

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar kehamilan, persalinan dan nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Prawirohardjo, 2009).

Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan, (minggu), atau 10 bulan. Kehamilan di bagian atas 3 triwulan (trimester) kehamilan triwulan satu antara 0 -12 minggu, kehamilan triwulan dua antara 12 – 28 minggu, dan kehamilan triwulan ke tiga antara 28 – 40 minggu (Manuaba, 2008).

2) Perubahan Fisiologi Pada Kehamilan trimester III

1. Uterus

- a.** Ukuran: Ukuran pada kehamilan cukup bulan: 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.
- b.** Berat: Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram pada akhir kehamilan (40 pekan).

2. Indung Telur (ovarium)

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

3. Dinding Perut (Abdominal Wall)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga menimbulkan striae gravidarum. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

4. Sirkulasi Darah

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. Hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan.

Protein darah: Gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin dan gemaglobulin menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. Beta-globulin dan fibrinogen terus meningkat. (Manuaba, 2010).

5. Sistem Respirasi

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Yang lebih menonjol adalah pernafasan dada. Frekuensi pernafasan 18-24 x/mnt teratur. System Pencernaan.

6. 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 kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor. Misalnya higiene yang buruk pada rongga mulut. (Manuaba,2010).

7. Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu:

- a. Muka: chloasma gravidarum.
- b. Payudara: puting susu dan areola payudara.
- c. Perut: linea nigra striae
- d. Vulva. (Manuaba,2010)

8. 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. Dibutuhkan protein yang banyak untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.

c. 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

9. payudara

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).

10. Berat badan dan indeks masa tubuh (IMT)

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan : adanya edema, proses metabolisme, pola makan, muntah atau diare, dan merokok. (Manuaba, 2010)

3) Kebutuhan ibu hamil trimester III

1. Nutrisi

Dalam masa kehamilan kebutuhan zat – zat gizi meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang janin. Pemeliharaan kesehatan ibu dan persediaan laktasi baik untuk ibu maupun janin. Kekurangan nutrisi dapat mengakibatkan anemia, abortus, partus prematur, insersia uteri, dan lain – lain. Sedangkan kelebihan nutrisi akan menyebabkan kegemukan, pre eklamsia, janin besar, dan sebagainya. Dengan frekuensi makan 3x sehari

dalam 1 piring terdiri dari nasi 1 piring sedang (100 gram) atau dapat ditukar dengan roti 3 potong sedang (70 gram), kentang 2 biji sedang (210 gram), kue kering 5 buah besar (50 gram), mie basah 2 gelas (200 gram), singkong 1 potong besar (210 gram), jagung biji 1 piring (125 gram), talas 1 potong besar (125 gram), ubi 1 biji sedang (135 gram). Sedangkan untuk ikan (40 gram) dapat ditukar dengan 1 potong kecil ikan asin (15 gram), 1 sendok makan teri kering (20 gram), 1 buah sedang hati ayam (30 gram), 1 butir telur ayam negeri (55 gram). Sayuran 1 mangkuk (100 gram), diantaranya buncis, kol, kangkung, wortel, kacang panjang, sawi, dan lainnya. Tempe 2 potong sedang (50 gram) dapat ditukar dengan tahu 1 potong besar (110 gram), 2 potong oncom kecil (40 gram). Susu sapi 1 gelas (200 cc) dapat ditukar dengan 4 sendok makan susu skim (20 gram), 2/3 gelas yogurt, 1 potong kecil keju (35 gram). (Arisman, 2010)

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

a. Kalori

Selama kehamilan terjadi peningkatan kalori sekitar 80.000 kkal sehingga dibutuhkan pertambahan kalori sebanyak 300 kkal/ hari. Makanan sumber kalori dapat diperoleh dari kentang, singkong, tepung, cereal, nasi, dan gandum. (Arisman,2010).

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 60 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang hijau 7,85 gram / 1 mangkok sedang) atau hewani (ayam (25,07 gram), 1 butir telur (7 gram), 2 potong sedang tempe (7 gr). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema. (Arisman,2010)

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 800 mg. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah kacang kedelai rebus $\frac{1}{2}$ cangkir (87 mg), bayam rebus $\frac{1}{2}$ cangkir (138 mg). Jeruk 1 buah ukuran sedang (52 mg). Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia. (Arisman,2010)

d. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 15 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Zat besi dapat diperoleh pada 1 cangkir cereal (8,1 mg), 1 cangkir bayam matang (3,2 mg), $\frac{1}{2}$ cangkir kacang kedelai rebus (4,2 mg). Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi. (Arisman,2010).

e. Air

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

2. Obat-Obatan

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

3. Lingkungan Yang Bersih

Salah satu pendukung untuk keberlangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar kuman dan zat toksik yang berbahaya bagi ibu dan janin akan terminimalisasi (Sulistyawati, 2011).

4. Senam Hamil

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

5. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapan yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis (Sulistyawati, 2011).

6. Istirahat Dan Rekreasi

Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal pada perut bawah sebelah kiri (Sulistyawati, 2011).

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Istirahat yang di butuhkan oleh ibu hamil yaitu 2 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki

disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena. (Sulistyawati, 2011)

7. Kebersihan Tubuh

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

8. Perawatan Payudara

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

9. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya adalah otot usus. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis (Sulistyawati, 2011).

10. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti abortus, perdarahan pervaginam. Koitus dilakukan dengan hati – hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Sulistyawati, 2011).

11. Persiapan Persalinan

Meskipun hari perkiraan persalinan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari sebelumnya. Ini dimaksudkan agar jika terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. Beberapa yang perlu disiapkan yaitu biaya, tempat, baju ibu dan bayi, surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES) (Sulistyawati, 2011).

12. Aktivitas

Aktivitas yang beresiko pada wanita hamil adalah aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri terlalu lama sepanjang hari, mengangkat sesuatu yang berat, paparan terhadap suhu atau keterlambatan yang ekstrim tinggi atau rendah, pekerjaan dengan paparan radiasi (Romauli, 2011). Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama.

4) Pengaruh gaya hidup terhadap kehamilan

a) Kebiasaan minum jamu

Minum jamu merupakan salah satu kebiasaan yang beresiko bagi wanita hamil, karena efek minum jamu dapat membahayakan tumbuh kembang janin, seperti menimbulkan kecacatan, abortus, BBLR, partus prematurus, kelainan ginjal dan jantung janin, asfiksia neonatorium, kematian janin dalam kandungan dan malformasi organ janin (Romauli, 2011).

b) Perokok/Alkoholik

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan dirinya dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok dapat ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan merokok berat kita harus waspada akan risiko keguguran, kelahiran prematur, BBLR, bahkan kematian janin (Sulistyawati, 2011).

5) Keluhan yang terjadi pada Trimester 3 dan cara mengatasinya

1. Nyeri punggung bagian atas

Nyeri punggung bagian atas terjadi karena akibat peningkatan ukuran payudara, yang membuat payudara makin berat.

Cara mengatasi:

Metode untuk mengurangi nyeri ini ialah dengan menggunakan bra yang berukuran sesuai ukuran payudara. Dengan mengurangi mobilitas payudara, bra penyokong yang berukuran tepat juga mengurangi ketidaknyamanan

akibat nyeri tekan pada payudara yang timbul karena pembesaran payudara (Varney, 2008)

2. Peningkatan frekuensi berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan non patologis pada kehamilan sering terjadi pada dua kesempatan yang berbeda selama periode antepartum, yang terjadi pada trimester satu dan trimester tiga. Pada trimester satu akibat adanya peningkatan berat pada fundus dan pada trimester tiga diakibatkan oleh adanya lightening.

Cara mengatasi :

Metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih ini adalah mengurangi asupan cairan sebelum tidur pada malam hari dan menghindari minuman yang dapat merangsang untuk kencing contohnya pada teh (Varney, 2008).

3. Nyeri uluh hati

Nyeri uluh hati ketidaknyamanan yang mulai timbul menjelang trimester tiga adalah kata lain untuk regurgitasi atau fluksus isi lambung yang asam menuju esophagus bagian bawah akibat peristaltis balikan.

Cara mengatasi:

- a. Makan dalam porsi kecil, tetapi sering, untuk menghindari lambung menjadi penuh.
- b. Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar pada bagian lambung.

- c. Regangkan lengan melampau kepala untuk memberi ruang bagi perut untuk berfungsi.
- d. Hindari makan yang berlemak kerana lemak dapat mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang di butuhkan untuk penvernan.
- e. Hindari minum yang bersamaan dengan makankarena cairan cenderung menghambat asam lambung, diet makanan kering tanpa roti – rotian dapat membantu.
- f. Hindari makanan dingin
- g. Hindari makan pedas atau makan lain yang dapat mempengaruhi pencernaan (Varney, 2008).

4. Konstipasi

Konstipasi di duga terjadi akibat penurunan peristaltic yang di sebabkan otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone.

Cara mengatasi:

- a. Asupan cairan yang adekuat, yakni minum air mineral 8 gelas / hari
- b. Konsumsi buah dan makanan yang kaya akan serat
- c. Istirahat cukup.
- d. Memiliki pola defekasi yang baik dan teratur (varney , 2008).

5. Hemoroid

Hemoroid sering di dahului oleh konstipasi, oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesterone juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar.

Cara mengatasi :

- a. Hindari konstipasi
- b. Hindari mengejan saat defekasi
- c. Tirah baring dengan cara mengelevasi panggul dan ekstermitas bagian bawah (Varney, 2008).

6. Kram tungkai

Dasar fisiologi untuk kram kaki belum di ketahui dengan pasti. Selama beberapa tahun, kram pada kaki di perkirakan di sebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan resiko rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh.

Cara mengatasi:

- a. Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor
- b. Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
- c. Dorong wanita untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah.
- d. Minta untuk meluruskan kakinya dan menekan tumitnya (Varney, 2008).

7. Edema dependen

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini di sebabkan oleh adanya tekanan uterus yang membesar pada vena – vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena cava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang.

Cara mengatasi:

- a. Hindari menggunakan pakaian ketat.
- b. Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
- c. Posisi menghadap ke samping saat berbaring (varney, 2008)

8. Insomnia

Insomnia terjadi karena ketidak nyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin terutama jika janin terlalu aktif.

Cara mengatasi :

Mandi dengan air hangat, minum air hangat, lakukan aktifitas yang baik menimbulkan stimulus sebelum tidur, ambil posisi relaksasi (Varney, 2008).

9. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral, dan juga di sebabkan oleh uterus yang membesar dan berakibat tubuh menjadi kordosis

Cara mengatasi

- a. Mekanik tubuh yang baik saat mengangkat beban.
- b. Gunakan sepatu yang tumit rendah / tidak menggunakan high heels.
- c. Hindari membungkuk terlalu lama.
- d. Ayunkan punggung / miringkan punggung (Varnry, 2008).

10. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesterone selama kehamilan di duga memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan karbon dioksida dan

meningkatkan oksigen. Peningkatan kadar oksigen dapat menguntungkan bagi janin. Sesak nafas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang di alami pada trimester tiga. Selama periode ini uterus terus membesar dan dapat berakibat menekan pada diafragma.

Cara mengatasi:

- a. Anjurkan wanita berdiri dan meregangkan lengannya di atas kepalanya secara berkala dan mengambil nafas yang panjang.
- b. Anjurkan mempertahankan postur tubuh yang baik, jangan menjatuhkan bahu.
- c. Ajarkan untuk melakukan pernafasan interkosta (Varney, 2008).

6) Pemeriksaan umum pada kehamilan

Pemeriksaan fisik kehamilan meliputi beberapa langkah di antaranya :

1. Pemeriksaan tanda – tanda tubuh yang sehat

Pemeriksaan pandang di mulai semenjak bertemu dengan pasien, perhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalannya. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, scoliosis, dan lain sebagainya dan lihat kekuatan ibu saat berjalan (Manuaba, 2010).

2. Pengukuran tinggi badan, berat badan

Timbanglah berat badan ibu pada setiap pemeriksaan kehamilan. pada ibu hamil kenaikan berat badan seluruhnya 11,5 - 16 kg dan Pada ibu hamil trimester III berat badan akan naik 0,5 kg per minggu. Kenaikan berat badan menandakan gizi yang di makan ibu baik. Pada tinggi badan di lakukan pada awal kunjungagn ibu hamil saat datang pada tempat pelayanan, tinggi badan

kurang dari 145 cm perlu di perhatikan karena kemungkinan ibu mengalami CPD (Cepalalo Disporposion Pelvic), maka persalinan perlu di waspadai. (Sulistyawati, 2011).

3. Lila (lingkaran lengan Atas)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil risiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan / tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Pemeriksaan tanda – tanda vital

Tekanan darah pada ibu hamil harus tetap stabil / normal 110 / 70mmHg – 120 / 80 mmHg, bila tekanan darah mencapai 130 / 90mmHg waspada akan adanya pre eklamsi. Pemeriksaan nadi normalnya 80 – 100 kali / menit, jika nadi kurang dari 80 atau lebih dari 100 maka waspadai tanda – tanda syok pada ibu hamil. Pada pemeriksaan suhu normalnya $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$, suhu kisaran tersebut baik untuk di gunakan metebolisme tubuh. Pada pernafasan normalnya 16 -20 x/menit, pernafasan tidak boleh kurang dari 16 dan tidak boleh lebih dari 20 karena aliran oksigen / suplay oksigen ke janin harus tetap stabil agar tidak terjadi fetal distress (depkes RI, 2010).

5. Taksiran persalinan (+7) (-3) (+1) ((Manuaba, 2012).

6. Usia kehamilan 40 minggu (9 bulan 7 hari) (Sarwono, 2010)

7. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada kehamilan di lakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), pemeriksaan raba (palpasi), pemeriksaan dengar (auskultasi), pemeriksaan ketuk (perkusi).

a. Wajah atau muka

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi pada dahi, pipi, hidung dikenal sebagai cloasma gravidarum (Kusmiyati, 2010). Jika terdapat oedema pada wajah dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki. Sedangkan Pucat disebabkan timbul anemia karena defisiensi zat besi (pondokiklan, 2010).

b. Mata

konjungtiva pucat disebabkan karena anemia kehamilan, sklera kuning disebabkan karena kelainan hepar (Depkes RI, 2010)

c. Mulut dan gigi

gingivitis disebabkan peningkatan vaskularitas dan provesi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen ginggifitis dapat menyebabkan bayi lahir berat rendah atau premature, caries gigi di sebabkan oleh adanya peningkatan hormone estrogen dan progesterone yang dapat menyebabkan bayi lahir premature (Bobak, 2012).

d. Leher

Bendungan vena jugularis, pembengkakan kelenjar limfe dan tyroid. Bendungan vena jugularis mengindikasikan ibu ada penyakit jantung (depkes RI, 2010).

e. Dada

jika sesak nafas bisa dilihat adanya retraksi dada akibat ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar (Bobak, 2012). Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara pada TM III (Depkes, 2002).

f. Payudara

Adanya benjolan atau tidak, apakah payudara simetris atau tidak, kondisi puting susu (menonjol, masuk atau datar), colostrum sudah keluar apa belum, lihat kebersihan dan adanya hiperpigmentasi pada aerola. Pada ibu hamil TM III di harapkan colostrum sudah dapat keluar karenan pada masa ini ibu siap untuk menyusui (Janed, 2010).

g. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen beritahu pasien bahwa pemeriksaan ini untuk meraba letak dan presentasi janin, turun bagian janin yang tertendah, TFU, dan DJJ. Sebelum di lakukan pemeriksaan mintalah pada ibu untuk mengosongkan kandung kemih. Adakah linia alba atau nigra, adakah striae gravidarum, adakah bekas luka operasi. Pada primi terdapat linia alba dan pada multi terdapat linia nigra.

TBJ : (TFU – 12) x 155 = berat dalam gram (Yuni Kusmiati,2010)

- 1) Leopold I : pemeriksa menghadap kearah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin dalam fundus.

- 2) Leopold II : menentukan batas samping rahim kanan – kiri, menentukan letak punggung janin, pada letak lintang, tentukan di mana kepala janin.
- 3) Leopold III : menentukan bagian terbawah janin, apakah bagian terendah tersebut sudah masuk atau masih dapat di goyangkan.
- 4) Leopold IV : menentukan apakah presentasi janin sudah masuk PAP. Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat di ukur dengan lima jari tangan (perlimaan).
 1. 5/5 (Hodge I) jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
 2. 4/5 jika sebagian (1/5) (Hodge I – II) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
 3. 3/5 jika sebagian (2/5) (Hodge II – III) bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).

Pemeriksaan DJJ menunjukkan kesehatan dan kesejahteraan janin, DJJ normalnya 120 – 160 kali / menit dan tanyakan gerakan janin aktif atau tidak normalnya gerakan janin 10 kali dalam 12 jam (Manuaba, 2010).

h. Genetalia

jika odema pada vulva sebagai bendungan local atau bagian dari edema umum pada malnutrisi atau preeklamsia (mayuputri, 2012). Varises pada kehamilan karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid. Apabila pecah akan berakibat fatal (mayuputri, 2012).

i. Pemeriksaan panggul

Distansia spinarum 24 – 26 cm (jarak antara kedua spina iliaca anterior superior), distansia cristarum 28 – 30 cm (jarak anantara kedua crista iliaca kanan dan kiri), konjungata eksternal (bodeloque) 18 -20 cm, lingkaran panggul 80 – 90cm, dan distansia tuburum 10,5 cm (manuaba, 2010)

j. Ekstermitas

jika odema bisa disebabkan karena tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki (pondokiklan, 2010). Sedangkan jika varises, karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid (mayuputri, 2012). Reflek terutama lutut, reflek lutut negative bisa dikarenakan penyakit urat saraf (pondokiklan, 2010).

k. Pemeriksaan laboratorium

1. Pemeriksaan urine urine meliputi pemeriksaan protein untuk mengetahui adanya gejala preeklamsia yaitu komplikasi kehamilan yang umumnya ditandai oleh peningkatan TD dan odema kaki (artikel gizi, 2010). Adanya glucose dalam urine wanita hamil harus dianggap

sebagai gejala penyakit diabetes kecuali kalau dapat membuktikan bahwa hal lain yang menyebabkan (pondokiklan, 2010).

2. Pemeriksaan hemoglobin untuk mendeteksi anemia pada kehamilan dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) ibu hamil. Pemeriksaan dilakukan pada minggu ke 28. Bila kadar hemoglobin $\leq 11\text{g/dl}$ pada kehamilan dinyatakan anemia dan harus diberi suplemen tablet zat besi secara teratur 1 tablet/hari selama 90 hari.

7) Perubahan dan Adaptasi Psikologi Dalam masa kehamilan

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

Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Selama kehamilan, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologi dan emosional. Sebagai seorang bidan, anda harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu memberi dukungan dan keprihatinannya, kekhawatiran dan pernyataan-pernyataan.

- a. Dukungan Keluarga
- b. Dukungan Dari tenaga Kesehatan
- c. Rasa aman dan Nyaman Selama Hamil
- d. Persiapan Menjadi Orang Tua

e. Persiapan Saudara Kandung (Asrinah, 2010).

Pada kehamilan Trimester III : rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan 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, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhatiran. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya. Merasa kehilangan perhatian. Perasaan mudah terluka(sensitif). Libido menurun. (Ari Sulistyowati, 2009).

8) Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi keluaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Yuni, 2009)

1. Tujuan Antenatal Care

a) Tujuan Umum

Mempersiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat.

b) Tujuan Khusus

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.

- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Asrinah, 2010).

2. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu (Yuni, 2009).

3. Pemeriksaan Rutin dan Penelusuran Penyulit Selama Kehamilan

Dalam pemeriksaan rutin, dilakukan pula pencatatan data klien dan keluarganya serta pemeriksaan fisik dan obstetric meliputi: identifikasi dan Riwayat kesehatan, pemeriksaan umum dalam kehamilan, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan USG dan lain-lain (Yuni, 2009)

4. Kebutuhan ibu hamil secara psikologis

- a. Support keluarga

- b. Support dari tenaga kesehatan
- c. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan
- d. Persiapan menjadi orang tua
- e. Persiapan sibling.

9) **Standart pelayanan ANC**

- a. Ukur Berat badan dan Tinggi Badan dan tinggi badan (T1).

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelu hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9 - 13kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

- b. Ukur Tekanan Darah (T2).

Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklampsi.

- c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan 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 KehamilanUsia

2.1 Tabel ukuran tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan

Kehamilan sesuai minggu	Jarak dari symphysis
36 Minggu	33 cm
40 Minggu	37,7 cm

Sumber : Varney 2008

- d. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet FE) dan 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

- e. Pemberian Imunisasi TT (T5) Imunisasi Tetanus Toxoid harus segera diberikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Interval dan Lama Perlindungan Tetanus Toxoid Imunisasi TT

2.2 Tabel lama perlindungan imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
TT4	12 Bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 Bulan setelah TT4	≥25 Tahun

Sumber : KIA

- f. Tes PMS (T6)
- g. Temu wicara / konseling (T7)
- h. Pemeriksaan Hb (T8) Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb < 11 gr% Bumil

dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

- i. Pemeriksaan VDRL (Veneral Disease Research Lab.) (T9) pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali daambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.
- j. Pemeriksaan Protein urine (T10) dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklampsi. Pemeriksaan Urine Reduksi untuk Bumil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.
- k. Perawatan Payudara (T11) senam payudara atau perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.
- l. Senam Hamil (T12)
- m. Pemberian Obat Malaria (T13) diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.
- n. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T14) diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia. (varney, 2008).

10) Konseling yang di berikan pada pemeriksaan ANC

Setiap wanita hamil memerlukan minimal 4 kali kunjungan selama periode antenatal:

- a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu).
- b. Satu kali kunjungan selama trimester II (antara minggu 14 – 28)
- c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara 28 – 36 minggu dan sesudah minggu ke 36)

Bila ibu hamil mengalami masalah, tanda bahaya atau jika merasa khawatir dapat sewaktu – waktu melakukan kunjungan.

- d. Tindakan bidan setiap kali kunjungan.

2.3 Tabel tindakan bidan

Kunjungan	Waktu	Kegiatan
Trimester I	Sebelum minggu ke 14	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu hamil 2. Mendeteksi masalah dan mengatasinya 3. Memberitahukan hasil pemeriksaan dan usia kehamilan 4. Mengajari ibu cara mengatasi ketidaknyamanan 5. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat (cara hidup sehat bagi wanita hamil, nutrisi, mengenali tanda – tanda bahaya pada kehamilan 6. Memberikan imunisasi Tetanus Toxoid, Tablet FE 7. Mulai mendiskusikan mengenai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawadaruratan 8. Menjadwalkan kunjungan berikutnya 1 kali dalam sebulan. 9. Mendokumentasikan pemeriksaan dan asuhan.
Trimester II	Sebelum minggu ke 28	Sama seperti di atas pada Trimester I di tambahkan tentang kewaspadaan khususnya terhadap pre eklamsi
Trimester	Antara	Sama seperti di atas pada trimester I hanya

III	minggu ke 28 – 36	perbedaan tidak imunisasi TT pada trimester III dan control ulang di lakukan setiap 2 minggu sekali
	Setelah 36 minggu	Sama seperti di atas hanya perbedaan tidak imunisasi TT pada trimester III dan control ulang di lakukan setiap 1 minggu sekali
	Apabila ibu mengalami masalah/ komplikasi/ kegawadaruratan	Di berikan pertolongan awal sesuai dengan masalah yang timbul ibu di rujuk ke Sp.OG / RSU untuk konsultasi/ kolaborasi dan melakukan tindakan lebih lanjut.

11) Skrining antenatal pada ibu hamil

1. Primi Muda

Ibu hamil pertama pada umur >16 tahun ,rahim dan panggul ibu seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya di ragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Bahaya yang dapat terjadi antara lain: bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir, dan perdarahan dapat terjadi sesudah bayi lahir. Kebutuhan pertolongan medic, bila terdapat kelainan yaitu: janin tidak dapat lahir normal , biasa dengan tenaga ibu sendiri, persalinan membutuhkan tindakan, kemungkinan operasi sesar, dan bayi yang lahir kurang bulan membutuhkan perawatan khusus.

2. Primi Tua, Lama Perkawinan >dari 4 tahun

Ibu hamil pertama setelah menikah 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa yaitu suami istri tinggal satu rumah dan suami istri tidak sering keluar kota, dan tidak memakai alat kontrasepsi (KB). Bahaya nya yang mungkin dsapat terjadi pada primi tua adalah : selama hamil dapat timbul masalah , faktor resiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya preeclampsia

dan persalinan tidak lancar. Kebutuhan pertolongan medic yaitu perawatan antenatal yang teratur, melakukan rujukan kehamilan dan bila memberi pengobatan, dan pengamatan persalinan ketat terhadap adanya gawat janin, 1 jam bayi tidak lahir ,dilakukan tindakan atau operasi sesar.

3. Primi Tua pada Umur ibu > dari 35 tahun

Ibu yang hamil pertama pada umur > dari 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet, dan perdarahan. Bahaya yang dapat terjadi antara lain : Hipertensi, pre-eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan macet tidak lancar, perdarahan setelah bayi lahir, dan bayi lahir dengan berat badan rendah, kebutuhan pertolongan medik yaitu : perawatan kehamilan, yang teratur agar dapat ditemukan penyaki-penyakit pada ibu secara dini dan pertolongan persalinan ada kemungkinan ditolong dengan tindakan atau operasi sesaar.

4. Anak terkecil Umur < 2 tahun

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

medic yaitu : perawatan kehamilan yang teratur dan pertolongan persalinan ada kemungkinan dengan tindakan.

5. Primi Tua Sekunder

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

6. Grande Multi

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

7. Tinggi badan < 145 cm

Terdapat 3 batasan dalam kelompok resiko ini

- a. ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proposional dalam hal ini ada 2 (dua) kemungkinan yang terjadi yaitu panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar. Dan panggul ukuran normal tetapi anaknya besar / kepala nya besar. Pada kedua kemungkinan itu bayi dapat lahir melalui operasi sesar.
- b. ibu hamil kedua dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi 7 hari atau kurang).
- c. ibu hamil ,kehamilan seblumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah < 2500 gram

8. Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)

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

9. Persalinan yang Lalu dengan Tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam: a. tindakan dengan tarikan tang/cunam/forcep/vacuum. b. Uri manual yaitu tindakan pengeluaran uri dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan pada keadaan bila ditunggu sampai ½ jam uri tidak dapat lahir sendiri dan setelah bayi lahir serta uri belum lahir terjadi perdarahan banyak > dari 500cc. c. ibu diberi infuse atau

tranfusi pada persalinan lalu karena mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500cc, sehingga ibu mejadi syol dan membutuhkan infuse serta tranfusi darah.pemberian infuse atau transfuse tersebut merupakan tindakan yang dapat menyelamatkan ibu hamil. Tranfusi diberikan di Rumah Sakit.

10. . Bekas Operasi Sesar

Ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu, pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan atau persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim. Keadaan ini dapat terjadi pada operasi sesar klasik (corporil),yaitu rahim ,tetap tidak pada bagian bawah dari rahim.

12) Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

1. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovarium.

2. Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah

sebelum hamil akan sangat membantu petugas untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelum kehamilan) dengan preeklamsia.

3. Nyeri hebat di daerah abdominal pelvikum

Bila hal tersebut terjadi pada saat kehamilan trimester kedua atau ketiga maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik yang disertai perdarahan maupun tersembunyi.

4. Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai

Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan, menggigil atau demam, ketuban pecah dini atau sebelum waktunya, uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya.

2.1.2 Persalinan

1) Definisi Persalinan

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

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

2) Tanda – Tanda Permulaan Persalinan

Sebelum terjadinya persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki “bulannya” atau “menunggu” atau “harinya” yang disebut kala pendahuluan (preparatory stage of labor).

Tanda – tandanya sebagai berikut :

1. Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atau panggul terutama pada primigravida.
2. Perut kelihatan melebar, fundus uteri turun.
3. Perasaan sering atau susah kencing karena kandung kemih terletak oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan sakit di perut ke pinggang oleh adanya kontraksi – kontraksi lemah dari uterus, kadang disebut “fase labors paints”.

Servix menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (blood show) Mendekati persalinan, serviks semakin matang. Kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang, linak, dengan konsistensi seperti pudding, dan mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks.(Mochtar R, 1998).

5. Persalinan palsu

Terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri,yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Persalinan Palsu dapat terjadi selama sehari –

hari atau secaraintermitem bahkan tiga atau empat minggu sebelum persalinan. (Varney , 2008)

6. Blood show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Bloody Show paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah. (Varney , 2008)

7. Penipisan dan pembukaan serviks

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

3) Gejala persalinan sebagai berikut :

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek. His paling tinggi di fundus uteri yang lapisan ototnya paling tebal dan puncak kontraksi terjadi simultan diseluruh bagian uterus. Sesudah tiap his. Otot – otot korpus uteri menjadi lebih pendek dari pada sebelumnya yang disebut sebagai refraksi. Oleh karena serviks kurang mengandung otot, serviks tertarik dan terbuka (penipisan dan pembukaan), lebih – lebih jika ada tekanan oleh bagian janin yang keras. Umpamanya kepala
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu : pengeluaran lendir dan lendir bercampur darah.

3. Dapat disertai ketuban pecah.
4. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks : Pelunakan serviks ,
pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks (Sarwono, 2008).

4) Faktor – faktor dalam persalinan

1. Power :

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

2. passenger

Janin dan plasenta.

1. Passage

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

2. Psikis Wanita

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

3. Penolong

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

5) Tahapan – tahapan persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala yaitu :

1. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatan) hingga serviks membuka lengkap (10 cm) kala satu persalinan terdiri atau dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten

- a. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- d. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20 – 30 detik.

b. Fase aktif

- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan 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. Dan pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1 cm per jam (nuli para atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin (APN, 2008).

Proses membukanya serviks disebut dengan berbagai istilah : melembek (softening), menipis (thinned out), obliterasi (obliterated)

mendatar dan tertarik keatas (effaced and taken up) dan membuka (dilatation).

Tabel 2.4 Perbedaan lamanya pendataran serviks pada primi dan multi

Primi	Multi
Serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi.	Mendatar dan membuka bisa bersamaan.
Berlangsung 13 – 14 jam	Berlangsung 6 – 7 jam

(Mochtar R, 1998)

Tabel 2.5 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

(Asuhan Persalinan Normal, 2008)

2. Kala II

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama. Kira – kira 2 – 3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektoris yang menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu seperti merasa mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedan yang terpinpin, akan lahirlah

kepala dengan diikuti badan rahim. Kala II pada primi 1½ – 2 jam, pada multi ½ - 1 jam. Ada beberapa tanda dan gejala kala II persalinan :

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vaginannya.
- c. Perineum terlihat menonjol.
- d. Vulva dan vagina dan spingter ani terlihat membuka.
- e. Peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (Mochtar R, 1998).

Tanda Pasti kala 2 :

Pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina (APN, 2008).

Untuk mengkoordinasikan semua kegiatan menjadi resultante optimal saat his dan mengejan dapat dilakukan :

- a. Pasien diminta untuk merangkul kedua pahanya, sehingga dapat menambah pembukaan pintu bawah panggul.
- b. Badan ibu dilengkungkan, sampai dagu menempel di dada sehingga arah kekuatan menuju jalan lahir.
- c. His dan mengejan dikerjakan bersamaa, sehingga kekuatannya optimal.
- d. Saat mengejan nafas ditarik, sedalam mungkin dipertahankan dengan demikian diafragma abdominal membantu dorongan kearah jalan lahir.
- e. Bila leher dan his masih berlangsung, nafas dapat dikeluarkan dan selanjutnya ditarik kembali untuk dipergunakan mengejan.
- f. Melakukan observasi.

- g. DJJ setiap akhir his.
- h. Lingkar bandle.
- i. Penurunan bagian terendah janin.
- j. Kemungkinan terjadinya prolapsus bagian janin.(APN, 2008).

3. Kala III

Setelah kala II kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit dengan lahirnya bayi, sudah melepaskan plasenta. Lepasnya plasenta sudah diperkirakan dengan memperhatikan tanda – tanda di bawah ini :

Uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan, melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara creede pada fundus uteri (Manuaba, 2010).

b. Fisiologi persalinan kala tiga

Pada kala tiga persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan placenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bawah uterus attain ke dalam vagina (APN, 2008)

4. Kala IV

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

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

Tabel 2.6 Lamanya persalinan pada primi dan multi

Kala	Primi	Multi
I	13 jam	7 jam
II	1 jam	½ jam
III	½ jam	¼ jam
Lama Persalinan	14 ½ jam	7 ¾ jam

(Mochtar R, 1998)

Tabel 2.7 Diagnosis kala dan fase persalinan

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu / belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4 – 9 cm Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih perjam Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) Penurunan kepala berlanjut Belum ada keinginan untuk menekan	II	Awal (non ekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul Ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)

(Maternal Neonatal, 2002)

6) Perubahan Fisiologi Persalinan

Perubahan Fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan, hal ini bertujuan untuk mengetahui perubahan – perubahan yang dapat dilihat

secara klinis bertujuan untuk dapat secara tepat dan cepat menginterpretasi tanda – tanda, gejala tertentu dan penemuan perubahan fisik dan laboratorium apakah normal atau tidak persalinan tersebut. Tanda–tanda fisik persalinan kala 1, yaitu:

1. Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Arti penting dan kejadian ini adalah untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya, sehingga diperlukan pengukuran diantara kontraksi. Jika seorang ibu dalam keadaan sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan rasa takutnya yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya. Oleh karena itu diperlukan asuhan yang mendukung yang dapat menimbulkan ibu rileks atau santai (Yanti, 2009).

2. Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, baik metabolisme karbohidrat aerobic maupun anaerobic akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan (Yanti, 2009).

3. Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena hal ini bisa merupakan tanda infeksi (Yanti, 2009).

4. Perubahan Denyut Jantung

Perubahan yang mencolok selama kontraksi dengan kenaikan denyut jantung, penurunan selama acme sampai satu angka yang lebih rendah dan angka antara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama acme kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi terlentang. Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu di control secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Yanti, 2009).

5. Pernapasan

Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan, kenaikan pernapasan ini dapat disebabkan karena adanya

nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar (Yanti, 2009).

6. Perubahan Renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini di sebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi aliran urin selama kehamilan. Kandung kencing harus sering di control setiap 2 jam yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian rendah janin & trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan (Yanti, 2009).

7. Perubahan Saluran Cerna

Mobilitas dan absorsi 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 (Yanti, 2009).

8. Perubahan Hematologis

Hematologis akan meningkat 1,2 gr / 100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat sebelum persalinan pada hari pertama setelah persalinan, apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan, waktu koagulasi berkurang akan mendapat tambahan plasma selama

persalinan. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progresif selama kala 1 persalinan sebesar 5000 s/d 15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap tidak ada peningkatan lebih lanjut (Yanti, 2009).

7) Perubahan Psikologis

Perubahan psikologi dan perilaku ibu, terutama yang terjadi pada fase laten, aktif, dan transisi pada kala satu persalinan dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Fase laten

Fase ini dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan terjadinya penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap hingga serviks membuka kurang dari 4 cm, pada umumnya berlangsung hingga 8 jam, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran tentang apa yang akan terjadi. Secara umum, wanita tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi situasi tersebut dengan baik. Namun untuk wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu ketika wanita banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya sampai, seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas baginya bahwa akan segera bersalin (Yanti, 2009).

2. Fase aktif

Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm. Akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Pada saat kontraksi semakin kuat lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada di luar kendalinya (Yanti, 2009).

3. Fase transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, kes

adaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, menolak hal-hal yang ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar. Berbeda dari proses fisiologis yang umum terjadi pada kala satu persalinan, tetapi seperti perubahan fisik, seperti kontraksi dan perubahan serviks, perubahan psikologis dan perilaku ini cukup spesifik seiring kemajuan persalinan. Berbagai perubahan ini dapat digunakan sebagai evaluasi kemajuan persalinan pada wanita dan bagaimana ia mengatasi tuntutan terhadap dirinya yang muncul dari persalinan dan lingkungan tempat ia bersalin. Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan

sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan. Antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan. Banyak bayi yang tidak direncanakan. Apabila kehamilan, bayi tidak diharapkan bagaimanapun aspek psikologis ibu akan mempengaruhi proses persalinan (Yanti, 2009).

9) Pemeriksaan fisik

1. Pemeriksaan tanda – tanda vital

Tekanan darah pada ibu persalinan harus tetap stabil / normal 110 / 70mmHg – 120 / 80 mmHg, bila tekanan darah mencapai 130 / 90mmHg waspada akan adanya pre eklamsi. Pemeriksaan nadi normalnya 80 – 100 kali / menit, jika nadi kurang dari 80 atau lebih dari 100 maka waspadai tanda – tanda syok pada ibu hamil. Pada pemeriksaan suhu normalnya $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$, suhu kisaran tersebut baik untuk di gunakan metabolisme tubuh. Pada pernafasan normalnya 16 -20 x/menit, pernafasan tidak boleh kurang dari 16 dan tidak boleh lebih dari 20 karena aliran oksigen / suplay oksigen ke janin harus tetap stabil agar tidak terjadi fetal distress (depkes RI, 2010).

2. Pemeriksaan umum pada persalinan.

a. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen beritahu pasien bahwa pemeriksaan ini untuk meraba letak dan presentasi janin, turun bagian janin yang tertendah, TFU, dan DJJ.

1. Leopold I : pemeriksa menghadap kearah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin dalam fundus. Pada ibu yang akan bersalin TFU normal 2 -3 jari di bawah prosesus xypoides dan pusat
2. Leopold II : menentukan batas samping rahim kanan – kiri, menentukan letak punggung janin, pada letak lintang, tentukan di mana kepala janin..
3. Leopold III : menentukan bagian terbawah janin, apakah bagian terendah tersebut sudah masuk atau masih dapat di goyangkan.
4. Leopold IV : Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian dengan menggunakan perlima jari (Mochtar, 1998).

Pemeriksaan DJJ menunjukkan kesehatan dan kesejahteraan janin, DJJ normalnya 120 – 160 kali / menit dan tanyakan gerakan janin aktif atau tidak normalnya gerakan janin 10 kali dalam 12 jam (Manuaba, 2010).

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) (APN, 2008).

b. Genetalia

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

Tabel 2.8 Penurunan kepala janin menurut system persalinan

	Periksa dalam	Keterangan
= 3/5	H=II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
= 2/5	H=III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
=1/5	H=III-IV	Kepala didasar panggul
=0/5	H=IV	Di Perineum

(Maternal Neonatal, 2007)

Tindakan yang perlu dilakukan adalah :

1. Memperhatikan kesabaran pasien.
2. Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi temperatur dan pernafasan berkala sekitar 2 – 3 jam.
3. Pemeriksaan denyut jantung janin setiap $\frac{1}{2}$ - 1 jam.
4. Memperhatikan keadaan kandung kemih agar selalu kosong.
5. Memperhatikan keadaan patologis.
6. Meningkatkan lingkaran bandle.
7. Ketuban pecah sebelum waktu atau disertai bagian janin yang menumbung.
8. Perabaan denyut jantung janin setiap $\frac{1}{2}$ atau 1 jam.
9. Pengeluaran mekonium pada letak kepala.
10. Keadaan his yang bersifat patologis.
11. Perubahan posisi atau penurunan bagian terendah janin.
12. Pasien tidak diperkenankan mengejan.
13. Pada akhir kala pertama dapat terjadi ketuban pecah yang disertai keinginan mengejan ditandai anus mulai terbuka (Manuaba, 1998).

10) Asuhan persalinan normal

Tujuan Asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya.

Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan Dan Kelahiran Bayi.

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan

intutif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien (APN, 2008)

2. Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu meliputi, panggil nama sesuai namanya, jelaskan semua asuhan dan perawatan, jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga, anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir, dengarkan dan tanggapi pertanyaan ibu, berikan dukungan, anjurkan ibu untuk ditemani suami atau keluarga, ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya, hargai privasi ibu, berikan minum atau makan, anjurkan untuk memeluk bayinya, dan mulai pemberian ASI (IMD), siapkan rujukan bila perlu. (APN,2008).

3. Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. (APN,2008).

4. Pencatatan (Dokumentasi)

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

5. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan (BAKSOKU) (APN, 2008).

11) Kebutuhan dasar ibu selama persalinan

1. Dukungan fisik dan psikologis

Dukungan fisik dan psikologis tidak hanya diberikan oleh bidan, melainkan suami, keluarga, maupun teman. Dukungan dapat dimulai sejak awal ibu mengalami kehamilan. Dukungan fisik dan emosional harus sesuai dengan aspek asuhan sayang ibu.

2. Kebutuhan cairan dan nutrisi

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu, bahwa pemberian makanan padat dengan pasien yang memerlukan anastesi tidak disetujui. Motilitas. Absorpsi dan sekresi asam lambung menurun. Hal ini dapat menyebabkan makan dapat tertinggal di lambung sehingga dapat terjadi aspirasi pneumonia. Namun demikian, kebutuhan akan cairan masih diperbolehkan. Selama persalinan, ibu

memerlukan minum dan sangat dianjurkan minum – minuman yang manis dan berenergi. Sebagian ibu masih berkeinginan untuk makan selama fase laten persalinan, tetapi memasuki fase aktif, hanya ingin minum saja. Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/ tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan.

2.1.3 Nifas

1) Definisi Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu (Sarwono,2006).

Masa nifas (puerperium) yaitu di mulainya setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-kandung kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Ari Sulistyowati, 2008).

2) Tahapan Masa Nifas

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

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.

3. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Sebagai catatan, waktu untuk sehat sempurna biasa cepat bila kondisi sehat prima, atau biasa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya (sarwono, 2008).

3) Perubahan fisiologi pada masa nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi.

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti:

a. Involusi uterus.

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

- a. Iskemia Miometrium = Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- b. Atrofi jaringan = Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
- c. Autolysis = Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali

panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

- d. Efek Oksitosin = Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.9 perubahan Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 Jari bawah pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat-sympis	500 gram
2 Minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 Minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Saleha, 2009

- b. Involusi Tempat Plasenta.

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan

pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lokea (Saleha, 2009).

2. Lokea

Akibat involusi uteri lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokea. Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lokea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokea dapat dibagi menjadi lokea rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lokea dapat dilihat sebagai berikut:

Pada masa nifas akan terdapat perubahan warna lochea setiap waktunya sendiri maka dari itu di bawah ini merupakan perubahan lochea pada masa nifas yaitu :

Tabel 2.10 Perubahan Lochea pada masa nifas

Lokea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sis mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir.
Serosa	7- 14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, dan juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir, serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Sujiyatini, 2010

Umumnya jumlah lokea lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokia sekitar 240 hingga 270 ml (Sujiyatini, 2010)

3. Perubahan Pada Vulva, Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara.

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Saleha, 2009).

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

5. Pengosongan Usus.

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali

normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

- a. Pemberian diet / makanan yang mengandung serat.
- b. Pemberian cairan yang cukup.
- c. Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- d. Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain (Sujiyatini, 2010).

6. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat Spasme sfinkter dan edema agar kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urin dalam jumlah besar akan di hasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut 'dieresis' ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

Dinding kandung kemih memperlibatkan odem dan hiperymia, kadang-kadang odem trigonum yang menimbulkan alostaksi dari uretra sehingga menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitive dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15 cc). dalam hal ini, sisa

urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi. (Sujiyatini, 2010).

4) Pemeriksaan fisik pada masa nifas

1. Perubahan Tanda Vital dan berat badan

a) Antropometri

Berat badan ibu nifas akan turun sampai 7 -8 kg pada 2 jam post partum, di karenakan adanya proses pengeluaran bayi dan air ketuban yang mempunyai berat. Penurunan 5 – 6 kg karena bayi, plasenta, dan air ketuban dan 2 kg karena adanya diuresis.

b) Suhu badan.

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalis ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu di atas 38 derajat celcius, waspada terhadap infeksi post partum. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intra partum dan stabil dalam 24 jam.

c) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat.

Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

d) Tekanan darah.

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah di pompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

e) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.(Varney, 2008).

2. Pemeriksaan umum pada nifas.

a) Payudara

Payudara akan menjadi lebih besar, kencang, dan lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal dan dimulainya laktasi. Hari ke-2 postpartum sejumlah colostrum cairan yang disekresi oleh payudara selama 5 hari pertama setelah kelahiran bayi dapat diperas dari puting susu (Ambarwati, 2008).

b) Abdomen

Dinding abdomen menjadi lembek (kendor, keriput, striae gravidarum bila ada maka gambaran ini tidak hilang akan tetapi berubah menjadi merah (paduan perinatal, 2009). Uterus berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat. Kandung kemih berkaitan dengan penurunan tinggi fundus dan masalah atau penyulit dalam berkemih.

c) Genetalia

Odema vagina akibat penekanan kepala bayi saat lah lahir dan perlahan akan kembali ke bentuk semula. Ukuran vagina dan ruggae vagina akan kembali normal dalam jangka waktu 3 minggu. Dinding vagina lebih kendor dibanding sebelumnya. Beberapa hari pertama serviks masih dalam keadaan terbuka, dan dalam jangka waktu 7 hari seharusnya sudah kembali (panduan perinatal, 2009). Anus : haemoroid pada saat mengejan akan keluar yang diderita ibu sebelumnya dan terasa nyeri. Keadaan perineum : pada keadaan dimana bagian tubuh mengalami robekan maka saraf disekitar luka akan menjadi sangat peka dan timbul nyeri, namun

semakin sering bergerak, maka nyeri akan semakin berkurang. Lokhea rubra/merah : Keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum.

5) Perubahan Sistem Endokrin

1. Hormon placenta

Hormon placenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke3 post partum.

2. Hormone pituitary

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

3. Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena redahnya kadar estrogen dan progesteron

4. Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Ari Sulistyowati, 2008)

6) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah placenta dilahirkan

Ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh 'kandungannya turun' setelah melahirkan karena ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Sebagai akibat putusnya serat-serat plastic kulit dan distensi yang belangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, di anjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu. Pada 2 hari post partum, sudah dapat fisioterapi (Ari Sulistyowati, 2008).

7) Perawatan pasca persalinan

1. Mobilisasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur telentang selama 8 jam pasca persalinan. Setelahnya, ibu boleh miring-miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke-2,

ibu diperbolehkan duduk, hari ke-3 berjalan-jalan, dan hari ke-4 atau ke-5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi tersebut memiliki variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka (Sofian, 2011).

2. Diet

Makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya, makan-makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran, dan buah-buahan (Sofian, 2011).

3. Miksi

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang, wanita mengalami kesulitan berkemih karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme akibat iritasi m. sfingter ani selama persalinan, juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Sofian, 2011).

4. Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Apabila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi buang air besar keras, dapat diberikan obat laktasif per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa, dilakukan klisma (Sofian, 2011).

5. Perawatan Payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. Apabila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan

mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH, seperti tablet lynoral dan parlodol. Sangat dianjurkan agar seorang ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayi tersebut (Sofian, 2011).

6. Laktasi

Untuk menghadapi masa laktasi sejak kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae yaitu, proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar, alveoli, dan bertambahnya jaringan lemak serta pengeluaran cairan susu jolong (colostrum), yang berwarna kuning-putih susu, dari duktus laktiferi, hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam (Sofian, 2011).

8) Kebutuhan dasar pasca persalinan

1. Kebutuhan gizi ibu menyusui

a. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 – 500 kalori. Sebaiknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan mengurangi produksi ASI.

b. Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan 3 gelas susu, 2 butir telur, 5 putih telur, 120 gram keju, 1 gelas yoghurt, 120 – 140 gram ikan atau daging, 200 – 240 gram tahu atau setara 5 – 6 potong kecil.

c. Kalsium dan vitamin

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Setara dengan 50 – 60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium. Sedangkan vitamin A (200.00 unit) dibutuhkan ibu nifas agar dapat memberikan vitamin pada bayinya melalui ASI.

d. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya tiga porsi sehari. 1 porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4 - 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak.

e. Karbohidrat kompleks

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan 4 porsi per hari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 jagung pipil, 1 porsi sereal atau oat, 1 iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue dari bijian utuh, 2 – 6 biskuit kering, 1/2 cangkir kacang – kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/ pasta dari bijian utuh.

f. Cairan

Konsumsi cairan sedikitnya 3 liter tiap hari, kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu, dan sup.

2. Ambulasi Dini

Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan – jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam ke jam sampai hitungan hari.

3. Eliminasi

Dalam 6 jam post partum pasien sudah harus dapat buang air kecil, semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih, maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan. Sedangkan buang air besar dalam 24 jam pertama, karena semakin lama feses tertahan dalam usus semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar.

4. Kebersihan diri

Menjaga seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi, membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluannya.

5. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Istirahat siang sekitar 1 jam, dan istirahat malam 8 jam.

6. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan 1 – 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

7. Latihan atau senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan sejak awal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum (Sulistyawati, 2009).

9) Keluhan masa nifas dan cara mengatasinya

1. After pain

Ketidaknyaman yang di rasakan ibu setelah melahirkan karena adanya kontraksi sehingga perutnya menjadi mulas pada perut bagian bawah.

Cara mengatasi

Pemberian analgetika dapat mengurangi rasa sakit atau nyeri yang di rasakan, tetapi penggunaannya harus hati – hati sebab analgetika dengan penggunaan berlebih dapat menyebabkan bayi terkena sindrom reye (Varney, 2008).

2. Keringat berlebih

Wanita post partum mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresi untuk mengeluarkan kelebihan cairaninterestisial yang di sebabkan oleh peningkatan normal cairan intra seluler selama kehamilan

Cara mengatasinya :

Sangat sederhana dengan cara membuat kulit tetap bersih dan kering.

Perawatan juga harus di lakukan dengan memastikan hidrasi tetap baik.

Dengan minum air putih satu gelas setiap jam (Varney , 2008)

3. Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut merobek jahitannya atau akibat nyeri yang di sebabkan oleh ingatannya tentang tekanan pada bowel saat persalinan. Selain itu konstipasi mungkin lebih lanjut di perberat dengan longgarnya dinding abdominal dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perinium derajat tiga atau empat.

Cara mengatasinya :

Perubahana diet menjadi diet tinggi serat dan tambahan asupan cairan dapat mengurangi masalah pada konstipasi (Varney, 2008)

4. Nyeri perinium

Nyeri perinium yang di rasakan akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomidan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

Cara mengatasinya:

Kompresi dengan kantong es, pemberian analgetika, rendam duduk dengan air es, kompresi witch hazel dengan cara menempelkan kasa pada luka bekas laserasi atau episiotomi (Varney, 2008).

5. Hemoroid

Hemoroid dapat terjadi karena adanya tekanan yang lebih pada kala dua persalinan, tekanan pada bayi dan distensi saat melahirkan.

Cara mengatasinya:

Kompres dengan katong es, kompres dengan witch hazel, pemberian salep analgesik, dan pemberian pelunak feses (Varney, 2008).

10) Perubahan psikis

1. Post Partum Blues

Adalah masalah yang di alami setelah melahirkan seperti menangis, kelelahan, marah-marrah, sensitive, takut bayi mati, bayi menangis terus.

Tanda-tandanya : Sangat emosional, cemas, semangat hilang, khawatir , mudah tersinggung, sedih tanpa sebab, menangis berulang kali.

2. Depresi post partum

Adalah keadaan yang menimpa sebagian kecil wanita dan lebih parah dari post partum blues. Tanda dan gejalanya : tidak mau makan dan minum , mereka seakan tidak mau mengasuh bayi dan dirinya (Suherni, 2009).

11) Adaptasi psikologi post partum

Periode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa post partum yaitu :

1. Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
2. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi.
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
4. Pengaruh budaya.

Satu atau dua hari post partum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ibu hanya menuruti nasehat, ragu-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, masih menggebu mem-bicarakan pengalaman persalinan. Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap :

1) Taking In

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.
- d) Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. Nafsu makan yang kurang menandakan proses pengembalian kondisi ibu tidak berlangsung normal.

2) Taking Hold

- a) Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- b) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (misalnya eliminasi)
- c) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung

menerima nasihat dari bidan karena ibu terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

3) *Letting Go*

- a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ibu harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.
- c) Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum (Bahiyatun,2009)

12) Kebijakan program nasional masa nifas

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

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

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

Tabel 2.11 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. - Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. - Pemberian ASI awal - Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir - Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. - Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamasetelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi 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 Hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami selama nifas - Memberikan konseling KB secara dini

Sumber : Sujiyatini (2010).

13) Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Asuhan Masa Nifas

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain:

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
2. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
3. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
4. Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
5. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
6. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
7. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
8. Memberikan asuhan secara professional (Suherni, 2009).

14) Proses laktasi dan menyusui

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu. Air susu ibu ini merupakan makanan pokok bagi bayi. Makanan yang terbaik bagi

bayi, makanan yang bersifat alamiah, bagi tiap ibu yang melahirkan bayi akan tersedia makanan bagi bayinya dari diri sendiri. Bagi ibu yang menyusui akan terlalu dekat dengan anaknya, dan bagi si anak akan lebih merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa tentram, aman, hangat, akan kasih sayang ibunya. Untuk menghadapi masa laktasi (menyusui) sejak dini kehamilan setelah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae yaitu :

1. Proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar alveoli dan jaringan lemak bertambah.
2. Keluar cairan susu jolong dan ductus lactiferous disebut colostrum berwarna kuning / putih susu.
3. Hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam, dimana vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas (Suhermin, 2009)

15) Tanda bahaya nifas

1. Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

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

2. Infeksi nifas

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

Faktor Predisposisi Infeksi Nifas

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

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

Faktor Predisposisi

Pertolongan persalinan kurang steril, KPP, partus lama, malnutrisi, anemia

4. Rasa Sakit Waktu Berkemih

Kemungkinan penyebab sistitis.

Gejala :

Kencing sakit dan nyeri tekan diatas simpisis

5. Bendungan ASI

- a. Suhu tidak > 38° C

b. Terjadi minggu pertama PP

c. Nyeri tekan pada payudara

6. Mastitis

Peradangan pada mammae.

Kuman masuk melalui luka pada puting susu.

a. Suhu tidak $> 38^{\circ} \text{C}$

b. Terjadi minggu ke dua PP

c. Bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan (Ambarwati, 2010).

16) Konseling masa nifas

1. Kunjungan pertama waktu 6 – 8 jam setelah persalinan

a. Memberikan informasi tentang hasil pemeriksaan.

b. Melakukan observasi TTV, TFU, UC, kandung kemih dan jumlah darah.

c. Mencegah perdarahan masa nifas karena Antonia uteri dan Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena Antonia uteri

d. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.

e. Pemberian ASI awal.

f. Memberi supervise kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir dan menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

g. Pemberian Helt Education tentang tanda bahaya nifas, eliminasi, pola personal hygiene dan perawatan tali pusat bayi

- h. Lakukan kunjungan ulang 6 hari / 1 minggu post partum (Suherni, 2009)
2. Kunjungan ke dua waktu 6 hari setelah persalinan
 - a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal.
 - b. Evaluasi adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c. Memberikan health education tentang pola nutrisi, istirahat dan perawatan payudara
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda – tanda penyulit.
 - e. Memberikan konseling pada ibu mengenai hal – hal berkaitan dengan asuhan pada bayi
 - f. Lakukan kunjungan lagi 2 minggu post partum (Suherni, 2009)
 3. Kunjungan ketiga waktu 2 minggu setelah persalinan sama seperti kunjungan ke enam. Hanya pada kunjungan ulang di lakukan pada 6 minggu post partum (Suherni,2009)
 4. Kunjungan ke empat waktu 6 minggu setelah persalinan
 - a. Menanyakan penyulit – penyulit yang ada.
 - b. Konseling KB (Suherni, 2009).

2.2 Managemen Kebidanan.

Menurut varney (1997), proses penyelesaian masalah merupakan salah satu teori yang dapat di gunakan dalam management kebidanan. Dalam buku ajar kebidanan yang di tulisnya pada tahun 1981, varney berpendapat bahwa proses management kebidanan harus di selesaikan melalui lima langkah (data subyektif, data obyektif, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi). Akan tetapi setelah menerapkannya, varney (1997) melihat ada beberapa hal yang harus di sempurnakan, oleh sebab itu, varney menambahkan dua langkah lagi, untuk menyempurnakan teori lima langkah yang di jelaskan terdahulu.

2.2.1 Prinsip managenent kebidanan menurut ACNM (American Collage of Nurse Midwife).

Proses management kebidanan, berdasarkan standart yang di keluarkan oleh ACNM adalah sebagai berikut:

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data – data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif tentang kondisi kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan, dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnose berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan akan layanan kesehatandalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan layanan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan dukungan sehingga klien dapat mengambil keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.

5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual, melakukan konsultasi perencanaan, dan melaksanakan management dengan kolaborasi, serta merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
7. Merencanakan management untuk komplikasi tertentu, situasi darurat, dan jika ada penyimpangan dari keadaan normal.
8. Melakukan evaluasi bersama klien tentang pencapaian layanan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.2.2 Proses management menurut Helen Varney (1997)

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses management merupakan proses pemecahan masalah yang di temukan oleh perawat – bidan pada awal 1970 – an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode pengorganisasian pemikiran dan tindakan dengan urutanyang logis dan menguntungkan, baik pada klien ataupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang di harapkan dari pemberi asuhan. Proses management bukan hanya terdiri atas pemikiran dan tindakan, melaikan juga perilaku pada setiap langkah agar layanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian, proses management harus mengikuti urutan yang logis dan memberi pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penilaian yang terpisah, pisah, menjadi satu kesatuan yang berfokus pada management klien.

Proses management terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah di sempurnakan secara berkala. Proses di mulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apa pun. Akan tetapi, setiap langkah dapat di uraikan lagi menjadi langkah – langkah yang lebih detail dan bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

1. Langkah I : pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini di lakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data dasar yang di perlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

Pada tahapan ini, bidan mengumpulkan semua hasil informasi yang akurat dari berbagai sumber. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap tentang kondisi klien. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu di konsultasikan pada dokter, bidan akan melakukan konsultasi melalui upaya management kolaborasi. Pada konsisi tertentu, langkah pertama dapat tumpang tindih dengan langkah ke 5 dan ke 6 (atau menjadi bagian langkah tersebut) karena data yang di perlukan di ambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain.

Terkadang bidan perlu memulai managamant dari langkah ke-4 untuk memperoleh data dasar awal yang perlu di sampaikan kepada dokter.

2. Langkah II : interpretasi data dasar

Pada tahapan ini bidan mengidentifikasi diagnosa atau masalah dan kebutuha klien secara tepat berdasatrkan interpretasi data yang akurat. Data dasar yang telah di kumpulkan kemudian di interpretasikan sehingga di temukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa sama – sama di gunakan karena beberapa masalah tidak dapat di selesaikan layaknya diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah sering kali berkaitan dengan pengalaman wanita yang di identifikasi oleh bidan sesuai dengan arahan. Masalah ini sering kali menyertai diagnosis.

3. Langkah III : mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial.

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah di identifikasi sebelumnya. Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi, atau bila memungkinkan upaya pencegahan, sambil mengamati kondisi klien. Bidan di harapkan dapat bersiap – siap bila diagnosis / masalah potensial ini benar – benar terjadi.

4. Langkah IV : mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada tahapan ini, bidan mengidentifikasi perlu / tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun dokter, dan / atau kondisi yang perlu di

konsultasikan atau di tangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesinambungan proses management kebidanan. Dengan kata lain, management bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan.

Pada tahapan ini, bidan dapat mengumpulkan dan mengevaluasi sejumlah data baru. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat yang mengharuskan bidan mengambil tindakan segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak.

Dari data yang di kumpulkan akan terlihat mana situasi yang memerlukan tindakan segera dan mana yang harus menunggu intervensi dari dokter. Situasi lain bisa saja bukan merupakan kondisi kegawatan, tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi bersama dokter.

5. Langkah V : merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada tahapan ini, bidan merencanakan asuhan menyeluruh yang di tentukan menurut langkah – langkah sebelumnya. Tahapan ini merupakan kelanjutan management diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau di antisipasi sebelumnya, dan bidan dapat segera melengkapi informasi / data yang tidak lengkap.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah terkait, tetapi dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti

yang apa di pikirskn sksn terjadi berikutnya, apakah di butuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah yang berkaitan dengan kondisi soaial – ekonimi, budaya atau psikologis.

Dengan kata lain asuhan bagi wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan harus sudah di setujui oleh kedua pihak, yaitu bidan dank lien, agar dapat di laksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh sebab itu, tugas bidan dalam tahapan ini adalah merumuskan rencana asuhan bersama klien.

6. Langkah VI : melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini , rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah di uraikan pada langkah ke – 5 di laksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa di lakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian di lakukan oleh bidan dan sebagaian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam upaya kolaborasi dengandokter untuk menganani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana asuhan bersama tersebut. Management yang efisien akan menghemat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien.

7. Langkah VII : evaluasi

Pada langkah ini bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah di berikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosa yang

telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat di anggap efektif apabila memang telah di laksanakan secara efektif. Bila saja sebagian dari rencana tersebut telah efektif, sedangkan sebagian lagi belum. Mengingat management asuhan kebidanan merupakan suatu kontineum. Bidan perlu mengulang kembali dari awal sampai asuhan yang tidak efektif melalui proses management tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah – langkah pada proses management umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakann serta berorientasi pada proses klinis. Proses management tersebut berlangsung di dalam tatanan klinis, dan dua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinik (saminem,2010).

2.3 Penerapan asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan dan nifas

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

Subyektif

1. Usia : 16 – 35 tahun

2. Keluhan utama

Nyeri punggung bagian atas, peningkatan frekuensi berkemih, nyeri uluh hati, konstipasi, hemoroid, kram tungkai, edema dependen, insomnia, Braxton hicks, nyeri punggung bawah, hiperventilasi dan sesak nafas

3. Kunjungan Ante-Natal Care (ANC) minimal dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu).

4. Riwayat obstetric

Pada riwayat kehamilan ibu hamil pertama < 4 tahun, hamil kedua < 10 tahun, jarak kehamilan > 2 tahun, tidak mempunyai anak > 4 tahun, kehamilan tunggal, kehamilan cukup bulan. Pada riwayat persalinan tidak ada riwayat persalinan dengan tindakan vakum atau cunam. Pada riwayat nifas tidak ada riwayat uri di rogoh.

5. Frekuensi pergerakan janin

Frekwensi pergerakan standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam

6. Pola fungsional pada trimester III :

a) Pola nutrisi dan cairan

Saat hamil makan : 3x1 hari dengan porsi 1 piring nasi atau 3 potong roti, 2 biji kentang, singkong 1 potong, jagung 1 biji, ubi 1 biji, untuk ikan bisa dengan 3 potong daging sedang, 1 buah hati ayam, tempe 2 potong, tahu 1 potong, 1 butir telur, 1 potong ikan asin, untuk sayuran bisa dengan bayam, kangkung, buncis, wortel, kol, sawi dan lain-lain.

Zat besi diperoleh dari tablet Fe 1x1 atau pada bayam, roti gandum.

Minum : 6-8 gelas air putih dan 1 gelas susu.

b) Pola eliminasi

Saat hamil : BAK lebih sering, BAB 1x/hari atau bisa terjadi konstipasi.

c) Pola istirahat pada siang hari 1 -2 jam, untuk menjaga kesehatan selama hamil, dan istirahat malam 8 jam.

d) Pola aktivitas

Saat hamil : Bekerja dan tetap melakukan aktivitas rumah tangga seperti nyapu, masak, nyuci dan jarang olahraga.

e) Pola seksual

Saat hamil di perbolehkan sampai akhir kehamilan

f) Pola kebiasaan sehari – hari

Tidak menggunakan merokok, tidak menggunakan alcohol, tidak menggunakan narkoba, tidak minum obat–obatan, tidak minum jamu, tidak memelihara binatang peliharaan.

7. Riwayat emosional :

Trimester III : rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan 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, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhatiran. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya. Merasa kehilangan perhatian. Perasaan mudah terluka(sensitif). Libido menurun.

Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis. Tekanan darah 110/70-120/80 mmHg, Nadi 80-100 kali/menit, Pernafasan 16-20 Kali / menit, Suhu 36,5⁰C - 37,5⁰C.

2. Antropometri

- a. Berat badan ibu hamil bertambah 9 – 12 kg. Selama hamil TM III terjadi kenaikan berat badan $\pm \frac{1}{2}$ per minggu
- b. Tinggi Badan : > 145 cm

c. Lingkar Lengan : >23,5 cm

3. Pemeriksaan Fisik

a) Wajah : Tidak pucat, tidak oedem

b) Mata : Seklera putih, tidak icterus, conjungtiva merah muda, palpebral tidak oedem

c) Mulut dan gigi : tidak ada caries gigi, tidak ada ginggifitis.

d) Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe.

e) Mamae : Kebersihan baik, colostrum sudah keluar, putting susu menonjol.

f) Abdomen : tidak ada bekas operasi secarea, terdapat linia nigra, terdapat striae albican.

Leopold I : TFU 2 – 3 jari di bawah prosesus xyoideus dan pusat, teraba bulat, tidak melenting dan lunak.

Leopold II : teraba bagian keras panjang seperti papan di sebelah kiri atau kanan ibu.

Leopold III : teraba bagian bulat, keras, melenting, tidak dapat di goyangkan.

Leopold IV : Pada ibu trimester III UK mulai 37 minggu multigrafida penurunan 3/5 bagian dan divergen.

a. TBJ : 2500 gram – 4000 gram

b. DJJ : 120–160 x/menit dan teratur.

- g) Ekstermitas : tidak ada edema pada kaki dan tangan, tidak ada varises pada kaki.
 - h) Genetalia : tidak ada varises, tidak ada pembengkakan kelenjar bartolini dan skane, dan tidak ada hemoroid.
4. pemeriksaan panggul yaitu distancia Spinarum 24-26 cm, distancia cristarum 28-30 cm, conjugata eksterna 18-20 cm, lingkaran panggul 80-90 cm, distancia tuberum 10,5 cm
 5. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Darah : Hb : >11 gram %
 - b. Urine : Reduksi dan albumin (negative).

2) Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : G PAPIAH usia kehamilan 37-40 minggu, tunggal, Hidup, letak kepala \cup intrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Masalah : keputihan, sering kencing, konstipasi, nyeri punggung bawah, bengkak.
3. Kebutuhan untuk menyelesaikan masalah :
 - a. Keputihan : menjaga kebersihan khususnya pada genetalia.
 - b. Sering kencing : kebutuhan cairan pada saat malam hari.
 - c. Konstipasi : pola nutrisi dan asupan cairan.
 - d. Nyeri punggung : aktifitas dan posisi sikap tubuh yang benar.
 - e. Bengkak : pola istirahat dan posisi saat tidur.

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi akan tindakan segera

Tidak ada

5) Intervensi

1. Bina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu hamil.
2. Deteksi adanya masalah dan mencari solusi cara mengatasinya
3. Memberitahukan hasil pemeriksaan dan usia kehamilan.
4. Ajari ibu cara mengatasi ketidak nyamanan.
5. Anjurkan ibu untuk makan – makanan dengan gizi seimbang.
6. Lakukan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawadaruratan
7. Kaji ulang pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III.
8. Beritahu ibu tentang kunjungan ulang untuk memeriksakan kehamilannya kembali (TM III kunjungan di lakukan 1 minggu).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

Subyektif

a) Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan oleh ibu kenceng – kenceng semakin sering dan teratur, mengeluarkan lendir bercampur darah.

- b) Pola fungsi kesehatan meliputi :
- a. Pola nutrisi makanan ringan seperti roti kering, biskuit, dan sebagainya, minum air putih lebih sering.
 - b. Pola eliminasi setiap 2 jam sekali atau lebih atau jika kandung kemih penuh harus dikosongkan.
 - c. Pola Istirahat dianjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - d. Pola Aktivitas berbaring ditempat tidur sambil miring kiri, jalan – jalan.
- c) Riwayat Psikososiospiritual, seperti dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu mamperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung, dukungan tersebut dapat berupa membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, menciptakan kamar bersalin yang nyaman, memberikan sentuhan, berada disisi pasien, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien

Obyektif

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : Compos mentis
- c) Tanda –tanda vital

Tekanan darah 110/70 – 120/80 mmHg, Nadi 80 -100 x /menit,

Pernafasan 16- 20 x / menit, Suhu 36,5 °C – 37, 5° C

d) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi.

Leopold I : TFU 2 – 3 jari di bawah prosesus xypoides dan pusat, teraba bulat, tidak melenting dan lunak.

Leopold II : pada sebelah kanan/ kiri perut ibu teraba panjang, keras dan datar seperti papan.

Leopold III : pada bagian bawah uterus teraba bulat, keras, melenting.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP dengan penurunan 3/5 bagian

Genetalia : Pada vulva tidak ada varises, tidak ada pembesaran kelenjar bartolini dan tidak ada hemoroid.

Ekstrimitas : Tidak ada edema dan tidak ada varises

Hasil VT : Adanya pembukaan serviks 1 – 10 cm, pendataran serviks, 25% - 100% penurunan kepala pada bidang hodge II, konsistensi, serviks, denominator

His : $3 - 5 \times 10'' = 30 - >40$ detik

DJJ : Djj 120 – 160 x / menit,

2) Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : GPAPIAH UK 37 – 40 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, let kep, ku ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase laten / aktif (Wildan, 2009)
2. Masalah : Cemas, gelisah dan takut.

3. Kebutuhan

KIE tentang keadaannya saat ini

Dukungan emosional

KIE teknik relaksasi

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada

5) Intervensi (kala I – IV)

Kala I

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ± 7 jam untuk multigravida dan untuk primigravida ± 13 jam diharapkan terdapat tanda dan gejala kala II

Kriteria Hasil :

1. DJJ 120-160 x/menit.
2. Tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - a. TD sistole 100 - 140 mmHg dan diastole 60 - 90 mmHg
 - b. Suhu 36,5 – 37,5⁰C.
 - c. Nadi 60 - 100 x/menit.
 - d. Pernafasan 16 - 24 x/menit.

3. Terdapat tanda dan gejala kala II

Pembukaan lengkap 10 cm dan ada dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.
2. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
3. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
4. Beri asuhan sayang ibu meliputi:

Berikan dukungan emosional, atur posisi ibu, berikan nutrisi dan cairan yang cukup, anjurkan ibu untuk eliminasi (kosongkan kandung kemih), lakukan pencegahan infeksi, pencatatan hasil pantauan selama kala I fase laten dalam persalinan, catat temuan pada partograf dan persiapan rujukan

Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \leq 1 jam pada multipara dan \leq 2 jam pada primigravida diharapkan bayi lahir spontan pervaginam

Kriteria hasil : Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan

1. Dengarkan dan melihat adanya tanda gejala kala II.
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
3. Pakai celemek.

4. Lepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk kering atau tisu.
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Masukkan oksitosin kedalam spuit (menggunakan tangan kanan yang memakai sarung tangan steril), dan meletakkan di partus set.
7. Bersihkan vulva dan perineum dari arah depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, lakukan amniotomi dengan menggunakan $\frac{1}{2}$ kocher.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
10. Periksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi.
11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman.
12. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
13. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu ada dorongan untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika belum ada dorongan untuk meneran.
15. Letakkan handuk bersih diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian, dibawah bokong ibu.

17. Buka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. 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.
20. Periksa adanya lilitan tali pusat.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Kepala bayi lahir lakukan 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 dibawah arcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. 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.
25. Nilai segera bayi baru lahir.

26. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti 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.

Kala III

Tujuan :Setelah dilakukan asuhan kebidanan ≤ 30 menit diharapkan plasenta lahir.

Kriteria Hasil : Plasenta lahir , kotiledon lengkap, selaput ketuban utuh, tidak ada kelainan baik dari sisi fetal maupun maternal.

Intervensi

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 kearah 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 menyusu dini.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang (dorso-kranial).
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.
39. Lakukan massase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, dan selaput ketuban lengkap dan utuh.

Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan bayi baik, tidak terjadi perdarahan dan komplikasi,TFU 2 jari bawah pusat, UC keras, Kandung kemih kosong.

Intervensi

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Biarkan bayi diatas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.
44. Timbang berat badan bayi. Mengolesi mata dengan salep mata 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.
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit pada 1 jam kedua pascapersalinan.
47. Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan mengestimasi 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 pascapersalinan.
50. Periksa kembali bayi 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. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Pastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan menggunakan larutan klorin 0,5%.
56. Bersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam 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

Subyektif

a) Keluhan Utama (PQRST) :

Nyeri setelah lahir (after pain), keringat berlebig, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid.

b) Pola kesehatan fungsional meliputi :

a. Pola nutrisi :

1. Makan 4 porsi per hari, 1 porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ piring nasi.
2. Untuk ikan 3 porsi per hari. Satu protein setara 2 butir telur, 5 putih telur, 1 gelas sedang yoghurt, tahu 5 – 6 potong kecil, sedangkan sayuran 3 porsi sehari, dengan 1 porsi setara dengan $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ mangkuk kecil sayuran hijau yang dimasak.
3. Minum 1 cangkir susu krim.
4. Kebutuhan cairan, minum sedikitnya 3 liter air putih setiap hari.
5. Vitamin 200.000 IU A 1 x 1 yang diperoleh dari petugas kesehatan.

b. Pola eliminasi dalam 6 jam pertama postpartum ibu harus dapat buang air kecil, dan untuk buang air besar dalam 24 jam pertama.

c. Pola istirahat, istirahat siang kira – kira 2 jam, sedangkan istirahat malam 7 - 8 jam.

d. Pola aktivitas

Mobilisasi dini bertahap dengan miring kiri dan miring kanan, duduk, dan berdiri.

e. Pola Seksual, Setelah darah merah berhenti atau melakukan hubungan seksual setelah 40 hari atau 6 minggu.

f. Pola personal hygiene, mandi 2 kali / hari, mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK paling tidak dalam waktu 3 jam supaya ganti pembalut

c) Riwayat emosional

a. *Taking In*

Fase taking in ibu selalu bercerita pengalaman masa melahirkan tetapi cenderung masih pasif untuk merawat anaknya serta pada fase ini pola istirahat dan nutrisi tetap harus di jaga agar nutrisi tetap terjaga.

b. *Taking Hold*

Fase taking hold ibu mulai memperhatikan bertanggung jawab dan merawat bayinya, tetapi keadaan emosional ibu masih sensitive system tubuh ibu mulai di perhatikan misalnya eliminasi, menyusui, dan lain – lain.

c. *Letting Go*

Fase ini ibu mulai merawat bayinya secara mandiri serta ibu mempunyai tanggung jawab yang besar untuk merawat bayinya. Rentan pada fase ini ibu mengalami depresi post partum.

Obyektif

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : Compos mentis
- c) Tanda –tanda vital tekanan darah 110/70-120/80 mmHg, Nadi 80-100 kali/menit, pernafasan 16-24 Kali / menit, Suhu 36,5⁰C-37,5⁰C.
- d) Antropometri
Berat badan turun 7-8 kg pada 2 jam post partum, yaitu: 5-6 kg karena lahirnya bayi, placenta dan air ketuban, 2 kg karena diuresis.
- e) Pemeriksaan Fisik
 - a. Mamae : puting susu menonjol, ASI/kolostrum sudah keluar, tidak ada pembengkakan benjolan abnormal.
 - b. Abdomen : tinggi fundus uteri, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong.

2.12 Tabel Involusi uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 Jari bawah pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat-sympis	500 gram
2 Minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 Minggu	Sebesar normal	30 gram

a. Genetalia

Vagina timbul rugae/kerutan – kerutan, perineum terdapat luka jahitan akibat robekan jalan lahir, adanya lochea rubra.

2) Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : PAPIAH post partum fisiologi 6 jam
2. Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaren payudara, Nyeri perineum, konstipasi.
3. Kebutuhan :

Nyeri setelah lahir : teknik relaksasi.

Pembesaran payudara : menyusui bayi segera setelah persalinan dan kompres hangat.

Nyeri perineum : latihan keagel

Konstipasi : pola nutrisi ibu

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada

5) Intervensi

1) Intervensi 6 – 8 jam post partum

1. Informasikan semua hasil pemeriksaan
2. Lakukan observasi TTV, UC,TFU, kandung kemih, perdarahan
3. Ajarkan pada ibu dan keluargatentang cara pencegahan perdarahan yang di sebabkan oleh Antonia uteri
4. Lakukan pemberian asi awal.

5. Ajarkan untuk pencegahan hipotermi pada bayi dan bounding attachment
6. Berikan He tentang : Tanda bahaya nifas, eliminasi. pola personal hygiene, perawatan tali pusat

2) **Intervensi 6 hari setelah persalinan dan 2 minggu post partum**

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal.
- b. Evaluasi adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memberikan health education tentang pola nutrisi, istirahat dan perawatan payudara
- d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda – tanda penyulit.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai hal – hal berkaitan dengan asuhan pada bayi
- f. Lakukan kunjungan lagi 2 minggu post partum.
- g. Pada 2 minggu post partum kunjungan di lakukan 6 minggu

3) **Kunjungan ke empat waktu 6 minggu setelah persalinan**

- a. Menanyakan penyulit – penyulit yang ada.
- b. Konseling KB (Suherni, 2009)