pada primigravida 38 minggu atau selambat-lambatnya awal kala II.

3. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu terutama bidang sempit panggul yang ukuran melintang 10 cm untuk dapat melewatinya, maka kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran diameter oksipito frontalis (11,5 cm) harus fleksi secara maksimal menjadi diameter oksipito bregmatika (9,5 cm).

4. Rotasi dalam / putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil anterior posterior pintu bawah panggul (PBP). Hal ini dimungkinkan karena kepala janin bergerak spiral atau seperti sekrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar

bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45° . Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis.

5. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada PBP mengarah ke depan dan ke atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya kalau tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada pertemuan dan menembusnya. Dengan ekstensi ini maka sub oksiput bertindak sebagai hipomochlion (sumbu putar). Kemudian lahirlah berturut-turut sinsiput (puncak kepala), dahi, hidung, mulut, dan akhir dagu.

6. Rotasi luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus.

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symfisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.

9) Penatalaksanaan Persalinan

(1) Penatalaksanaan Kala I

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.
2. Melakukan informed consent pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.
3. Menyarankan kepada ibu untuk didampingi oleh orang yang dekat dengan ibu.
4. Memberikan asuhan sayang ibu :
 - a. Memberikan dukungan emosional.
 - b. Membantu pengaturan posisi ibu.
 - c. Memberikan cairan dan nutrisi.
 - d. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur.
 - e. Pencegahan infeksi.
5. Membimbing ibu untuk relaksasi.
6. Menjaga privasi ibu.
7. Melakukan persiapan persalinan.
8. Menilai kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf dan input dan output (APN, 2008).

(2) Penatalaksanaan Kala II

1. Mendengar & melihat adanya tanda persalinan kala II (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).

2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan, bahan, dan obat-obat esensial termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 3 ml ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun & air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung dilepaskan.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai dan pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
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 dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk menngeringkan janin pada perut ibu.
20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi.

Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).
25. Melakukan penilaian segera bayi baru lahir :
 - a. Apakah bayi menangi kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif ?
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

(3) Penatalaksanaan Kala III

28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem 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.
31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

37. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).
40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

(4) Penatalaksanaan Kala IV

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
45. Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan antero lateral.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai memakai pakaian bersih dan kering.

54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Melengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan 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).

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

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).

2) 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 waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu, bulanan, tahunan(Ambarwati, 2010).

3) 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 masih 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.

Tabel 2.8 Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba diatas symphisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

(Suherni dkk, 2009)

1. Autolysis

Proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan. Sitoplasma sel yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

2. 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).

3. Efek Oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera. Setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi 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 daripada 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 :

1. Loche Rubra / Merah (Kruenta)

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

2. Lochea Sanguinolenta

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

3. 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.

4. Lochea Alba / Putih

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

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang

mungkin disebabkan tertinggalnya sisa/selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan Lochea Purulenta(Ambarwati, 2010).

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/perluasan 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.

d) Perineum

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

(2) 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, penegluran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2–3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit.

(3) Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih dalam puerperium masih tertinggal urine residual (normalnya 15 cc). Urine biasanya

berlebihan (poliurine) 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 putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu(Ambarwati, 2010).

(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 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).

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 an ovulasi (Ambarwati, 2010).

(6) Perubahan Tanda-tanda Vital

a. Suhu Badan

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

b. Nadi

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

c. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkina tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan

darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi postpartum.

d. Pernafasan

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

(7) 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 dari volume darah dan entrasi. 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 denan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Kedaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kodis pada penderita vitium cordia(Ambarwati, 2010).

(8) Perubahan Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan vaskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukkositas yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam

beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama (Ambarwati, 2010).

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

Tabel 2.9 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 pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. - Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. - Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 Minggu post partum	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)

4) Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas

(1) Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian:

a) Periode Taking In

- (a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan.
- (b) Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung.
- (c) Mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- (d) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- (e) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk memepercepat pemulihan dan penyembuhan luka.
- (f) Persiapan proses laktasi aktif.

b) Periode Taking Hold

- (a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- (b) Ibu tanggung jawab terhadap bayi.
- (c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatannya bayi, misalnya mengggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.

c) Periode Letting Go

- (a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang kerumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- (b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bay yang sangat tergantung padanya.
- (c) Depresi post partum biasanya terjadi pada periode ini.

5) 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 syok.

(2) Infeksi nifas

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

(3) Partus lama

- a. Tindakan operasi persalinan.
- b. Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah.
- c. Perdarahan ante partum dan post partum.
- d. Anemia.

- e. Ibu hamil dengan infeksi(endogen).
- f. Manipulasi penolong(eksogen).
- g. Infeksi nosokomial.
- h. Bakteri colli.

(4) 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 : pertolongan persalinan kurang steril, KPP, partus lama, malnutrisi, dan anemia.

(5) Bendungan ASI

- a. Suhu tidak > 38° 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° C.
- d. Terjadi minggu ke dua PP.
- e. Bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan.

(7) Tromboflebitis / Flegmasia Alba Dollens

Inflamasi vena femoralis dengan pembentukan pembekuan darah.

(Suherni, 2009).

2.2. Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

1) Pengumpulan Data Dasar

1. Riwayat Kesehatan.
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan.
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Asrinah, 2010).

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

1. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi.
2. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
3. Memiliki ciri khas kebidanan.
4. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan.
5. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan (Muslihatin, 2009).

3) Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman(Asrinah, 2010).

4) Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan(Soepardan, 2008).

5) Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Langkah ini merupakan kelanjutan menejeman terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, kultural atau psikologis(Soepardan, 2008).

6) Melaksanakan Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa

dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Soepardan, 2008).

7) Evaluasi

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

2.3. Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

A. Subyektif

Usia normal hamil antara $\geq 16 - \leq 35$, jika usia hamil ≤ 16 tahun rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Jika hamil usia ≥ 35 tahun, usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua, jalan lahir kaku, dan kemungkinan akan terjadi anak cacat, persalinan macet dan perdarahan (Rochjati, 2003).

1. 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(Kusmiati, 2009).

2. Riwayat Kebidanan

a. Kunjungan

a) 1x selama TM I (0-13 minggu).

b) 1x selama TM II (14-27 minggu).

c) 2x selama TM III (28-40 minggu)(Sulistyawati, 2011) .

Optimalnya ANC setiap :

Umur kehamilan 3-6 bulan : 1 bulan sekali

Umur kehamilan 6 – 8 bulan : 2 minggu sekali

Umur kehamilan 9 bulan : 1 minggu sekali.

(Sulistyawati, 2011)

b. Riwayat Menstruasi

a) Menarche 12-16 tahun, Siklus 28-35 hari, lama 3-5 hari, dengan pengeluaran darah + 50-70 cc ibu tidak mengalami gangguan haid/nyeri(Sarwono, 2010)

b) HPHT : menghitung taksiran partus untuk siklus 28 hari dengan menambahkan 7 hari dan 9 bulan ke tanggal HPHT(Medforth, 2012).

3. Riwayat obstetric yang lalu.

a. Paritas : batas normal kehamilan yaitu ≤ 3 kehamilan, jika ibu hamil/melahirkan > 3 kehamilan akan mengakibatkan kelainan letak,

robekan rahim pada kelainan letak lintang, partus lama, dan perdarahan pasca persalinan(Rochjati, 2003).

- b. Usia Kehamilan (UK) : batas usia kehamilan normal adalah 37-42 minggu(Medforth, 2012), jika ibu dengan umur kehamilan \geq 42 minggu akan berakibat pada janin yaitu : janin mengecil, kulit mengkerut, lahir dengan berat lahir rendah, janin dalam rahim dapat mati mendadak(Rochjati, 2003).
- c. Jenis persalinan : jenis persalinan normal adalah aspointan B, riwayat persalinan yang lalu dapat dijadikan antisipasi terhadap persalinan berikutnya tetapi tergantung dari lama waktu terjadinya persalinan(Rochjati, 2003).

4. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Keluhan trimester 3 : ketidaknyamanan ibu hamil trimester 3 yaitu sering berkemih, sesa nafas, nyeri ligamentum, pusing, sakit pinggang, varises pada kaki(Sulistyawati,2009).
- b. Frekuensi pergerakan : standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam(Medforth, 2012).
- c. Penyuluhan yang sudah di dapat :
Nutrisi, Imunisasi, Istirahat, Kebersihan diri, Aktifitas, Tanda-tanda bahaya kehamilan, Perawatan payudara/laktasi, Seksualitas, Persiapan persalinan, KB(Saifuddin, 2007).
- d. Imunisasi yang sudah didapat
 - a) TT1 Pada kunjungan antenatal pertama
 - b) TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 dengan efektifitas 3 tahun

- c) TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2 dengan efektifitas 5 tahun
- d) TT4 diberikan 1 tahun setelah TT3 dengan efektifitas 10 tahun
- e) TT5 diberikan 1 tahun setelah TT4 dengan efektifitas 25 tahun(Saifuddin, 2007).

5. Pola kesehatan fungsional

a. Pola nutrisi

Peningkatan nutrien spesifik direkomendasikan selama kehamilan, tetapi nutrien spesifik ini tidak sulit diperoleh suatu diet yang seimbang EAR untuk energi selama kehamilan adalah 2000 kkal/hari hanya pada di trimester akhir, itu sebabnya wanita tidak perlu mengkonsumsi sebanyak itu pada kedua trimester pertama(Medforth, 2012).

b. Pola eliminasi

Frekuensi berkemih pada trimester ketiga terjadi akibat lightening kepala bayi yang masuk kedalam panggul(Varney, 2007).

c. Pola kebersihan diri

Mandi diperlukan untuk kebersihan selama kehamilan, terutama karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Mandi berendam tidak dianjurkan(Varney, 2007).

d. Pola istirahat

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 (Menurut Bobak (2004), Musbikin (2005), dan Dewi (2008)).

e. Pola aktivitas

Aktivitas yang harus dihindari yaitu aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri terlalu lama, mengangkat sesuatu yang berat, paparan dengan radiasi (Kusmiyati, ddk, 2009).

f. Pola seksual

Minat menurun lagi libido dapat turun kembali ketika kehamilan memasuki trimester ketiga. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual, itulah beberapa penyebab menurunnya minat seksual (Kusmiyati, 2009).

6. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita : pada kehamilan fisiologis tidak ada riwayat penyakit yang menyertai. Jika terdapat penyakit pada kehamilan sebagai berikut :

a. Anemia : pada pemeriksaan Hb, didapatkan Hb $<$ 11 gr% dapat mengakibatkan daya tahan ibu menurun, menghambat pertumbuhan janin, persalinan prematur (Rochjati, 2003).

b. Malaria : pada ibu hamil yang memiliki penyakit malaria yang disertai panas yang tinggi dan anemia dapat berdampak abortus, kematian janin dalam kandungan, persalinan prematur (Rochjati, 2003)

- c. Tuberkulosa paru : pada penyakit ini tidak mempengaruhi kehamilan dan janin secara langsung, janin akan tertular saat proses persalinan pervaginam, dapat menurunkan kondisi ibu hamil, tenaga dan ASI akan berkurang. Ibu dianjurkan untuk tidak menyusui secara langsung(Rochjati, 2003).
- d. Payah jantung : pada ibu hamil dengan payah jantung dapat mengakibatkan pada kehamilan yaitu gangguan pertumbuhan janin dengan berat badan lahir rendah, payah jantung akan menjadi lebih berat, kelahiran prematur, dan dalam persalinan (bayi lahir dalam keadaan tidak menangis dan bayi lahir mati)(Rochjati, 2003).
- e. Diabetes militus : dengan indikasi pernah melahirkan bayi dengan berat > 4000 gram, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada minggu-minggu terakhir, ditemukan glukosa dalam urine. Bahaya yang dapat ditimbulkan yaitu persalinan prematur, hydramnion, kelainan bawaan, kelahiran bayi dengan BB > 4000 gram, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan minggu ke-36. Kematian bayi perinatal(Rochjati, 2003).
- f. HIV /AIDS : akan berdampak terjadinya gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil mudah terkena infeksi(Rochjati, 2003).
- g. TORCH : penyakit yang disebabkan oleh tokso yang dapat menyebabkan infeksi pada kehamilan muda dapat menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan kelainan konginetal, hidrosefalus(Rochjati, 2003).

7. Riwayat penyakit dan kesehatan keluarga :

Gemeli : faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan hamil kembar adalah faktor ras, keturunan, umur wanita dan paritas(Manuaba, 2010).

8. Riwayat psiko-sosio-spiritual

a. Riwayat emosional : Cenderung malas, lebih sensitive, minta perhatian lebih, gampang cemburu. Sedangkan psikologis : merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal(Sulistyowati,2009).

b. Status pernikahan :

a) Kehamilan ini :

b) Hubungan dengan keluarga, orang lain : adanya dukungan sosial yang diberikan oleh teman, keluarga, dan komunitas dapat dijadikan penawar stress, membantu perkembangan strategi koping, dapat mempengaruhi perilaku yang berdampak pada kesehatan, dan juga dapat memfasilitasi penyembuhan dari penyakit(Metforth, 2012).

c) Ibadah/ spiritual : ibu hamil pantang makanan yang berasal dari daging, ikan dan goreng-gorengan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan pada janin(Sulistyowati,2009).

d) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :

e) Dukungan keluarga :

- f) Pengambil keputusan dalam keluarga :
- g) Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin : diskusikan dimana ibu hamil ingin melahirkan, ibu tidak boleh merasa terpaksa untuk pergi ke rumah sakit(Medforth, 2012).
- h) Tradisi :
- i) Riwayat KB :
- Jenis-jenis KB yang bisa digunakan untuk menunda kehamilan adalah:
- Suntikan KB
 - AKDR
 - Pil KB
 - Metode sederhana(Ida B. Manuaba, 1998)

B. Obyektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda –tanda vital :
 - 1) Tekanan darah : batas normal tekanan darah adalah 110/70-140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi(Varney, 2008).
 - 2) Nadi : batas normal nadi adalah 80-100 kali/menit, terjadi peningkatan tekanan vena dengan rata-rata 84 kali/menit(Sofian, 2012).

3) Pernafasan : 16-20 kali/menit.

4) Suhu : $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Prawiroharjo, 2006).

e. Antropometri

BB : batas normal penambahan wanita hamil sekitar 6,5-16,5 kg.

Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan kehamilan (preeklamsi dan eklamsi)(Sarwono, 2010).

TB : batas normal TB ibu hamil ≥ 145 cm, jika tinggi badan ibu hamil < 145 cm dapat menjadi indikator gangguan genetik(Wheeler, 2004).

Lila : $\geq 23,5$ cm, jika LILA $< 23,5$ kemungkinan KEK(Wheeler, 2004).

f. Taksiran persalinan : dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari ke HPHT(Medforth, 2012).

g. Usia kehamilan

Tabel 2.10 Usia kehamilan trimester III

Tinggi Fundus	Usia kehamilan
1/3 diatas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari(4 cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

(Prawirohardjo, 2010).

2. Pemeriksaan Fisik

a. Wajah : Wajah pucat (anemia), wajah odema (bahaya kehamilan), cloasma gravidarum akibat deposit pigmen yang berlebihan.

b. Mata : conjungtiva pucat (anemia), sklera kuning (hepatitis), bila merah conjungtivitis, kelopak mata bengkak kemungkinan ada preeklamsi.

c. Leher : adanya pembengkakan kelenjar tiroid(kreatinisme).

- d. Mulut & gigi : mukosa bibir lembab, stomatitis, caries gigi menandakan kekurangan kalsium, gingivitis.
- e. Mamae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan abnormal, kolostrum keluar.
- f. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi, linia nigra, striae alba, terdapat braxton hick, TFU 2 jari bawah prosesus xifoideus, Konvergen/divergen, Primi \geq 36 minggu sudah enggamen(Prawirohardjo,2009).
- g. TFU Mc. Donald

Tabel 2.11 TFU berdasarkan Mc.Donald

TFU dalam cm	UK dalam bulan
30 cm	8 bulan
33 cm	9 bulan

- h. TBJ : (tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = Berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka n = 11(Kusmiyati,2010).
- i. DJJ : normal 120–160 x/menit dan teratur. Bunyi jantung bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilikus(Feryanto, 2011).
- j. Genetalia : tidak ada odema pada vulva atau varises pada vagina, bagaimana personal hygienenya, anus tidak ada haemoroid(Varney, 2007).
- k. Ekstremitas : rentang geraknya normal, turgor normal, acral hangat, tidak terdapat oedema(Saminem,2010).

3. Pemeriksaan Panggul

- (1) Distancia Spinarum : 24-26 cm.
- (2) Distancia cristarum : 28-30 cm.
- (3) Conjugata eksterna : 18-20 cm.
- (4) Lingkar panggul : 80-90 cm.
- (5) Distancia tuberum : 10,5 cm(Sulistyawati, 2009).

4. Pemeriksaan Laboratorium

- a. 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).
- b. Urine : albumin urine : negatif (-), protein urine (-) jika terdapat albumin reduksi positif, identifikasi pre eklamsi/ eklamsi selama kehamilan(Depkes RI, 1992).

5. Pemeriksaan Lain

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

NST: idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ, ada atau tidaknya Braxton his, aktif atau tidaknya gerak janin(Prawirohardjo, 2009).

2) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa :

G...(PAPIAH), usia kehamilan, anak hidup/mati, anak tunggal/kembar, letak anak, intrauterine/extruterine, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita dan janin baik(Saminem, 2009).

2. Masalah : sering buang air kecil/nocturia(Kusmiati, 2009).

3. Kebutuhan : Pola personal hygiene, pola nutrisi dan cairan, pola aktivitas(Kusmiati, 2009).

3) Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Masalah potensial pada kehamilan fisiologis tidak ada masalah potensial pada ibu dan janin. Suatu kehamilan dikatakan terdapat diagnosa masalah potensial jika adanya masalah yang serius dari kehamilan klien(Waryana, 2010).

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Tindakan segera pada asuhan kebidanan merupakan tindakan yang harus dilakukan agar kondisi ibu tidak jatuh ke dalam keadaan yang lebih mengancam jiwa pasien(Salmah, 2006).

5) Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.

Rasionalisasi : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janinnya(Doengoes, 2001).

2. Jelaskan kepada ibu mengenai peningkatan frekuensi berkemih

Rasionalisasi : hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih akibat dari lightning(Varney, 2007).

3. Berikan HE tentang cara mengatasi sering kencing

Rasionalisasi : pengurangan asupan cairan sebelum tidur malam akan menjadikan wanita hamil tidak perlu bolak-balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur(Varney, 2007).

4. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang.

Rasionalisasi : nutrisi pada ibu hamil dibutuhkan tambahan kalori 285 kkal/hari, protein 75-100 gram/hari, zat besi 30-60 gram/hari, dimana dapat menunjang pertumbuhan ibu dan janin(Sulistiyawati, 2009).

5. Anjurkan ibu beristirahat

Rasionalisasi : memenuhi kebutuhan metabolik, serta meningkatkan aliran darah ke uterus dan dapat menurunkan kepekaan/aktivitas uterus(Doengoes, 2001).

6. Anjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat.

Rasionalisasi: aktivitas yang berat dianggap dapat menurunkan sirkulasi uretroplasenta, kemungkinan mengakibatkan bradikardi janin(Doengoes, 2001).

7. Jelaskan pada ibu tanda bahaya kehamilan trimester 3.

Rasionalisasi : membantu ibu membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat(Doengoes, 2001).

8. Jelaskan persiapan persalinan

Rasionalisasi : informasi tentang persiapan persalinan dalam meningkatkan kewaspadaan diri terhadap komplikasi selama persalinan(Manuaba, 2010).

9. Jelaskan tanda-tanda persalinan

Rasionalisasi : membantu ibu mengenali terjadinya persalinan sehingga membantu dalam proses penanganan yang tepat waktu(Doengoes, 2001).

10. Berikan multivitamin

Rasionalisasi : vitamin, besi sulfat dan asam folat membantu mempertahankan kadar Hb normal. Kadar Hb rendah mengakibatkan kelelahan lebih besar karena penurunan jumlah oksigen(Doengoes, 2001).

11. Anjurkan kontrol ulang

Rasionalisasi : kunjungan ulang pada kehamilan trimester III setiap 1 minggu sekali(Sulistyawati, 2011).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

A. Subyektif

1. Keluhan utama

Terjadi penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks, cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina(APN, 2008).

Pengeluaran pervaginam :

- a. Show : pengeluaran mukus tercampur darah yang dikeluarkan pervaginam dikenal sebagai operculum, tetapi tidak selalu mengidentifikasi awitan persalinan(Medforth, 2012).
- b. Ketuban pecah : ini terjadi setiap saat selama atau sebelum persalinan. Yang lebih sering, pada persalinan normal spontan tanpa intervensi, ketuban akan pecah saat dilatasi serviks 9 cm atau lebih(Medforth, 2012).

2. Riwayat Obstetrik yang Lalu

Sesuai dengan pengkajian riwayat obstetri yang lalu pada kehamilan.

3. Riwayat kehamilan sekarang

Frekwensi pergerakan untuk mengkaji kesejahteraan janin dan denyut jantung janin untuk mengkaji status janin(Varney, 2008).

4. Pola Fungsional

a. Nutrisi

Menjelang persalinan ibu diperbolehkan makan dan minum sebagai asupan nutrisi yang dipergunakan nanti untuk kekuatan meneran(Manuaba, 2010).

b. Eliminasi

BAB sebelum persalinan kala II, rectum yang penuh akan menyebabkan ibu merasa tidak nyaman dan kepala tidak masuk ke dalam PAP. Pastikan ibu mengosongkan kandung kemih, paling tidak 2 jam(Manuaba, 2010).

c. Istirahat

Pada proses persalinan klien dapat miring kiri tujuannya memperlancar proses oksigenasi pada bayi. Klien dapat mengatur teknik relaksasi/istirahat sewaktu tidak ada kontraksi. Dalam mengatur teknik relaksasi/istirahat dapat membantu mengeluarkan hormon endorphen dalam tubuh(Yanti, 2009).

d. Personal hygiene.

Bila ibu inpartu, di anjurkan untuk sering berkemih dan membersihkan daerah genetalia dengan bersih sebagai antisipasi akan adanya infeksi dari urine yang dikeluarkan(Sofian, 2011).

e. Aktivitas

Ibu yang sedang dalam proses persalinan mendapatkan posisi yang paling nyaman, ia dapat berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan sering kali memperpendek waktu persalinan(APN, 2008).

f. Psikologi

Kelahiran seorang bayi akan mempengaruhi kondisi emosional (seluruh keluarga, jadi usahawan agar suami/ anggota keluarga lain diikutkan dalam proses persalinan ini, usahakan agar mereka melihat, mendengar dan membantu jika dapat)(Medforth, 2012).

g. Sosial budaya

Kebiasaan-kebiasaan yang merugikan saat persalinan seperti minum jamu, mengikat perut bagian atas dengan tali, mengurangi rambut, membuka semua pintu yang ada(Mochtar, 1998).

h. Kehidupan seksual

Pengalaman melihat pasangan mereka sewaktu melahirkan dapat mempengaruhi sesualitas pria, yaitu menjadi pengikat pasangan secara lebih kuat dan dapat menjadi traumatik(Medhfort, 2012).

5. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

- 1) Penyakit jantung menyebabkan terjadinya perdarahan pada saat persalinan.
- 2) Ibu hamil dengan riwayat penyakit hipertensi perlu ditentukan pimpinan persalinan dan kemungkinan bisa menyebabkan transient hipertensi.
- 3) Ibu hamil dengan riwayat TBC aktif kemungkinan bisa menyebabkan kuman saat persalinan dan bisa menular pada bayi.
- 4) Ibu dengan riwayat DM mempunyai pengaruh terhadap persalinannya kemungkinan terjadi yaitu inersia uteri, antonia uteri, distosia bahu, karena anak besar, kelahiran mati. Sedangkan akibat bayinya : cacat bawaan, janin besar, IUFD dan lain-lain.
- 5) Bila ibu menderita hepatitis kemungkinan besar bayi akan tertular melalui ASI.
- 6) Pada ibu bersaln fisiologis tidak mempunyai penyakit(Sarwono, 2010).

6. Riwayat Psiko-sosio-spiritual

Secara psikologis ibu yang mendekati persalinan akan merasa cemas, takut, khawatir dengan keadaannya (Medforth, 2012).

- a. Kehamilan ini : direncanakan/tidak direncanakan.
- b. Hubungan dengan keluarga : akrab/biasa/terganggu.
- c. Hubungan dengan orang lain : akrab/biasa/terganggu.
- d. Ibadah/spiritual : patuh/tidak patuh.
- e. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya : adanya penerimaan atau penolakan dari keluarga sebagai dukungan emosional yang tinggi untuk persiapan menjadi orang tua (Sarwono, 2010).
- f. Dukungan keluarga : pendampingan persalinan telah terbukti membantu dalam memberikan dukungan sosial terutama dalam persalinan (Medforth, 2012).
- g. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin.

B. Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Tekanan Darah : batas normal 110/70 mmHg – 130/90 mmHg dengan pemeriksaan saat tidak ada HIS, jika naik curigai adanya pre eklamsi/eklamsi dengan ditunjang pemeriksaan urine, dan jika menurun curigai adanya perdarahan (Fatmawati, 2011).
- b. Nadi : batas normal ibu bersalin antara 80-100 kali/menit, jika nadi ibu meningkat kemungkinan dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan (Fatmawati, 2011).

c. Suhu : batas normal ibu bersalin antara $36.5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$, jika naik curigai adanya infeksi(Fatmawati, 2011).

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Muka : odema/ tidak, jika odema tanda klasik pre eklamsi(Varney, 2008). Pucat/ tidak, jika pucat karena defisiensi Fe (anemia)(Medforth, 2012).

Mata : Konjungtiva merah muda/pucat, jika pucat di indikasikan anemia(Medforth, 2012). Sclera ikterus/tidak, jika ikterus kemungkinan ibu mempunyai terkena hepatitis(Varney, 2008). Bengkak pada kelopak mata bisa disebabkan ibu menangis karena cemas, takut, atau dikarenakan tanda klasik pre eklamsi(Varney, 2008).

Leher : tidak ada pembesaran kalenjar tyroid. Bila mengalami pembesaran kalenjar tyroid kemungkinan ibu mengalami kekurangan yodium, jika ibu mempunyai penyakit jantung maka akan terdapat bendungan vena jugularis(Varney, 2008).

Mulut : Bibir tampak pucat kemungkinan anemis atau timbulnya rasa nyeri hebat(Bobak, 2012).

b. Mamae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol/tidak, terdapat adanya benjolan abnormal atau, kolostrum sudah keluar atau belum.

c. Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi. TFU 3 jari di bawah proses

xipoid(Sarwono, 2010). His 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih(APN, 2008). Jika his menurun curigai adanya his hipotonik lanjutkan dengan periksa kandung kemih, dan jika his meningkat curigai adanya kejang dalam persalinan(Prawiroharjo, 2010).

- a) Leopold I : tinggi fundus uteri pertengahan antara pusat dengan prosesus xyphoid, teraba bokong
- b) Leopold II : punggung kanan atau punggung kiri
- c) Leopold III : kepala, sudah memasuki panggul
- d) Leopold IV : presentasi kepala janin sudah masuk pintu atas panggul 2/5 bagian
- e) TBJ : $(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \dots$ berat (gram).
Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka $n = 12$.
Bila kepala dibawah spina ischiadika maka $n = 11$ (Kusmiyati,2010).
- f) DJJ : normal 120–160 x/menit dan teratur. Bunyi jantung bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilikus(Feryanto, 2011).

d. Genetalia :

Pengeluaran pervaginam (blood slym), tidak adanya infeksi genetalia, tidak ada odema.

Pemeriksaan dalam : tidak terab tonjolan spina, servik lunak atau tidak, mendatar atau menebal, pembukaan servik \emptyset 1-10 cm, effecement 25-100 %, ketuban utuh/pecah, presentasi kepala/bokong/kaki, Hodge I –

IV, denominator, ada molase/tidak, teraba bagian kecil/tidak dan teraba bagian terkecil janin/tidak.

e. Pemeriksaan Laboratorium :

a. Darah : Hb \geq 11 gr %, jika Hb $<$ 11 gr% antisipasi adanya perdarahan intra partum(Saifudin, 2007).

b. Urine : albumin urine : negatif (-), protein urine (-), jika terdapat albumin reduksi positif curigai pre eklamsi/eklamsi intrapartum(Saifuddin, 2007).

f. Pemeriksaan Lain

a) Tes lakmus/ Nitrazin test : air ketuban mempunyai sifat basa, jika lakmus merah berubah menjadi biru(Prawirohardjo, 2010).

b) NST : idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ(Ibrahim, 1993).

2) Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : G...PAPIAH Usia Kehamilan, Tunggal, Hidup, Presentasi Kepala, Intrauterin, Kesan jalan lahir normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik, dengan inpartu fase laten/aktif.

2. Masalah : cemas, nyeri.

3. Kebutuhan : Dukungan emosional, dampingi ibu saat persalinan, berikan posisi yang nyaman, berikan makan dan minum.

3) Antisipasi terhadap diagnose/ masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

5) Planning

1. KALA I

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 14 jam (Primigravida)/ 11 jam (Multigravida) diharapkan terjadi pembukaan lengkap (10 cm), adanya dorongan meneran yang semakin meningkat, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka (APN, 2008).

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban pecah jernih, terdapat penurunan bagian terbawah janin, his adekuat dan terdapat gejala kala II (Dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).

Intervensi

- a. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.

Rasionalisasi : pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dan janin dapat meningkatkan kerjasama antara petugas dan keluarga (APN, 2008).

- b. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.

Rasionalisasi : adanya informed consent sebagai kekuatan hukum atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan

- c. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasionalisasi : SOP APN

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

Rasionalisasi : SOP APN.

- e. Beri asuhan sayang ibu

- a) Berikan dukungan emosional.

Rasionalisasi : keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan(APN, 2008)

- b) Atur posisi ibu.

Rasionalisasi : pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

- c) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasionalisasi : pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan.

- d) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasionalisasi : tidak mengganggu proses penurunan kepala.

- e) Lakukan pencegahan infeksi.

Rasionalisasi : terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang(Depkes RI, 2008)

- f. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.

Rasionalisasi : observasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan.

- g. Observasi DJJ setiap 30 menit.

Rasionalisasi : saat ada kontraksi, DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

- h. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yakni dengan menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Rasionalisasi : teknik relaksasi memberi rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

- i. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

Rasionalisasi : merupakan standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan memudahkan pengambilan keputusan klinik.

- j. Persiapan Rujukan.

Rasionalisasi : apabila terdapat penyulit dalam melakukan Asuhan, langsung dapat merujuk ke fasilitas yang sesuai tanpa adanya suatu keterlambatan (Depkes. RI, 2008).

2. KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 1 jam (Multi)/ ≤ 2 jam (Primi) diharapkan bayi dapat lahir spontan dan selamat (APN, 2008).

Kriteria Hasil : ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, bayi menangis kuat, bayi bernafas spontan, gerak bayi aktif, kulit kemerahan.

Intervensi : 1-27 Langkah APN

- 1) Dengar dan lihat adanya tanda gejala kala II.
 - ibu merasa aada dorongan kuat untuk meneran
 - ibu meraskan tekanan pada rektum dan vagina
 - perineum tampak menonol.
 - vulva dan sfingter ani membuka. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
 - menggelar kain ditempat resusitasi
 - menyiapkan oksitosin 10 unit, dan spuit 3cc dalam partus set.
- 2) Pakai celemek.
- 3) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keribgkan dengan handuk kering atau tisu.
- 4) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 5) Masukkan oksitosin kedalam spuit (menggunakan tangan kanan yang memakai sarung tangan steril), dan meletakkan di partus set.
- 6) Bersihkan vulva dan perineum, dari arah depan kebelakabg dengan menggunakan kapas DTT.
- 7) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembuaan lengkap.
- 8) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 9) Periksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi.

- 10) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman.
- 11) Pinta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
- 12) Laksanakan bimbingan meneran saat ibu ada dorongan untuk meneran.
- 13) Anjurkan ibu untuk berjalan,berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika belum ada dorongan untuk meneran.
- 14) Letakkan handuk bersih diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan dengan diameter 5-6 cm.
- 15) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 16) Buka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 17) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- 19) Periksa adanya lilitan tali pusat, dan mengendorkan tali pusat.
- 20) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 21) Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran pada saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawaharcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 22) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari-jari lainnya). Kemudian letakkan bayi diatas perut ibu.
- 24) Nilai segera bayi baru lahir.
- 25) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
- 26) Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan membiarkan bayi diatas perut ibu.
- 27) Letakkan kain bersih dan kering pada perut ibu. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

3. KALA III

Tujuan : Setelah melakukan asuhan kebidanan selama ≤ 30 menit diharapkan plasenta dapat lahir spontan (APN, 2008).

Kriteria Hasil : Plasenta lahir lengkap, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, UC keras, kandung kemih kosong, tidak terdapat perdarahan.

Intervensi : Langkah APN ke 28-40

- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
Setelah 1 menit setelah bayi lahir.
- 30) Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi.
Mendorong tali pusat ke arah distal dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Setelah 2 menit pemberian oksitosin.
- 31) Gunting tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi). Pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut.
- 32) Ikat tali pusat dengan benang steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Tengkurapkan bayi pada perut/dada ibu (skin to skin) menyelimuti tubuh bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi kemudian biarkan bayi melakukan inisiasi menyusui dini.
- 34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 35) Letakkan satu tangan diatas kain pada perit ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang (dorso-kranial).
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat

- debgan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
- 38) Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.
 - 39) Lakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
 - 40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, dan selaput ketuban lengkap dan utuh.

4. KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 2 jam diharapkan tidak terjadi komplikasi(APN, 2008).

Kriteria Hasil : KU ibu dan janin baik, TTV (TD, nadi, RR) dalam batas normal, BB bayi normal, PB bayi normal, JK laki-laki/perempuan, TFU 2 jari bawah pusat, uterus berkontraksi baik, UC keras, kandung kemih kosong, dan tidak terjadi perdarahan.

Intervensi :Langkah APN 41-58

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
Mengambil daging tumbuh kecil dengan menggunakan mes dan menjahitnya.
- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tiddak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Biarkan bayi diatas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.

- 44) Timbang berat badan bayi. Mengolesi mata dengan salep tetrasiklin 1%, kemudian injeksi vit. K 1 mg Intra Muskuler di paha kiri
- 45) Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (uniject) di paha kanan antero lateral.
- 46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam:
 - 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - Setiap 20-30 menit pada 1 jam kedua pasca persalinan.
- 47) Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan mengistimesi jumlah kehilangan darah.
- 49) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.
- 50) Periksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai.
- 53) Bersihkan ibu dengan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir darah.
- 54) Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 55) Pastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI.
Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan.
- 56) Dekontaminasi tempat bersalin dengan menggunakan larutan klorin 0,5%.
- 57) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Lengkapi partograf, memeriksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian

A. Subyektif

1. Keluhan utama

Perut kram, nyeri perineum, mastitis, postpartum blues, depresi berat, psikosis post partum(Suherni, 2009).

2. Pola Fungsional

a. Pola nutrisi

Intake nutrisi harus ditingkatkan untuk mengatasi kebutuhan energi selama persalinan dan persiapan menyusui(Prawirohardjo,2010).

b. Pola eliminasi

Ibu BAK 1-2x dan belum BAB(Sulistyawati, 2009).

c. Pola personal hygiene

Mandi 2x/hari, mengganti pembalut setiap kali mandi, BAK/BAB, paling tidak dalam waktu 3-4 jam supaya ganti pembalut, menggantu pakaian 1x/hari(Suherni,2009).

d. Pola istirahat tidur

Istirahat siang 1-2 jam, istirahat malam 6-7 jam(Suherni, 2009).

e. Pola aktivitas

Mobilisasi dini dimulai dari tahapan miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, berjalan, dan melakukan aktivitas secara bertahap(Suherni, 2009).

f. Pola seksual

Perilaku seksual dan kesehatan seksual wanita setelah melahirkan telah terbukti dipengaruhi oleh faktor-faktor psikologis, interpersonal, sosial, dan fisik yang bermakna. Banyak wanita cemas terhadap tubuh mereka setelah melahirkan seorang anak dan ini dikaitkan dengan nyeri perineum, rasa sakit, penurunan sensasi ketertarikan. Aktivitas seksual dan kesenangan setelah melahirkan biasanya menghilang dalam waktu 1 tahun(Metforth, 2012).

3. Riwayat psikososiospiritual

Psikologis ibu selama masa nifas sering ditanda dengan perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah, dan sering sedih, atau cepat berubah menjadi senang(Suherni, 2009).

B. Obyektif

1. Pemeriksaan umum

- a) Tekanan darah : 110/70 mmHg – 130/90 mmHg, jika turun curigai adanya perdarahan post partum, jika meningkat petunjuk adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas(Suherni, 2009).

- b) Pernafasan : 20-24 kali/ menit, jika > 30 kali/menit petunjuk adanya ikutan tanda-tanda syok(Suherni, 2009).
- c) Nadi : cenderung menurun 60 kali/menit, jika meningkat kira-kira 110 kali/menit bisa juga gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh(Suherni, 2009).
- d) Suhu : cenderung terjadi kenaikan antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$, jika meningkat sampai 38°C pada hari kedua sampai hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas(Suherni, 2009).

2. Pemeriksaan Fisik

- a) Muka : odema/tidak (gejala pre eklamsi), pucat/tidak akan adanya rasa nyeri yang dirasakan atau tanda anemia pada ibu nifas(Sarwono, 2007).
- b) Mata : conjungtiva pucat (anemia), sklera kuning (hepatitis), bila merah conjungtivitis, kelopak mata bengkak kemungkinan menangis atau adanya tanda gejala preeklamsi(Suherni, 2009).
- c) Payudara : Membesar, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol/tidak, colostrum sudah keluar/belum, bersih(Modul 2 Dep.Kes RI, 2002).
- d) Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong(Suherni, 2009).
- e) Genetalia : Tidak ada condiloma acuminata, tidak oedema, adanya pengeluaran pervaginam yaitu terdapat lochea rubra, ada luka jahitan/tidak.
- f) Ekstremitas : tidak ada oedema, tidak varices, tidak ada gangguan pergerakan.

3. Pemeriksaan laboratorium

Darah : Hb \geq 11 gr% , dilakukan pada hari ke 2-3 setelah melahirkan(Medforth, 2012).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH Post Partum Hari ke-
- b. Masalah : nyeri perineum
- c. Kebutuhan : KIE penyebab nyeri perineum, pola personal hygiene, pola aktivitas, dan pola nutrisi(Medforth, 2012).

3) Antisipasi terhadap diagnose potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan aan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

5) Intervensi

(1) Kunjungan 1 (6-8 jam)

1. Mencegah perdarahan pada masa nifas karena 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.

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

Rasional : SOP masa nifas

8. Berikan 1 kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 SI segera setelah melahirkan dan vitamin A dengan dosis 200.000 SI dengan jarak pemberian dari kapsul pertama dan kedua minimal 24 jam.

Rasional : SOP masa nifas.

(2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

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) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Sama seperti hari ke enam

(4) Kunjungan keempat, waktu : 6 minggu setelah persalinan

1. Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
2. Memberikan konseling untuk KB secara dini(Suherni, 2009).