

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi

Kehamilan adalah dimulai dari konsepsi sampai lahir janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu / 9 bulan 7 hari) hitung dari hari pertama haid terakhir penghamilan terjadi kalau ada pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani (sperma).(Sulaiman 1983)

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.(Sarwono, 2010).

2) Tanda-tanda Kehamilan

1. Tanda kemungkinan hamil.

a. Tanda subjektif hamil.

- Terlambat datang bulan
- Terdapat mual dan muntah
- Terasa sesak atau nyeri di bagian bawah
- Sering kencing

b. Tanda objektif hamil

- Pembesaran dan perubahan konsistensi rahim.

- Terdapat ballotement
 - Teraba bagian janin
 - Terdapat kemungkinan pengeluaran kolostrum
 - Tes biologis positif.
2. Tanda pasti Kehamilan.
- a. Teraba gerakan janin dalam rahim.
 - b. Terdengar denyut jantung janin.
 - c. Pada pemeriksaan USG dan rontgen terdapat kerangka janin.

3) Perubahan yang Terjadi pada Kehamilan

1. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Perubahan pada sistem reproduksi

a. Uterus

- Ukuran

Panjang (32 cm), lebar (24 cm), muka belakang (22 cm) Pembesaran ini disebabkan oleh hipertrofi dari otot-otot rahim. Pembesaran ini juga terjadi walaupun kehamilan terjadi diluar kandungan.

- Berat

Berat uterus naik dari 30 gr menjadi 1000 gram sampai umur kehamilan 40 mg.

- Posisi rahim dalam kehamilan

Pada permulaan kehamilan terletak pada antifleksi / retrofleksi, tetapi pada bulan keempat mulai memasukai rongga perut yang membesar sampai batas hati.

- Peredaran darah rahim

Bertambah sesuai dengan bertambah besarnya rahim.

- Perubahan pada serviks

Perubahan yang penting pada serviks dalam kehamilan adalah menjadi lunaknya serviks.

b. Serviks Uteri

Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis (berbatasan / menembus dinding dalam vagina) dan pars supravinalis. Terdiri dari 3 komponen utama : otot polos, jalinan jaringan ikat (kolagen dan glikosamin), dan elastin. Bagian luar di dalam rongga vagina yaitu *portio cervicis uteri* (dinding), dengan lubang *ostium uteri externum* (luar, arah vagina) dilapisi epitel *skuamokolumnar mukosa serviks*, dan *ostium uteri internum* (dalam, arah cavum). Sebelum melahirkan (nullipara / primigravida), lubang *ostium externum* berupa alat kecil, setelah pernah / riwayat melahirkan (primipara / multigravida), bentuknya berupa garis melintang. Posisi serviks mengarah ke kaudal-posterior, setinggi *spina ischiadica*. Kelenjar mukosa serviks menghasilkan lender getah serviks yang mengandung glikoprotein kaya karbohidrat (musin) dan larutan berbagai garam, peptide dan air. Ketebalan mukosa dan viskositas lender serviks dipengaruhi oleh siklus haid (Asrinah,2010).

c. Corpus uteri

Terdiri dari paling luar : lapisan serosa / peritoneum yang melekat pada ligamentum latum uteri di intrabdomen, tengah lapisan muscular / myometrium berupa otot polos tiga lapis (dari luar ke dalam, lapisan endometrium yang melapisi dinding cavum uteri, menebal dan runtuh sesuai siklus haid akibat

pengaruh hormone-hormon ovarium. Posisi corpus intraabdomen mendatar dengan fleksi ke anterior, fundus uteri berada di atas vesica urinaria. Proporsi ukuran corpus terhadap isthmus dan serviks uterus bervariasi selama pertumbuhan dan perkembangan perempuan.

d. Payudara

Seluruh susunan kelenjar payudara berada di bawah kulit di daerah pectoral. Organ ini terjadi dari massa payudara yang sebagian besar mengandung jaringan lemak, berlobus-lobus (20-40 lobus), tiap lobus terdiri dari 10-100 alveoli, yang di bawah pengaruh hormone prolaktin memproduksi air susu. Dari lobus-lobus, air susu dialirkan melalui duktus, yang bermuara di daerah papilla / puting. Fungsi utama payudara adalah laktasi, yang dipengaruhi hormone prolaktin dan oksitosin pascapersalinan. Kulit daerah payudara sensitif terhadap rangsang rangsang, termasuk sebagai *sexually responsive organ*. Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba nodule-noduli, akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan – bayangan vena lebih membis. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan areola payudara. Kalau diperas keluar, air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning. Perubahan payudara pada saat kehamilan dimulai sejak trimester I.

Pembentukan lobules dan alveoli terjadi pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan. Sel – sel alveoli mulai memproduksi dan mensekresi cairan yang kental kekuningan sebagai kolostrum. Sesuai dengan kematangan pada trimester III kehamilan, aliran darah di dalamnya menjadi lebih lambat dan payudara menjadi membesar. Pembesaran payudara pada perempuan hamil menimbulkan perubahan titik pusat berat tubuhnya (Asrinah,2010).

1. Sirkulasi Darah Ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain :

- a. Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- b. Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retro-plasenter.
- c. Pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat.

Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah :

Volume darah. Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25 sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. *Curah jantung* akan bertambah sekitar 30%.

Sel darah. Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat hingga mencapai 10.000 / ml. Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal. Protein darah dalam bentuk albumin dan gamaglobulin dapat menurun pada triwulan pertama, sedangkan fibrinogen meningkat. Pada postpartum dengan terjadinya hemokonsentrasi dapat terjadi tromboflebitis (Chandranita Manuaba,2010).

2. Sistem endokrin

a. Kelenjar hipofisis

Berat kelenjar hipofisis anterior meningkat antara 30-50%, yang menyebabkan perempuan hamil menderita pusing. Sekresi prolaktin, hormone adrenokortikotropik, hormone tiotropik dan melanocyt stimulating hormone meningkat. Produksi hormone perangsang folikel dan luteinizing hormon dihambat oleh estrogen dan progesteron palsesta. Efek meningkatnya sekresi prolaktin adalah ditekannya produksi estrogen dan progesteron pada masa kehamilan.

b. Kelenjar tiroid

Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran kira-kira 13% akibat adanya hiperplasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas. Secara fisiologis akan terjadi peningkatan ambilan iodine sebagai kompensasi kebutuhan ginjal terhadap iodine yang meningkatkan laju filtrasi glomerulus. Beberapa penelitian juga menjelaskan bahwa penyakit gondok disebabkan oleh defisiensi iodine. Walau kadang-kadang kehamilan mungkin menuju hipertiroid, fungsi tiroid biasanya normal. Namun, peningkatan T4 (tiroksin) dan T3 (tridotironin) juga merangsang peningkatan laju metabolisme basal. Hal ini disebabkan oleh produksi *estrogen stimulated hepatic* dari tiroksin yang menekan globulin.

c. Kelenjar adrenal

Diperkirakan kortisol bebas yang meningkat mempunyai efek yang berlawanan terhadap insulin. Dengan meningkatkan kadar glukosa dalam darah, adanya asam lemak dan produksi glikogen serta menurunnya tingkat penyebaran

glukosa oleh otot dan lemak, dapat membuat kebutuhan fetus akan glukosa terpenuhi. Peningkatan konsentrasi kortisol bebas pada masa kehamilan juga menyebabkan hiperglikemia setelah makan. Peningkatan plasma kortisol bebas juga dapat menyebabkan kehamilan mengalami kegemukan di bagian-bagian tertentu karena adanya penyimpanan lemak, dan juga merangsang adanya *striae gravidarum*. Karena adanya stimulasi dari estrogen dan progesteron, terjadilah peningkatan konsentrasi rennin yang besar, yang diproduksi oleh korteks adrenal pada saat kehamilan 12 minggu, yang berfungsi sebagai tambahan, selain rennin yang diproduksi di uterus dan korion. Peningkatan kortisol dan tekanan darah merangsang system rennin-angiotensin mampu menjaga keseimbangan efek hilangnya garam yang disebabkan oleh *korteks adrenal*. Kadar aldosteron meningkat 200-700 ng/l sampai pada akhir kehamilan, sedangkan kadar aldosteron pada perempuan tidak hamil adalah 100-200 ng/l. Efek dari aldosteron adalah meningkatnya penyerapan natrium, yang dapat member keseimbangan bagi tubuh karena adanya garam yang hilang dan sekresi air meningkat. HCG mengurangi respon imunitas dalam kehamilan usia 10-30 minggu dan tetap pada kadar ini hingga aterm. Titer antibody terhadap cacar, influenza A dan herpes simpleks mengalami pengurangan sebagai efek dari hemolidusi. Karena itu resistensi terhadap virus bisa berubah (Asrinah : 2010).

3. Perubahan kardiovaskular / hemodinamik

Pada akhir kehamilan, memposisikan wanita pada posisi terlentang dapat menyebabkan uterus yang sekarang besar dan berat dengan cepat menekan aliran balik vena sampai membuat pengisian jantung menurun dan curah jantung menurun. Pada 10% wanita hal ini dapat menyebabkan hipotensi arterial dan

wanita dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran. Hipotensi arterial dapat diatasi dengan meminta wanita berbaring miring atau duduk (Varney Midwifery edisi 4 vol.1,2007).

a. Ginjal

Pola normal berkemih wanita yang tidak hamil pada siang hari (diurnal) berkebalikan dengan pola wanita yang hamil. Wanita yang hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul dan vena kava inferior, sebagaimana telah dibahas sebelumnya, dan kemudian mengekskresi cairan tersebut pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika wanita berbaring terutama pada posisi lateral kiri (Varney Midwifery edisi 4 vol.1, 2007).

b. Paru

Sistem respirasi ibu mengangkut oksigen dan membuang karbondioksida dari janin serta menyediakan energy untuk sel-sel ibu itu sendiri, janin, dan plasenta. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan pulmonal meliputi pengaruh hormonal dan perubahan mekanis. Semua perubahan ini disebabkan oleh tekanan ke atas akibat pembesaran uterus. Pengaruh-pengaruh hormonal meliputi efek estrogen terhadap *engorgement* kapiler melalui saluran pernapasan dan efek progesteron terhadap relaksasi otot polos bronkiol dan relaksasi otot serta kartilago pada regio toraks. Jumlah pernapasan, kapasitas vital, dan kapasitas napas maksimum tidak terpengaruh selama kehamilan berlangsung, tetapi volume tidal, volume pernapasan permenit, dan peningkatan ambilan

oksigen per menit, kapasitas residu fungsional serta volume residu udara mengalami penurunan (Varney Midwifery edisi 4 vol.1, 2007).

c. Pencernaan

Perubahan pada saluran cerna memungkinkan pengangkutan nutrient untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin dan perubahan ini berada di bawah pengaruh hormon dan mekanis. Hal penting yang perlu diingat bahwa banyak diantara perubahan ini bertanggung jawab terhadap sejumlah ketidaknyamanan yang dialami selama kehamilan. Estrogen menyebabkan peningkatan aliran darah ke mulut sehingga gusi menjadi rapuh dan dapat menimbulkan gingivitis. Hal ini juga dapat mendorong ibu memperhatikan perawatan gigi dan mulut, tetapi bukan dikarenakan ia akan kehilangan kalsium yang dialirkan ke janin. Janin memperoleh kalsium dari cadangan kalsium di dalam tubuh ibu, bukan dari gigi ibu. Saliva menjadi lebih asam, tetapi jumlahnya tidak meningkat.

Tonus pada sfingter esophagus bagian bawah melemah di bawah pengaruh progesterone, yang menyebabkan relaksasi otot polos. Pergeseran diafragma dan penekanan akibat pembesaran uterus yang diperburuk oleh hilangnya otot sfingter, mengakibatkan refluks dan nyeri ulu hati. Kerja progesteron pada otot-otot polos menyebabkan lambung hipotonus yang disertai penurunan motilitas dan waktu pengosongan yang memanjang. Semua perubahan yang terjadi akibat progesteron ini dialami seluruh saluran usus halus. Efek-efek progesterone menjadi lebih jelas seiring kemajuan kehamilan dan peningkatan kadar progesterone. Efek progesterone pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit yang melambat memuat air semakin banyak diabsorpsi dan menyebabkan peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran akibat

pembesaran uterus. usus buntu bergeser ke atas dan ke samping, keluar dari kuadran kanan bawah dan dapat mencapai ketinggian batas kosta kanan di atas panggul (Varney Midwifery edisi 4 vol.1, 2007).

d. Pertukaran zat

Orang yang hamil bertambah berat :

- i. Trimester I : ± 1 kg
- ii. Trimester II : ± 5 kg
- iii. Trimester III : $\pm 5,5$ kg (Sofian, 2012)

Tinggi badan: TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul.

- Ukuran lila $> 23,5$ cm, bila kurang berarti status gizi buruk (Ari sulistyawati, 2009).
 - a) Pemeriksaan Fisik
 - Pada wajah, tidak pucat, tidak oedem.
 - Mammae kebersihan cukup, puting susu menonjol, colostrum sudah keluar
 - Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi,
 - Palpasi :
 - Leopold I : Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting
 - Leopold II : Teraba seperti papan, kertas, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.
 - Leopold III : Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting
 - Leopold IV : Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian

- TFU Mc. Donald

Usia Kehamilan 20 minggu tinggi fundus 20 cm (± 2 cm), usia kehamilan 22-27 minggu tinggi fundus yaitu Usia Kehamilan=cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 28 minggu tinggi fundus adalah 28 cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 29-35 minggu tinggi fundus adalah usia Kehamilan dalam minggu=cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm (± 2 cm).

TBJ/EFW : 2500- 4000 gram (Manuaba, 1998)

- Auscultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur dan presentasi kepala, 2 jari kanan.
- Genetalia : labia tidak varises, tidak oedem.
- Ekstremitas bawah: Bila ada oedem pada kehamilan dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum/tekanan rahim yang membesar pada vena dalam panggul yang mengalirkan darah ke kaki, Reflek patella : mengetahui adanya hipovitaminosis B₁, hipertensi penyakit urat syaraf, dalam keadaan normal reflek patella +. (Modul 2, Dep. Kes RI, 2002)

b) Pemeriksaan Panggul

Distancia Spinarum : jarak antara kedua spina iliaca anterior superior 24-26 cm. Distancia cristarum : jarak antara kedua crista iliaca kanan dan kiri 28-30 cm. Conjugata eksterna : 18-20 cm. Lingkar panggul : 80-90 cm. Distancia tuberum : 10,5 cm

c) Pemeriksaan Laboratorium

- Darah Hb pada ibu hamil ≥ 10 gr/dl. Golongan darah, di lakukan untuk mengetahui tipe golongan darah pasien dan mengetahui rhesus darah

maupun penyakit berbahaya seperti hepatitis. Hb TM I 0,5 gram %, TM II 11 gram %, TM III 10,5 gram % (A. Aziz, 2008).

- Pemeriksaan urine urine meliputi pemeriksaan protein untuk mengetahui adanya gejala peeklamsia 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 (pondok iklan, 2010).

4). Perubahan Psikologis Kehamilan

o Trimeter III

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian. Pada periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Ada perasaan tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat pada waktunya, fakta yang menempatkan wanita tersebut gelisah dan hanya bisa melihat dan menunggu tanda-tanda dan gejalanya.

Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi.

Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu mulai merasa takut akan sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu persalinan. Rasa tidak nyaman timbul kembali karena perubahan body image yaitu merasa dirinya aneh dan jelek. Ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

Wanita juga mengalami proses berduka seperti kehilangan perhatian dan hak istimewa yang dimiliki selama kehamilan, terpisahnya bayi dari bagian tubuhnya, dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Perasaan mudah terluka juga terjadi pada masa ini. Wanita tersebut mungkin merasa canggung, jelek, tidak rapi, dia membutuhkan perhatian yang lebih besar dari pasangannya. Pada pertengahan trimester ketiga, hasrat seksual tidak setinggi pada trimester kedua karena abdomen menjadi sebuah penghalang.(Yuni Kusmiyati, 2009).

5). Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya

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

a. Oksigen

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

b. Nutrisi

1. Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan oleh ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Ibu hamil untuk memenuhi kalorinya dianjurkan untuk makan minimal makan 3x / hr dengan nasi 1 piring(242 kkal) satu potong ayam goreng (138 kkal), tempe (320 kkal) dan susu (146 kkal). Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya

preeklampsia. Total penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 9-13 kg selama hamil.

2. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

3. Kalsium

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

4. Zat besi

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

5. Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mikro gram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

6. 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 the, cokelat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarin) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta (Asrinah, 2010).

c. Personal hygiene (Kebersihan pribadi)

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan mandi 2-3 kali / hari, gosok gigi 2 kali / hari, keramas 1 minggu 2 kali, ganti baju dan celana dalam 3-4 kali / hari. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme, sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal doueche*.

d. Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil :

1. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.
2. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
3. Pakailah bra yang menyokong payudara.
4. Memakai sepatu dengan hak rendah.
5. Pakaian dalam kedaan selalu bersih.

e. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh

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

f. Seksual

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

1. Sering abortus dan kelahiran prematur.
2. Perdarahan per vaginam.
3. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.
4. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri.

g. Mobilisasi, bodi mekanik

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

h. Exercise / senam hamil

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

i. Istirahat / tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat Tidur malam \pm 8 jam, tidur siang \pm 1-2 jam.terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

j. Imunisasi

Imunisasi yang sudah di dapat Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT

sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ke 3 (interval minimal 6 bulan dari dosis kedua) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke 3 dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke empat (Ari Sulistyowati, 2009).

j). Perilaku kesehatan

Jika mungkin, hindari pemakaian obat-obatan selama kehamilan terutama dalam triwulan I, pengobatan penyakit saat hamil selalu memperhatikan pengaruh obat terhadap pertumbuhan janin.(Mochtar , 1998)

k. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut

1. Biaya : Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin (tabulin), atau menabung di bank.
2. Penentuan tempat serta penolong persalinan
3. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.
4. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.
5. Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain).
6. Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama).

7. Persiapan persalinan yang tidak kalah pentingnya adalah transportasi, misalnya jarak tempuh dari rumah dan tujuan memutuhkan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan (Asrinah, 2010).

6. Tabel 2.1 Ketidaknyamanan dan cara mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil (trimester I dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya b. Perbanyak minum saat siang hari c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia. d. Batasi minum kopi, teh, soda
2.	keputihan (terjadi pada trimester I, II, III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap
3.	Napas sesak (trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab fisiologinya. b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. c. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
4.	Sakit punggung atas dan bawah (trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

(Asrinah,2010)

7. Tanda bahaya kehamilan

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

8. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

1. Faktor usia

Usia ideal ibu hamil adalah 16-35 thn. Ibu hamil pada umur ≤ 16 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Ibu yang hamil pada umur ≥ 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan yang menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

2. Status gizi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang cukup sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar bisa memenuhi kebutuhan atau nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya, sekaligus bagi persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman. Selama proses kehamilan, bayi sangat membutuhkan zat-zat penting yang hanya dapat dipenuhi dari ibu. Kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu hamil kalori 2500 kalori, protein 85 gr/hr, kalsium 1,5 gr/hr, zat besi 30 mg/hr. Pemenuhan gizi seimbang selama hamil

akan meningkatkan kesehatan bayi dan ibu, terutama dalam menghadapi masa nifas sebagai modal awal untuk menyusui. (Asrinah,2010)

9. Penatalaksanaan yang dilakukan oleh bidan pada setiap kunjungan TM

III

- a. Membina hubungan percaya antara bidan dan ibu hamil.
- b. Mendeteksi masalah dan mengatasinya.
- c. Memberitahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan.
- d. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan.
- e. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat (cara sehat bagi ibu hamil, nutrisi dan tanda- tanda bahaya kehamilan).
- f. Memberikan tablet besi.
- g. Mendiskusikan persiapan kelahiran bayi.
- h. Kewaspadaan khusus terhadap preeklamsi.
- i. Deteksi letak janin dan kehamilan ganda.
- j. Menjadwalkan kunjungan berikutnya(saminem, 2010)

10). Standart Asuhan Antenatal

- a. Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal:
 - ✓ Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-12 minggu)
 - ✓ Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 13-28 minggu)
 - ✓ Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 29-42 minggu)

- b. Pelayanan standart, yaitu 7 T:

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

1. Timbang berat badan.
2. Ukur tekanan darah : peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Nadi : 70-90 kali/menit. Pernafasan : 18-24 kali/menit. Suhu : 36,5-37,5 °C (priharjo, 2006).
3. Ukur tinggi fundus uteri.
4. Pemberian imunisasi TT lengkap.

Pemberian Tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablet setiap harinya. Selama kehamilan seorang ibu hamil minimal harus mendapatkan 90 tablet tambah darah (Fe), karena sulit mendapatkan zat besi dengan jumlah yang cukup dari makanan. Ingatkan bahwa zat besi menyebabkan mual, konstipasi, serta perubahan warna feses, maka saran yang dianjurkan adalah minum tablet zat besi pada malam hari untuk menghindari perasaan mual, tablet besi sebaiknya diberikan saat diketahui ibu tersebut hamil sampai 1 bulan sesudah persalinan. (Hanni Ummi: 2010).

5. Lakukan Tes penyakit Menular Seksual (PMS).

PMS yang terjadi selama kehamilan berlangsung akan menyebabkan kelainan atau cacat bawaan pada janin dengan segala akibatnya, oleh karena itu tes terhadap pMS perlu dilakukan agar dapat didagnosa secara dini dan mendapatkan pengobatan secara tepat. (Hanni Ummi: 2010).

6. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.(Ari Sulistyowati, 2011)

11.Faktor resiko/masalah pada ibu Kelompok I

- (1) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik / APGO

- a) 10 faktor resiko (7 terlalu, 3 pernah)
- b) Kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan.
- c) Tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit komplikasi dalam persalinan.

Tabel 2.2 Faktor resiko Kelompok I adalah :

No	Faktro Resiko (FR I)	Batasan-kondisi ibu
1.	Primi muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
2.	Primi tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3.	Primi tua sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4.	Anak terkecil ≤ 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 tahun
5.	Grande multi	Terlalu banyak anak 4 atau lebih
6.	Umur ≥ 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7.	Tinggi badan ≤ 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan : a. Hamil pertama b. Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan bayi cukup bulan dan hidup
8.	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu : a. Hamil yang kedua, yang pertama gagal b. Hamil ketiga atau lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali c. Hamil terakhir bayi mati
9.	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah infus atau tranfusi darah pada perdarahan paska persalinan
10.	Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini.

Sumber : Poedji Rochjati, 2013

2.1.2 Persalinan

1) Definisi

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia

kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.(APN, 2008).

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

2) Etiologi Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his, yaitu :

1. Teori keregangan

- Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu
- Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai

2. Teori penurunan progesteron

- Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur hamil 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu
- Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin
- Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu

3. Teori oksitosin

- Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior

- Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks
- Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai

4. Teori prostaglandin

- Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur hamil 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua
- Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan konsentrasi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan
 - Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan (IBG Manuba 2010)

3) Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

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

4) Kemajuan Persalinan

Setiap fase persalinan ditandai oleh perubahan fisik dan perubahan psikologis yang dapat diukur. Perubahan fisik dapat digunakan untuk mengevaluasi kemajuan persalinan. Sedangkan perubahan psikologis digunakan untuk menentukan fase persalinan yang dicapai tanpa melakukan pemeriksaan dalam.

a. Fase Laten

Fase Laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3 sampai 4 sentimeter atau permulaan fase aktif. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali. Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten sering dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas dari mulai terjadi setiap 10 sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga kontraksi dengan intensitas sedang (rata – rata 40 mmHg pada puncak kontraksi dan tonus uterus dasar sebesar 10 mmHg) yang terjadi setiap 5 – 7 menit dan berlangsung 30 sampai 40 detik (Helen Varney , 2008).

b. Fase Aktif

Fase Aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari 3 – 4 sentimeter (akhir fase laten) hingga 10 sentimeter (akhir kala 1 persalinan). Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama kala dua persalinan. Kontraksi selama fase aktif menjadi lebih sering, dengan durasi yang lebih panjang dan intensitas lebih panjang dan intensitas lebih kuat. Kontraksi yang efektif menjadi lebih sering dengan durasi yang lebih panjang dan intensitas lebih kuat (Helen Varney , 2008).

c. Komponen Janin

a. Letak

Adalah hubungan antara sumbu panjang janin sumbu panjang ibu. Ada 3 kemungkinan letak janin : *Longitudinal, Lintang, dan Oblik.*

b. Presentasi

ditentukan oleh bagian presentasi, yang merupakan bagian pertama janin yang memasuki pintu atas panggul. Ada 3 kemungkinan presentasi janin : *Sefalik, bokong, dan bahu*. Presentasi sefalik dapat berupa puncak kepala (verteks), sinsiput kening, atau wajah. Presentasi bokong dapat berupa bokong nyata, bokong penuh/komplet (paha fleksi dan tungkai ekstensi pada permukaan anterior tubuh), atau kaki yang membumbung (satu atau keduanya).

c. Sikap Janin

Adalah postur khas janin tersebut yang ditentukan dengan melihat hubungan bagian – bagian janin terhadap satu sama lain dan efeknya pada kolumna vertebralis janin. Sikap janin bervariasi menurut presentasi janin.

d. Posisi

Adalah titik yang dipilih secara acak pada janin untuk setiap presentasi, yang dihubungkan dengan sisi kiri atau kanan panggul ibu. Posisi umumnya digunakan dengan menggunakan sebutan ubun – ubun kecil kiri depan (LOA, *left occipital anterior*), sakrum kanan lintang (RST, *right sacral transverse*), dan selanjutnya.

e. Variasi

Adalah titik pada janin yang juga dipilih secara acak, yang digunakan untuk menentukan posisi dalam hubungannya dengan bagian anterior, lintang atau posterio pelvis (Helen Varney Vol. 2, 2008).

5) Asuhan Persalinan Normal

Tujuan Asuhan Persalinan Normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui

berbagai upaya yang terintegrasi yang lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).

Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi yaitu :

a. Membuat Keputusan Klinik

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

b. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

1. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
2. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
3. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.

5. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
6. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.
7. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan / atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
8. Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
9. Hargai privasi ibu.
10. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
11. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
12. Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
13. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
14. Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.
15. Siapkan rencana rujukan (Buku panduan APN, 2008).

c. Pencegahan Infeksi

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

(Buku panduan APN, 2008)

d. Pencatatan (Dokumentasi)

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

Pencatatan rutin adalah penting karena :

1) Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan.

2) Dapat digunakan sebagai tolakukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik. Dari aspek metode keperawatan, informasi tentang intervensi atau asuhan yang bermanfaat dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya.

3) Dapat dibagikan di antara para penolong persalinan . Hal ini menjadi penting jika ternyata rujukan memang diperlukan karena hal ini berarti lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir (Buku panduan APN, 2008).

e. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal – hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

- B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan / atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.
- A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan – bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi,dan lain – lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan – bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.
- K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan / atau bayi dan mengapa ibu dan / atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan atau bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.
- S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan / atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat – obatan yang diterima ibu dan / atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) : Bawa obat – obatan esensial padasaat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.

K (Kendaraan): Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup mem beli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan (Buku Panduan APN, 2008).

6) Faktor- factor yang secara umum mempengaruhi prognosa persalinan ialah:

1. Paritas:

Cervik yang pernah mengalami pembukaan sampai pembukaan lengkap memberikan tahanan yang lebih kecil. Juga dasar panggul seorang multipara tidak memberikan tahanan bayak terhadap kemajuan anak.

2. Cervik yang kaku memberikan tahanan yang jauh lebih besar dan dapat memperpanjang persalinan. Cervik yang kaku ialah cervik yang kerasnya seperti ujung hidung, sedangkan yang dinamakan servik yang lunak ialah yang konsistensinya lunak.

3. Umurnya penderita:

Primigravida yang muda ialah yang umurnya antara 12-16 tahun pada orang ini lebih sering didapatkan toxaemia.

Seorang primi tua ialah seseorang yang pertama kali hamil pada umur 35 tahun atau lebih,ada kemungkinan persalinan berlangsung lebih panjang disebabkan servik yang kaku atau inertia uteri(kelemahan his).

4. Interval(jangka waktu)antara persalinan:

Kalau interval melebihi 10 tahun maka kehamilan dan persalinan menyerupai kehamilan dan persalinan primi tua,jadi sebagai penyulit dapat disebut persalinan lama,placenta praevia dan solutio lacenta.

5. Besarnya anak:

Kalau bayinya besar, maka ada kecenderungan pada partus yang lebih lama baik dalam kala I maupun kala II.(Obstetri fisiologi,1983)

7) Fisiologi Persalinan

a. Kala I Persalinan

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka dan lengkap (10cm). Kala satu persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (JNPK-KR/POGI, 2008)

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase yaitu :

1) Fase Laten persalinan.

- a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm.
- c. Biasanya berlangsung dibawah 8 jam (JNPK-KR/POGI, 2008).

d. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik (Rukiyah, 2009)

2) Fase Aktif persalinan

- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selam 40 detik atau lebih).
- b. Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNKP-KR/POGI, 2008)

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

- a. Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm pembukaan menjadi 4 cm.
- b. Fase dilatasi maksimal yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c. Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (Sarwono, 2007)

Fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada primi serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi, berlangsung 13-14 jam. Pada multi mendatar dan membuka bisa bersamaan, berlangsung 6-7 jam. (Sarwono, 2007)

b. Kala II

Kala dua Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran bayi (JNKP-KR/POGI, 2008)

Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar (Sumarah, 2008)

1) Tanda gejala kala II

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina.
- c. Perineum terlihat menonjol
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Tanda pasti kala dua persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina (JNPK-KR/POGI, 2008)

2) Mekanisme persalinan normal

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

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

a. Turunnya kepala

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

b. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (Oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu terutama bidang sempit panggul yang ukuran melintang 10 cm untuk dapat melewatinya, maka kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran diameter Oksipito Frontalis (11,5 cm) harus Fleksi secara maksimal menjadi diameter Oksipito Bregmatika (9,5 cm). (Sumber: Ibu dan bayi, 2009)

c. Rotasi dalam / putaran paksi dalam

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

berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis.(Sumber: Ibu dan bayi ,2009)

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau depleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada PBP mengarah ke depan dan ke atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya kalau tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada pertemuan dan menembusnya. Dengan ekstensi ini maka sub Oksiput bertindak sebagai Hipomochlion (sumbu putar). Kemudian lahirlah berturut-turut sinsiput (puncak kepala), dahi, hidung, mulut, dan akhir dagu.(Sumber: Ibu dan bayi,2009)

e. Rotasi Luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus.(Sumber: ibu dan bayi,2009)

f. Ekspulsi

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

Lamanya kala II pada primi 1 ½ - 2 jam dan pada multi ½ - 1 jam.

c. Kala III (kala pengeluaran uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (JNPK-KR/POGI, 2008)

Kala III yaitu dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta (Sumarah, 2008)

Pada kala III persalinan, otot uterus miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau bagian dalam vagina(JNPK-KR/POGI, 2008)

8) Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a. Uterus menjadi semakin globuler
- b. Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld).
- d. Adanya semburan darah

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan di buat seperti gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (JNPK-KR/POGI, 2008)

9) Macam-macam pelepasan plasenta :

a. Secara Schultzel

Pelepasan dimulai dari bagian tengah plasenta, bagian plasenta yang nampak pada vulva ialah bagian fetal. Perdarahan tidak ada sebelum plasenta lahir.

b. Secara Duncan

Pelepasan mulai dari pinggir plasenta, plasenta lahir dengan pinggirnya terlebih dahulu, yang nampak di vulva ialah bagian maternal. Perdarahan sudah ada sejak bagian dari plasenta terlepas.

10) Perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta :

a. Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas symphysis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas, diam atau maju atau bertambah panjang berarti sudah lepas.

b. Klein

Sewaktu ada his rahim kita dorong sedikit pada daerah fundus, bila tali pusat kembali masuk berarti belum lepas, diam atau turun atau bertambah panjang berarti sudah lepas.

c. Strasman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus uteri, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas.(Mochtar, 1998)

Manajemen aktif kala III

a. Pemberian suntikan oksitosin

b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali

c. Masase fundus uteri

Seluruh proses biasanya berlangsung 5- 30 menit setelah bayi lahir.

Pengeluaran plasenta biasanya disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200

cc.(JNPK-KR/POGI, 2008)

d. Kala IV

Kala IV di mulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

- 1) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya undud uteri setinggi atatu beberapa jari di bawah pusat.
- 3) Memperkirakan kehilangan darah.

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi 2 botol, ibu telah kehilangan 1 liter darah. Jika darah bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan 250 ml darah. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu (2000 – 2500 ml).

4) Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy)perineum.Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Derajat satu Mukosa Vagina,Komisura posterior, Kulit Perineum(tak perlu dijahit jika tidak ada perdarahn dan aposisi luka baik).

Derajat dua Mukosa Vagina, Komisura Posterior,Kulit perineum,Otot perineum.

Derajat tiga Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot Perineum, Otot sfingter ani (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).

Derajat empat Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani, Dinding depan rektum (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).(Buku panduan APN, 2008)

5) Evaluasi keadaan ibu

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

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

c. Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai denganapa yang diperlukan.

d. Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.

- e. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus mejadi lembek.
- f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberikan ASI.
- g. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
- h. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.(Buku Panduan APN, 2008).

1). Lamanya persalinan pada primi dan multi adalah :

	Primi	Multi
Kala I	10-12 jam	6-8 jam
Kala II	1-1,5 jam	½-1 jam
Kala III	10 jam	10 jam
Kala IV	2 jam	2 jam
Jumlah	<u>10-12 jam</u>	<u>8-10 jam</u>

(tanpa memasukkan kala IV

yang bersifat observasi)

(IBG Manuaba,2010)

1) Pemeriksaan Fisik

- Muka : tidak odema, tidak pucat, dan cloasma gravidarum.
- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

- Abdomen:hiperpigmentasi,linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae,kandung kemih kosong.

- Palpasi :

- Leopold I :Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting (bokong)
- Leopold II :Teraba seperti papan, kertas, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin
- Leopold III :Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting (kepala)
- Leopold IV : kepala janin sudah masuk PAP (divergen)

Auscultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur dan presentasi kepala, 2 jari kanan. (Mochtar , 1998)

TBJ/EFW : 2500- 4000 gram (Manuaba, 1998)

- Genetalia : pengeluaran lendir bercampur darah, pemeriksaan dalam servix lunak, mendatar, tipis, pembukaan, Keadaan ketuban utuh/sudah pecah, Presentasi teraba keras, bundar, melenting (kepala), Teraba kurang keras, kurang bundar, tidak melenting (bokong). Turunnya kepala H III teraba sebagian kecil dari kepala, Ada tidaknya caput dan bagian yang menumbung.(IBG Manuaba,2010)

8). Perubahan yang Terjadi pada Persalinan

1. Perubahan Fisiologi Persalinan

1. Tekanan Darah

Tekanan darah : peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg,tekanan darah normal 120/80 mmHg.(priharjo, 2006).

Tekanan Darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi ibu dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Arti penting dari kejadian ini adalah memastikan tekanan darah yang sebenarnya, sehingga diperlukan pengukuran pada interval antarkontraksi. Jika ibu merasa sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan bahwa rasa takutnya (bukan preeklamsia) menyebabkan peningkatan tekanan darah.

2. Metabolisme

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

3. Suhu

Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Kenaikan suhu dianggap normal asal tidak lebih dari 0,5 sampai 1 °C, Suhu : 36,5-37,5 °C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun, bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan pengecekan, antara lain

selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.

4. Denyut Nadi (Frekuensi Jantung)

Nadi : 70-90 kali/menit, Perubahan yang mencolok selama puncak puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frakuensi denyut jantung diantar kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan. Sedikit peningkatan frakuensi denyut jantung merupakan keadaan yang normal. Meskipun dianggap normal, perlu pengecekan parameter lain untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya infeksi.

5. Pernafasan

Terjadi sedikit peningkatan frekuensi pernafasan : 18-24 kali / menit. selama persalinan dimana hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Peningkatan pernafasan ini dapat dipengaruhi oleh adanya nyeri, rasa takut, dan penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar. Untuk menghindari terjadinya hiperventilasi yang memanjang, yang ditandai dengan rasa kesemutan pada ekstermitas dan perasaan pusing, perlu dilakukan pengamatan dan membantu mengendalikannya.

6. Perubahan Pada Ginjal

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Hal tersebut diakibatkan oleh peningkatan curah jantung selama proses persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Polyuri tidak begitu terlihat dalam posisi terlentang, karena posisi ini membuat aliran urine

berkurang selama kehamilan. Kandung kemih harus sering dievaluasi setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi dan harus dikosongkan yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih yang akan menyebabkan hipotonia, serta menghindari etensi urine selama periode pasca partum awal.

7. Perubahan Pada Saluran Cerna

Mobilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak terpengaruh dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Mula dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan. Perubahan pada saluran pencernaan, kemungkinan timbul sebagai respon terhadap salah satu atau kombinasi dari beberapa factor, antara lain kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat tau komplikasi.

8. Perubahan Hematologi

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

menurun drastis pada persalina yang lama, kemungkinan akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka. (Varney, 2008)

9). Perubahan Psikologi Persalinan

○ Fase Laten

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. (Helen Varney, 2008)

○ Fase Aktif

Seiring persalina melalui fase aktif, ketakutan ibu meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Dengan kenyataan ini, ia menjadi lebih serius, ingin seseorang mendampingi karena takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi yang dialami. Disamping itu juga mengalami sejumlah keraguan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan, ia

dapat mengungkapkan rasa takutnya tetapi tidak dapat menjelaskan dengan pasti apa yang ditakutinya.(Helen Varney, 2008)

- **Fase Transisi**

Tanda dan gejala yang terjadi pada akhir fase transisi disebut sebagai tanda datangnya kala 2 dan ditandai dengan : perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, menolak hal-hal yang ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar.(Varney, 2008).

10). Standart Asuhan Intranatal

- **Asuhan pada kala I:**

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
2. Persiapan rujukan.
3. Berikan asuhan sayang ibu.
4. Ajari ibu bagaimana teknik pernapasan yang benar.
5. Penuhi kebutuhan nutrisi ibu.
6. Bantu ibu untuk eliminasi.
7. Observasi dengan partograf.
8. Oservasi TTV dan kemajuan persalinan. (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

○ **Asuhan pada kala II:**

1. Melihat tanda gejala kala II, dorongan ingin meneran, tekanan yang semakin meningkat pada anus, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.
2. Cek partus set dan dekatkan.
3. Pakai celemek plastik.
4. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan.
5. Pakai sarung tangan DTT.
6. Masukkan oksitosin dalam spuit 3cc, letakkan pada partus set.
7. Bersihkan vulva dengan kapas savlon.
8. Lakukan periksa dalam, pastikan pembukaan lengkap.
9. Celupkan sarung tangan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%.
10. Periksa DJJ.
11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, beri posisi yang nyaman untuk meneran.
12. Minta suami membantu memposisikan ibu dan memberi dukungan.
13. Pimpin ibu meneran secara benar saat kontraksi, puji ibu.
14. Istirahatkan ibu saat belum kontraksi, beri minum.
15. Letakkan kain di atas perut ibu saat kepala membuka vulva 5 – 6 cm.
16. Letakkan kain bersih, lipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set.
18. Pakai sarung tangan.
19. Lindungi perineum dengan kain dan tahan kepala saat melahirkan kepala.
20. Cek kemungkinan adanya lilitan tali pusat.

21. Tunggu kepala putar paksi luar.
22. Lahirkan bahu depan dan belakang dengan teknik biparietal.
23. Lahirkan badan dengan teknik sangga.
24. Lahirkan kaki dengan teknik susur.
25. Lakukan penanganan BBL, nilai apgar score – nya.
26. Letakkan pada kain di atas perut ibu.
27. Keringkan tubuh bayi, bungkus kepala, dan tubuh kecuali tali pusat.

Periksa uterus apa ada bayi lagi atau tidak.

○ **Asuhan pada kala III:**

28. Periksa uterus apa ada bayi lagi atau tidak.
29. Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik.
30. Suntikkan oksitosin 10 IU secara IM.
31. Jepit tali pusat + 3 cm dari bayi, klem lagi 2 cm dari klem pertama.
32. Gunting tali pusat diantara klem (lindungi perut bayi).
33. Berikan bayi pada ibunya, letakkan pada dada ibu.
34. Ganti kain basah dengan yang bersih dan kering, bungkus kepala dan tubuh bayi.
35. Pindahkan klem 5 – 10 cm dari vulva.
36. Letakkan satu tangan pada atas symphysis, tangan lain menegangkan tali pusat.
37. Saat kontraksi tangan yang diatas perut mendorong ke arah distal (dorso – cranial), tangan lain menegangkan tali pusat ke arah bawah.
38. Tarik dengan hati – hati, pindahkan klem 5 – 10 cm dari vulva saat tali pusat semakin memanjang.

39. Saat plasenta hampir lahir (muncul di introitus vagina), pegang dan putar searah jarum jam dengan tangan hingga selaput ketuban terpelekat sampai lahir semua.
 40. Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dengan gerakan memutar.
Periksa kelengkapan plasenta.
- **Asuhan pada kala IV:**
41. Periksa kelengkapan plasenta.
 42. Evaluasi laserasi pada vulva dan perineum
 43. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
 44. Biarkan bayi berada di atas perut ibu.
 45. Timbang dan ukur PB, beri tetes mata, injeksi vitamin K 1 mg pada paha kiri.
 46. Beri imunisasi hepatitis B pada paha kanan.
 47. Evaluasi kontraksi uterus.
 48. Ajarkan pada ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai sendiri kontraksi uterus.
 49. Evaluasi perdarahan.
 50. Periksa nadi dan kandung kemih setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.
 51. Periksa pernapasan dan temperature setiap jam pada 2 jam PP.
 52. Tempatkan alat bekas pakai pada larutan klorin 0,5% rendam selama 10 menit, lalu bilas.
 53. Buang bahan yang terkontaminasi pada tempat sampah yang sesuai.

54. Bersihkan tubuh ibu, ganti pakaian dengan yang bersih dan kering. Pastikan ibu nyaman, beri makan dan minum.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan dan lepas secara terbalik dalam larutan klorin 0,5%, rendam selama 10 menit.
57. Cuci tangan dengan sabun dan bias dengan air bersih mengalir
58. Melengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV (Asuhan Persalinan Normal, 2008)

2.1.3 Nifas

1) Definisi

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

Puerperium ialah masa sesudah persalinan yang di perlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. (Obstetri Fisiologis)

2) Ketidaknyamanan pada masa puerperium

Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid (Hellen Varney, 2007).

3). Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium Dini

Puerperium dini adalah kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (Suherni, 2009).

2. Puerperium Intermedial

Puerperium Intermedial adalah kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu (Suherni, 2009).

3. Remote Puerperium

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil dan persalinan mempunyai komplikasi (Suherni, 2009).

4). Perubahan yang Terjadi pada Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Involusi uterus.

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/ mati).

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, terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta , selain perubahan atrofi pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru.
- 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. 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. (Sulistyawati, Ari. 2009)

Involusi 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 Sebesar normal (Saleha, 2009)

2. 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 6-8 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. (Ambarwati, dkk. 2010).

3. Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti semula. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

4. Perubahan pada Serviks.

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks. Namun demikian selesai involusi ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya.

5. 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, rata – rata jumlah total secret lokia adalah sekitar 8-9 ons (240-270 mL). Pada masa nifas akan terdapat perubahan warna lokhea setiap waktunya sendiri maka dari itu di bawah ini merupakan perubahan lokhea pada masa nifas yaitu :

Perubahan Lochea pada masa nifas:

- Rubra 1-3 hari Merah kehitaman (Sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah).
- Sanguilenta 3-7 hari Putih bercampur merah / merah kecoklatan (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).(Sujiyatini, 2010)

6. Perubahan Pada Vulva, Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini tetap 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(Sulistyawati,Ari.2009).

b. Perubahan 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 :

1. Nafsu Makan Pasca melahirkan

Biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk meng-konsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2. Motilitas

Secara khas,penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir.Kelebihan analgesic dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3. 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:

- 1) Pemberian diet / makanan yang mengandung serat.
- 2) Pemberian cairan yang cukup.
- 3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

c. 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 memperlihatkan 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.

d. Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2% atau lebih tinggi dari pada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2% kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah.(Varney, Edisi 4 vol 2. 2007).

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml.(Sulistiyawati, Ari.2009).

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine.

Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (Haematokrit).

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan decompensatio cordis pada pasien dengan vitium cardio. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-5 hari post partum. (Varney. Edisi 4 vol 2 2007).

f. Perubahan Tanda Vital

1. 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 celsius, waspada terhadap infeksi post partum. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intra partum dan stabil dalam 24 jam.

2. 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.

3. 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.

4. 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, nafas pendek atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi – kondisi seperti kemungkinan ada tanda-tanda syok, kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru.(Ambarwati,dkk.2010)

g. 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.

h. 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. Stabilitasi 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 fisisoterap

i. Perubahan Psikologi Post Partum

1. Post Partum Blues

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

Berbagai penyebab telah diteliti termasuk lingkungan kelahirannya yang tidak mendukung, perubahan hormon yang cepat, atau keraguan terhadap peran baru. Ditambah lagi dengan gangguan tidur yang tidak dapat dihindari terutama oleh ibu baru. Tanda-tandanya antara lain Sangat emosional, Cemas, Semangat hilang, Khawatir, Mudah tersinggung, Sedih tanpa sebab, Menangis berulang kali, menarik diri, reaksi negatif terhadap bayi dan keluarganya. Kunci untuk mendukung wanita dalam periode ini yaitu dukungan yang konsisten dari keluarga dan pemberian perawatan, meyakini ibu bahwa dirinya pasti bisa, dan dukung serta tanggap dengan positif atas keberhasilannya dalam menjadi orang tua bayi.

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.

3. Respon dan dukungan dari keluarga dan teman

Dengan respon yang positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi terhadap perannya sehingga akan mudah bagi bidan untuk memberikan asuhan sehat.

4. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi.

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya tahu bahwa begitu beratnya harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalamannya untuk lebih dewasa.

5. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.

Walaupun bukan pengalaman pertama kalinya melahirkan, namun kebutuhan mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama.

6. Pengaruh budaya.

Adanya adat istiadat yang di anut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi. Apalagi adanya kesenjangan arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang di anut. Dalam hal ini bidan harus bijaksana dalam menyikapi namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan dengan melibatkan juga keluarga. 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:

○ Taking In

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

○ Taking Hold

- Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (misalnya eliminasi).
- 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.
 - o Letting Go
- Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- 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.
- Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum. (Sulistyawati,Ari. 2009)

5). Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

a. Gizi

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan

bayi. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung.

b. Sumber tenaga (energi)

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

c. Sumber Pembangun (Protein)

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

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

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

d. Ambulasi Dini

Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24 – 4 jam postpartum. Keuntungan early ambulation :

- a. Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kencing lebih baik.

c. Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan, dan lain – lain selama ibu masih dalam masa perawatan.

d. Eliminasi

1. Miksi

Disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien, mengompres air hangat di atas simpisis.

2. Defekasi

Biasanya 2 – 3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga (Ambarwati, 2010).

f. Kebersihan Diri

a. Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dapat dibersihkan secara rutin. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberi tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberi tahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini.

b. Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putingnsusu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.

c. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.

e. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam.

f. Istirahat

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

g. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3 – 4 minggu post partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh. Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri.

h. Latihan Senam Nifas

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

i. Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya.

Namun petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluraganya dengan mengajarkanpada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

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

6.Standart Asuhan Postnatal

Tabel 2.3: Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan Asuhan
1	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

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

Sumber : Sujiyatini (2010)

2.2 Manajemen varney

1) Pengertian

Asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisir pikiran serta tindakan berdasarkan teori

yang ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.(Varney, 1997)

2) Manajemen Hellen varney

1. Pengumpulan Data Dasar

- a. Riwayat Kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

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

2. Interpretasi Data Dasar

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

- a. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan (Muslihatin, 2009).

3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

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

4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

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

5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

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

6. Melaksanakan Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Soepardan, 2008).

7. Evaluasi

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

2.3 Penerapan Askeb

2.3.1 Kehamilan

1) Pengumpulan data dasar

1) Pengkajian

1. Subyektif

1). Identitas

Umur ibu : 16-35 thn

2) Keluhan TM 3:keputihan, sering buang air kecil,konstipasi, sesak nafas,nyeri pinggang.

3) Riwayat kebidanan

- Kunjungan

- a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (0-12 minggu).
- b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (13-28 minggu).
- c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (29-42 minggu)

4). Riwayat kehamilan sekarang

- a. Frekwensi pergerakan dalam priode 12 jam : 10 gerakan
- b. Riwayat obstetri yang lalu

Ibu memiliki anak < 4, anak terakhir umur lebih dari 2 tahun dan kurang dari 10 tahun, ibu tidak pernah gagal kehamilan, tidak ada penyulit dalam melahirkan sebelumnya, dan melahirkan sebelumnya secara vaginam. Tidak pernah melahirkan bayi kurang 2500 gram dan lebih dari 4000 gram.

5). Pola Kesehatan Fungsional

1. Pola nutrisi dan cairan

Nutrisi : makan 3x / hr dengan nasi 1 piring satu potong ayam goreng,tempe,telur, sayur- sayuran dan minum 6-8 gelas/hr dan susu 1 gelas/hr.

2. Pola eliminasi

Terjadi perubahan peristaltik dengan gejala konstipasi, sering BAK, Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga meyebabkan desakan pada kantong kemih.

3. Pola istirahat dan tidur

Tidur malam \pm 8 jam, tidur siang \pm 1-2 jam.

4. Pola kebersihan diri

Mandi 2-3 kali / hari, gosok gigi 2 kali / hari, keramas 1 minggu 2 kali, ganti baju dan celana dalam 3-4 kali / hari.

5. Pola hubungan seksual

Coitus disarankan untuk dihentikan bila :Sering abortus / prematur,Perdarahan vaginam, Pada minggu pertama kehamilan harus berhati-hati,bila ketuban sudah pecah.

6. Riwayat psiko-social-spiritual trimester III

- Ambivalen (kadang-kadang repson seorang wanita terhadap kehamilan bersifat mendua),Merasa cemas dan takut,merasa takut kehilangan (terpisah dari bayinya),gelisah menunggu hari kelahiran anak,mulai mempersiapkan segala sesuatu untuk calon anak,takut kelak tidak bisa merawat bayinya,merasa canggung, buruk dan memerlukan dukungan yang sering,depresi ringan (mungkin terjadi).

2. Obyektif

1). Pemeriksaan Umum

d) Tanda-tanda vital

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Nadi : 70-90 kali/menit. Pernafasan : 18-24 kali/menit. Suhu : 36,5-37,5 °C .

e) Antropometri

1. Berat badan: Kenaikkan BB trimester III :5,5 Kg, TB ibu > 145 cm,ukuran lila > 23,5 cm.

f) Pemeriksaan Fisik

- Pada wajah, tidak pucat,tidak oedem.
- Mamae kebersihan cukup, puting susu menonjol, colostrum sudah keluar
- Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi,
- Palpasi:

- Leopold I :Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting
- Leopold II :Teraba seperti papan, kertas, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.
- Leopold III :Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting
- Leopold IV :Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian

- TFU Mc. Donald

Usia Kehamilan 20 minggu tinggi fundus 20 cm (± 2 cm), usia kehamilan 22-27 minggu tinggi fundus yaitu Usia Kehamilan=cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 28 minggu tinggi fundus adalah 28 cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 29-35 minggu tinggi fundus adalah usia Kehamilan dalam minggu=cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm (± 2 cm).

TBJ/EFW : 2500- 4000 gram

- Auscultasi : DJJ frekuensi 120-160 x/menit interval teratur dan presentasi kepala, 2 jari kanan.
- Genetalia : labia tidak varises,tidak oedem.
- Ekstremitas : Tidak odema dan varises, kuku jari tidak pucat, acral hangat, reflek +.

g) Pemeriksaan Panggul

Distancia Spinarum : 24-26 cm. Distancia cristarum : crista iliaka kanan 28-30 cm. Conjugata eksterna : 18-20 cm. Lingkar panggul : 80-90 cm. Distancia tuberum : 10,5 cm.

h) Pemeriksaan penunjang

a. kadar Hb : 11 gr %

b. albumin dan reduksi : urine negative

2) Interpretasi data dasar

- Diagnosa : G...PAPIAH, UK TM III Anak Hidup atau mati, anak tunggal atau kembar, letak anak, anak intra uterin atau extra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita.
- Masalah : keputihan, sering buang air kecil, sesak nafas, nyeri pinggang.
- Kebutuhan :
 - Tingkatkan kebersihan mandi, memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap.
 - Perbanyak minum saat siang hari, batasi minum kopi, teh, soda.
 - Jelaskan penyebab fisiologinya, dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi, mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
 - Gunakan posisi tubuh yang baik, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

3) Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

5) Intervensi

- a. Membina hubungan percaya antara bidan dan ibu hamil.

- b. Mendeteksi masalah dan mengatasinya.
- c. Memberitahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan.
- d. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan.
- e. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat (cara sehat bagi ibu hamil, nutrisi dan tanda- tanda bahaya kehamilan).
- f. Memberikan tablet besi.
- g. Mendiskusikan persiapan kelahiran bayi.
- h. Kewaspadaan khusus terhadap preeklamsi.
- i. Deteksi letak janin dan kehamilan ganda.
- j. Menjadwalkan kunjungan berikutnya.

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

1. Subyektif

1) Keluhan utama

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 mnit),cairan lendir bercampur darah.

2) Riwayat persalinan yang dahulu

Dalam keadaan normal ibu dan riwayat kesehatan keluarga tidak pernah menderita penyakit atau penyulit seperti perdarahan, Paritas, Cervik yang kaku,umurnya penderita,interval antara persalinan,solutio placenta, placenta previa,besarnya anak.

2. Obyektif

2) Pemeriksaan Umum

- Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Nadi : 70-90 kali/menit. Pernafasan : 18-24 kali / menit. Suhu : 36,5-37,5 °C .
- Berat janin 2500- 4000 gram.

3) Pemeriksaan Fisik

- Muka : tidak odema, tidak pucat, dan cloasma gravidarum.
- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.
- Abdomen:hiperpigmentasi,linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae,kandung kemih kosong/penuh
- Palpasi :
 - Leopold I :Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting (bokong)
 - Leopold II :Teraba seperti papan, kertas, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin
 - Leopold III :Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting (kepala)
 - Leopold IV : kepala janin sudah masuk PAP (divergen)
- Auscultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur.
- Genetalia : pengeluaran lendir bercampur darah, pemeriksaan dalam servix lunak, mendatar, tipis, pembukaan, Keadaan ketuban utuh/sudah pecah, Presentasi teraba keras, bundar, melenting (kepala), Teraba kurang keras, kurang bundar, tidak melenting (bokong). Turunnya kepala H III teraba sebagian kecil dari kepala, Ada tidaknya caput dan bagian yang menumbung.

2) Interpretasi data dasar

- Diagnosa : Diagnose : GPAPIAH, usia kehamilan, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

Dengan Kala I fase laten/ aktif.

- Masalah: nyeri saat kontraksi.
- Kebutuhan: dukungan psikologis, asuhan sayang ibu, teknik pernapasan yang benar, kebutuhan nutrisi, eliminasi.

4) Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

5) Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

6) Intervensi

KALA I

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
2. Persiapan rujukan.
3. Berikan asuhan sayang ibu.
4. Ajari ibu bagaimana teknik pernapasan yang benar.
5. Penuhi kebutuhan nutrisi ibu.
6. Bantu ibu untuk eliminasi.
7. Observasi dengan partograf.
8. Observasi TTV dan kemajuan persalinan.

KALA II :

1. Kenali tanda dan gejala kala II (Doran, Teknua, Perjol, Vulka).

2. Pastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin kemudian memasukan spuit kedalam partus set.
3. Pakai celemek plastic
4. Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Pakai sarung tangan DTT/steril pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukan oksitosin 10 unit kedalam spuit yang telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set
7. Bersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon
8. Lakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap
9. Dekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Periksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal
11. Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman .
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Lakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan memberi cukup cairan.
14. Anjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.

15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
19. Lindungi perineum dengan tangan kanan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Periksa kemungkinan ada lilitan tali pusat
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Pegang secara bipariental dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Telusuri dan memegang lengan, siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan jari telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dengan ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.
25. Nilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.
26. Keringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

KALA III :

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.
29. Suntikan oksitosin 10 unit secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
30. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama.
31. Gunting tali pusat yang telah di jepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi) pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut, ikat tali pusat.
32. Berikan bayi pada ibunya, menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD)
33. Ganti handuk yang basah dengan kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain merengangkan tali pusat.
36. Lakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain mendorong kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).

38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta searah jarum jam hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian dilahirkan, tempatkan pada tempat yang telah disediakan.
39. Letakan telapak tangan difundus dan melakukan msase selama 15 detik, dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir.
40. Periksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal.

Maternal = selaput utuh, kotiledon dan lengkap.

Fetal = Diameter 15-20cm , tebal 2-3 cm, berat 500 gr

KALA IV:

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
42. Pastikan uterus berkontraksi degan baik dan tidak terjadi perdarahan.
43. Biarkan bayi diatas perut ibu.
44. Timbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetrasiiklin 1%), berikan injeksi Vit.K (paha kiri)
45. Berikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit.k)
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - setiap 2-3 kali pada 15 menit pertama post partum
 - setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
 - setiap 30 menit pada 1 jam kedua post partum.
47. Ajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
48. Evaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.

49. Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15menit pada 1 jam pertama post partum dan setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.
50. Periksa pernafasan da temperature tubuh ibu setiap 1 jam sekali selama 2 jam post partum
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk mendekontaminasi (rendam 10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekotaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang sudah terkontamnasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lender dan darah.
54. Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan asi menganjurkan keluarga untuk memberi minum dan makanan yang diinginkan ibu, mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan rendam selama 10 menit.
57. Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
58. Lengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV.

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian

1. Subyektif

1) Keluhan Utama

Nyeri setelah lahir (after pain), pembesaran payudara, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid.

2) Pola kebiasaan sehari-hari

1. Pola Nutrisi : Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.
2. Pola Eliminasi : Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama, urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum, kembali normal dalam 6 minggu.
3. Pola Istirahat : Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan, tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur, Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan.
4. Mobilisasi : Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24 – 4 jam postpartum.
5. Miksi : normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam.
6. Defekasi : Biasanya 2 – 3 hari post partum masih sulit buang air besar, agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga.
7. Kebersihan diri : perineum dibersihkan secara rutin. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal, mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.
8. Perawatan Payudara (mammas) : Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.

9. Istirahat : melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga, dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari malam dan siang.
10. Seksual : apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3 – 4 minggu post partum.

2.Obyektif

1) Pemeriksaan fisik

- a. Mata : conjungtiva merah muda, penglihatan normal.
- b. Mamae: hiperpigmentasi, puting susu menonjol
- c. Abdomen : UC keras dan baik, TFU sesuai hari nifas.

Uri lahir 2 jari bawah pusat, 1 minggu Pertengahan pusat symphysis, 2 minggu Tidak teraba atas symphysis, 6 minggu Bertambah kecil, 8 minggu Sebesar normal.

- d. Genetalia : selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini tetap 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.

Perubahan Lochea pada masa nifas:

- Rubra 1-3 hari Merah kehitaman
- Sanguilenta 3-7 hari Putih bercampur merah / merah kecoklatan
- Serosa 7- 14 hari Kekuningan/kecoklatan

- Alba > 14 hari Putih.

e. Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan.

2). Interpretasi data dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH Post partumjam/hari ke.....
- b. Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid.
- c. Kebutuhan : HE nutrisi, HE personal hygiene, HE mobilisasi, perawatan payudara, istirahat, senam nifas.

3). Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

4). Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

5). Intervensi

- 6-8 jam post partum
 - a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
 - c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
 - d. Pemberian asi awal.
 - e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
 - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
- 6 hari post partum dan 2 minggu post partum

- a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau.
 - b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan)
 - c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - e. Memberikan konsling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.
- 6 minggu post partum
 - a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dia alami atau bayinya.
 - b. Memberikan konsling KB secara dini.