

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan(Manuaba, 1998).

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

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum, periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal (Varney, 2007).

2. Perubahan fisik dan psikologis dalam masa kehamilan

1) Perubahan fisiologis Selama kehamilan

a) Hormon yang mempengaruhi perubahan fisiologis ibu hamil

a. Estrogen

Menyebabkan pertumbuhan baik ukuran maupun jumlah sel.

b. Progesteron

Peningkatan sekresi, mengendurkan (relaksasi) otot-otot polos.

b) Perubahan pada Sistem Reproduksi

a. Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperlasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena penyimpangan kehamilan seperti kehamilan kembar, kehamilan mola hidrotidosa, kehamilan dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar (Manuaba, 2010).

b. Dinding perut (abdominal wall)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit, maka timbulah striae gravidium. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya disebut linea nigra.

c. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan pemberian ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone, dan somatomamotrofin (Manuaba, 2010).

2) Perubahan pada organ dan system lainnya

1. Sistem sirkulasi darah

- a. Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi), dengan puncak pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25 sampai 30 % sedangkan sel darah bertambah sekitar 20 %. Peningkatan volume darah pada akhir tekanan diastolik (Trimester II, awal Trimester III).
- b. Kadar Hb ibu hamil
 - a) Hb 11 gr% : tidak anemia
 - b) 9 – 10 gr% : anemia ringan
 - c) 7 – 8 gr% : anemia sedang
 - d) < 7 gr% : anemia berat
 - e) Hb : Trimester III : 11-14 gr% (Tarwoto, 2007)

2. Sistem pernafasan

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O₂. Di samping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari biasanya (Varney, 2008).

3. Sistem pencernaan

Estrogen dan HCG meningkat, dengan efek samping mual dan muntah-muntah. Selain itu, terjadi perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar atau perasaan ingin

makan terus (mengidam), juga peningkatan asam lambung. Pada keadaan patologik tertentu, terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (*hiperemesis gravidarum*).

Saliva meningkat, dan pada trimester pertama, mengeluh mual muntah. Reabsorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (*morning sickness*) (Varney, 2008).

4. Perubahan Tulang dan Gigi

- a. Persendian panggul terasa agak longgar, karena ligamen melunak juga terjadi sedikit pelebaran pada riang persendian.
- b. Apabila pemberian makan tidak memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium internal pada tulang-tulang panjang akan berkurang untuk memenuhi kebutuhan ini.

5. Traktus urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering kencing, desakan tersebut menyebabkan kandung kencing cepat penuh. Persediaan air seni bertambah 69-70%.

6. Perubahan pada kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *Melanophore Stimulating Hormon lobus hipofisis anterior* dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada *striae gravidarum livide* atau *alba*, *areola mammae*,

papilla mammae, linea nigra, cloasma gravidarum. Setelah persalinan, hiperpigmentasi akan menghilang (Varney, 2008).

7. Berat badan ibu hamil

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar ½ kg/minggu.

8. Perubahan Metabolisme

a. Metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trisemester ketiga.

b. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan disebabkan hemodulasi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.

c. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Perkembangan organ kehamilan dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar ½ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.

d. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.

e. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil :

a) Kalsium 1,5 gram setiap hari 30-40 gram untuk pembentukan tulang janin

b) Fosfor, rata-rata gram dalam sehari

c) Zat besi 800 mgr atau 30 sampai 50 mgr sehari

d) Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air. (Manuaba, 1998)

3) Perubahan Psikologis Dalam Kehamilan

Trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Sejumlah ketakutan muncul, wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain lebih lanjut dan lebih menutup diri karena perasaan rentannya.

Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. Alternatif posisi dalam berhubungan seksual dan metode alternative untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau dapat menimbulkan perasaan bersalah jika wanita merasa tidak nyaman dengan cara- cara tersebut. Berbagi perasaan secara jujur dengan pasangan dan konsultasi menjadi sangat penting. (Varney, 2007)

3. Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan

1) Perdarahan

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

2) Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelum kehamilan) dengan preeklamsia.

3) Nyeri hebat di daerah abdominal pelvikum

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

4) Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai

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

5) Asuhan berkala asuhan antenatal

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan normal, jumlah kunjungan cukup empat kali satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan II kali pada trimester III. Dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya sebaiknya dilakukan pencatatan:

- a. Keluhan yang dirasakan ibu hamil.
- b. Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
- c. Menilai kesejahteraan janin (Prawirohardjo, 2008)

1) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik harus dilakukan secara menyeluruh karena terjadi perubahan akibat kehamilan, yang bersumber dari perubahan hormonal. Perubahan sistem hormonal ini dapat memperberat penyakit ibu yang diderita sebelumnya hingga saling mempengaruhi antara kehamilan dan penyakitnya.

Pemeriksaan fisik ibu hamil dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Pemeriksaan fisik umum

Tujuan pemeriksaan fisik umum adalah:

- a. Menilai keadaan umum yang dapat mendukung kehamilan atau sebaliknya sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan.
- b. Mencari tanda-tanda perubahan fisik ibu hamil yang dapat mendukung diagnosis kehamilan.
- c. Mencari kemungkinan penyakit yang telah dideritanya atau terselubung sehingga dapat ditegakkan diagnosis dini dan pengobatan.

- d. Melakukan pemeriksaan penunjang khususnya laboratorium untuk menilai kesehatan umum ibu hamil untuk menegakkan diagnosis penyakit yang diderita.

2. Pemeriksaan fisik khusus kehamilan

Tujuan pemeriksaan adalah:

- a. Untuk memastikan telah terjadi kehamilan.
- b. Untuk memastikan apakah kehamilannya intrauteri.
- c. Untuk memastikan apakah kehamilannya tunggal atau ganda.
- d. Untuk memastikan apakah kehamilannya tergolong berisiko rendah, meragukan atau berisiko tinggi.
- e. Bagaimana sikap masing-masing untuk menghadapi keadaan itu.
- f. Untuk menentukan keadaan janin dan ibu saat ini.
- g. Untuk menentukan apakah perlu diberikan pengobatan terhadap penyakit yang diderita ibu.
- h. Untuk menentukan apakah saat ini diperlukan intervensi medis.

(Manuaba, 2010).

2) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah:

Tabel 2.1 Tabel Pemeriksaan Panggul

Ukurannya	Definisi	Keterangan
Distansia spinarum	- Jarak antara kedua spina anterior superior kanan atau kiri	- Sekitar 24-26 cm
Distansia kristarum	- Jarak terpanjang antara kedua krista iliaka kanan dan kiri	- Antara 28-30 cm - Kurang 2-3 cm dari ukuran normal kemungkinan panggul patologis
Distansia oblikua	- Jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina	- Merupakan ukuran silang - Untuk menentukan apakah

eksterna	iliaka anterior superior sinistra - Jarak spina iliaka anterior superior dekstra dan spina iliaka interior superior sinistra	panggul simetris atau tidak
----------	---	-----------------------------

4. Masalah Pada Trimester III

1) Nyeri punggung bagian atas

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

Cara mengatasi:

Metode untuk mengurangi nyeri ini ialah dengan menggunakan bra yang berukuran sesuai ukuran payudara. Dengan mengurangi mobilitas payudara, bra penyokong yang berukuran tepat juga mengurangi ketidaknyamanan akibat nyeri tekan pada payudara yang timbul karena pembesaran payudara (Varney, 2008)

2) Peningkatan frekuensi berkemih

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

Cara mengatasi :

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

3) Nyeri uluh hati

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

Cara mengatasi:

- a. Makan dalam porsi kecil, tetapi sering, untuk menghindari lambung menjadi penuh.
- b. Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar pada bagian lambung.
- c. Regangkan lengan melampau kepala untuk memberi ruang bagi perut untuk berfungsi.
- d. Hindari makan yang berlemak karena lemak dapat mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang di butuhkan untuk penvernan.
- e. Hindari minum yang bersamaan dengan makankarena cairan cenderung menghambat asam lambung, diet makanan kering tanpa roti – rotian dapat membantu.
- f. Hindari makanan dingin
- g. Hindari makan pedas atau makan lain yang dapat mempengaruhi pencernaan (Varney, 2008).

4) Konstipasi

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

Cara mengatasi:

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

5) Hemoroid

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

Cara mengatasi :

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

6) Kram tungkai

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

Cara mengatasi:

- a. Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor
- b. Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari

- c. Dorong wanita untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah.
- d. Minta untuk meluruskan kakinya dan menekan tumitnya (Varney, 2008).

7) Edema dependen

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

Cara mengatasi:

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

8) Insomnia

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

Cara mengatasi :

- a. Mandi dengan air hangat
- b. Minum air hangat
- c. Lakukan aktifitas yang baik menimbulkan stimulus sebelum tidur
- d. Ambil posisi relaksasi (Varney, 2008)

9) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral, dan juga disebabkan oleh oterus yang membesar dan berakibat tubuh menjadi kordosis

Cara mengatasi

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

10) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesterone selama kehamilan diduga memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan karbon dioksida dan meningkatkan oksigen. Peningkatan kadar oksigen dapat menguntungkan bagi janin. Sesak nafas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang dialami pada trimester tiga. Selama periode ini uterus terus membesar dan dapat berakibat menekan pada diafragma.

Cara mengatasi:

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

11) His palsu

Kontraksi palsu atau kontraksibraxton hicks merupakan kondisi menegangnya otot – otot Rahim yang membuat otot – otot perut ikut mengencang bahkan terasa jika di sentuh. Kondisi tersebut di ikuti dengan perasaan nyeri pada perut yang kemudian menjalar ke tubuh bagian bawah. Biasanya kondisi ini hanya berlangsung selama 1 – 2 menit saja.

Persalinan palsu dapat terjadi selama berhari – hari atau secara intermiten bahkan tiga atau empat minggu sebelum awitan persalinan sejati (Varney, 2008).

Cara Mengatasi :

Lakukan olahraga ringan seperti jalan – jalan setiap pagi. Kurangi pekerjaan yang berat – berat yang dapat memicu adanya his palsu tersebut. Mandi dengan air hangat sebab dengan mandi air hangat maka otot – otot akan menjadi relax. Konsumsi susu hangat atau the hangat sebab minuman yang hangat dapat menurunkan tingkat stress dan menjadikan pikiran dan badan relax (Sarwono, 2008).

5. Konseling Trimester III

- 1) Mempersiapkan persalinan dan kemungkinan darurat
 - a. Tentukan normal tidaknya kondisi kehamilan dari data yang di peroleh.
 - b. Bedakan antara ketidaknyamanan yang umum dialami pada saat hamil dan komplikasi yang mungkin terjadi

- c. Identifikasi tanda dan gejala penyimpangan yang mungkin dari kondisi yang normal atau komplikasi.
- d. Penentuan kebutuhan untuk mengatasi ketidaknyamanan atau upaya terapi lain.
- e. Penentuan kebutuhan untuk member konseling khusus atau panduan antisipasi
- f. Penjadwalan kunjungan ulang berikutnya, kunjungan ulang bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan biasanya di jadwalkan antara minggu ke 36 hingga persalinan, dilakukan setiap minggu.

(Varney, 2007)

- 2) Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan
 - a. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
 - b. Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
 - c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
 - d. Pada pemeriksaan dalam: servik mendatar dan pembukaan telah ada (Mochtar, 1998).

3) Pelayanan standart, yaitu 7 T.

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

- 1. Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua.

2. Ukur Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan proteinuria).

(Kementrian kesehatan RI, 2012)

3. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

(Kementrian kesehatan RI, 2012)

4. Skrining Status Imunisasi Tetanus (T5) dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Bila Diperlukan.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil

minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT *long life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. (Kementerian Kesehatan RI, 2012)

Tabel 2.2 Pemberian Imunisasi TT

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

(Depkes, 2009)

5. Beri Tablet Darah (T4)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. (Kementerian Kesehatan RI, 2012)

6. Tes terhadap penyakit menular seksual (PMS) (T6)

7. Temu wicara dalam rangkah persiapan rujukan.(T7)

Apabila suatu daerah tidak mampu melaksanakan 14 T sesuai kebijakan dapat dilakukan standar minimal pelayanan ANC yaitu 7T (Prawiroharjo, 2002)

1.1.2 Persalinan

1. Definisi Persalinan

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

Sedangkan persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2007).

2. Sebab-sebab Persalinan

1) Teori Keregangan

- a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu
- b. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai (Manuaba, 1998)

2) Teori penurunan progesterone

Proses pematangan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Manuaba, 1998)

3) Teori Oksitosin internal

- a. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi baraxton hicks.

- b. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai (Manuaba,1998).

4)Teori Prostaglandin

- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
- b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan.
- c. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan (Manuaba,1998).

5)Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Superarenalis

- a. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin 1973
- b. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan.
- c. Dapat disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan.
- d. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan. (Manuaba,1998).

3. Tanda-Tanda Persalinan

Dengan penurunan hormon progesterone menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot Rahim menyebabkan :

1. Lightening atau turunnya kepala memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak di bagian bawah, di atas simfisis pubis dan sering ingin kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
2. Perut lebih melebar karena fundus uteri turun.
3. Perasaan sakit didaerah pinggang karena kontraksi ringan otot Rahim dan tertekannya pleksus Frankenhauser yang terletak disekitar serviks.
4. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot Rahim.
5. Terjadi pengeluaran lendir. (Manuaba, 2010).

4. Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

Pada setiap persalinan harus diperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Tiga faktor utama yang menentukan prognosis paersalinan adalah passage (jalan lahir), power (kekuatan), Passanger (janin) dan ada dua faktor lain yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu penolong dan psikologis (Rukiyah, 2009).

1) Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku. Oleh karna itu ukuran dan

bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

Bidang/pintu panggul :

- a. Pintu Atas Panggul (PAP): promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis. Disebut juga inlet.
- b. Ruang tengah panggul (RTP): kira - kira pada spina ischiadica. Disebut juga midlet.
- c. Pintu Bawah Panggul (PBP): symphysis dan arcus pubis. Disebut juga outlet (Nurhakim, 2009).

Untuk menentukan seberapa jauh bagian terdepan janin turun turun ke dasar panggul, Hodge menentukan bidang penurunan sebagai berikut. (Manuaba, 1998) Bagian-bagian tersebut diantaranya yaitu :

- a. Hodge I : bidang yang sama dengan pintu atas panggul
- b. Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
- c. Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.
- d. Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis (Manuaba, 1998).

2) Power (kekuatan)

- a. Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.

- b. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.
- c. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.
- d. His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah.
- e. His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan.
- f. Kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena hypotonic atau atonia uteri dan hypertonic atau tetania uteri (Manuaba, 2010).

3) Passanger (janin)

- a. Passanger terdiri dari janin dan plasenta.
- b. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala.
- c. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang (Manuaba, 2010).

4) Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendekontaminasian alat bekas pakai (Rukiyah, 2009).

5) Psikologis

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu mamperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung, dukungan tersebut dapat berupa membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, menciptakan kamar bersalin yang nyaman, memberikan sentuhan, berada disisi pasien, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien (Sumanah, 2008).

5. Perubahan Fisiologi Selama Persalinan

a. Tekanan Darah

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 ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi ibu dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari.

b. 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.

c. Suhu

Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Kenaikan suhu dianggap normal asal tidak lebih dari 0,5 sampai 1 °C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun, bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan pengecekan, antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.

d. Denyut Nadi (Frekuensi Jantung)

Perubahan yang mencolok selama puncak-puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut jantung diantar kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan. Sedikit peningkatan

frekuensi denyut jantung merupakan keadaan yang normal. Meskipun dianggap normal, perlu pengecekan parameter lain untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya infeksi.

e. Pernafasan

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

f. 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.

g. 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 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 atau komplikasi.

h. Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm/100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum, apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala I persalinan sebesar 5000-15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap tidak ada peningkatan lebih lanjut. Gula darah menurun selama persalinan dan akan menurun drastis pada persalinan yang lama, kemungkinan akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka. (Varney, 2007)

6. Perubahan Psikologis

a) Fase Laten

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. Fase Aktif

b) Fase aktif

Seiring persalinan melalui fase aktif, ketakutan ibu meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering.

c) 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).

7. Tahapan Persalinan (Kala I, II, III, IV)

1) 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).

- a) 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).
- b) 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 lagi, 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 (Prawirohardjo, 2007).

Fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, fase deselerasi terjadi lebih pendek (Prawirohardjo, 2007).

2) Kala II Persalinan (Pengeluaran)

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). Gejala utama kala II adalah

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhouser.
- d. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, sub occiput bertindak sebagai hipomoclon berturut turut lahir ubun ubun besar, dahi, hidung, muka, dan kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.

- f. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong.
- g. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3) Kala III Persalinan (Pelepasan Uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (JNPK-KR/POGI, 2008). Adapun menurut Manuaba kala III yaitu setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. 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).

4) Kala IV Persalinan (Observasi)

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.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

1. Tingkat kesadaran penderita.
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya perdarahan.

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 cc sampai 500 cc (Manuaba,1998).

Tabel 2.3 Lamanya persalinan pada primi dan multi adalah

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

(Mochtar R, 1998 : 97)

1.1.3 Nifas

1. Definisi Nifas/ Puerperium

Masa puerperium atau masa nifas merupakan waktu yang di perlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan normal. Dijumpai dua hal kejadian penting pada puerperium, yaitu involusi uterus dan proses laktasi (Manuaba,1998)

Masa nifas (Puerpenium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Saifuddin, 2007).

2. Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan-tahapan masa nifas (post partum/puerperium) dibagi dalam 3 periode :

- a. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Ambarwati, 2008).

3. Perubahan Fisiologis masa nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

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

- a. Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:
 - a) Bayi lahir: Setinggi pusat – 1.000gr

- b) Uri lahir: 2 jari di bawah pusat – 750 gr
 - c) 1 minggu: Pertengahan pusat symphysis – 500 gr
 - d) 2 minggu: Tak teraba diatas symphysis – 350 gr
 - e) 6 minggu: Bertambah kecil – 50 gr
 - f) 8 minggu: Sebesar normal – 30 gr
- b. 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.
- c. Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam – macam Lochia dalam referensi Prawirohardjo (2007):
- a) Lochia rubra (Cruenta): berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari post partum.
 - b) Lochia Sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3–7 post partum.
 - c) Lochia serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 - 14 post partum
 - d) Lochia alba : cairan putih, setelah 2 minggu
 - e) Lochia purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- d. Perubahan Pada Vulva, Vagina selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari

persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

2) Perubahan Sistem Pencernaan

sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol 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.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

4) Perubahan Sistem Hematologi

Leukositosis, dengan peningkatan hitung sel darah putih hingga 15.000 atau lebih selama persalinan, dilanjutkan dengan peningkatan sel darah putih selama dua hari pertama pascapartum (Varney, 2007).

5) 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 estrogen 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 (Sulistyawati, 2009)

6) Perubahan Tanda-Tanda Vital

a. Suhu badan

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2 °C-37,5 °C.

b. Nadi

Denyut nadi akan melambat sampai sekitar 60 x/menit, yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh.

c. Tekanan darah

Tekanan Darah <140/90 mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum.

d. Respirasi

Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal (Suherni, 2009)

7) Perubahan Psikologis

1. Tahap I : taking in

- a. Periode ketegangan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan.
- b. Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri.
- c. Ibu mudah tersinggung, menjadi pasif terhadap lingkungan.

d. Sering menceritakan tentang pengalaman melahirkan secara berulang-ulang.

2. Tahap II : taking hold

a. Hari ke 3-10 hari.

b. Merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab merawat bayinya.

c. Perawatan sangat sensitive, mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

d. Memerlukan dukungan yang lebih dari suami dan keluarga untuk menerima penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya.

3. Tahap III : letting go

a. Menerima tanggung jawab dan peran barunya menjadi Ibu 10 hari setelah melahirkan.

b. Sudah mulai menyesuaikan diri ketergantungan bayinya.

c. Mempunyai keinginan untuk merawat diri dan bayinya sendiri.

4. Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas

1) Kebutuhan gizi dan menyusui

a. Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.

b. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin.

c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.

d. Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas.

e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI.

2) Ambulasi dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- a. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara perawatan bayi. Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam ke jam sampai hitungan hari.

3) Eliminasi

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

Dalam hal ini bidan harus dapat menyakinkan pasien untuk tidak takut buang air kecil maupun buang air besar, karena ibu mampu menahan rasa sakit pada luka jalan lahir bila terkena air kencing, dan buang air besar tidak menambah parah luka jalan lahir.

4) Kebersihan diri

Beberapa langkah penting dalam perawatan diri ibu post partum, antara lain:

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi.
- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.
- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluanya.

5) Istirahat

Ibu post partum sngat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga di sarankan untuk memberikan kesempatan pada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti..bila istrahan ibu kurang dapat mengakibatkan beberapa hal diantaranya dapat mengurangi ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbnyak pendarahan, serta dapat menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

6) Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu ddarah merah berhenti dan ibu dapat memasukan 1-2 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

7) Latihan atau senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas di lakukan sejak awal mungkin dengan cacatan ibu menjalani

persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum. (Sulistyawati, 2009)

5. Tanda Bahaya Nifas

a) Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

- (1) Setelah anak dan plasenta lahir
- (2) Perkiraan perdarahan – kadang bercampur amnion, urine, darah.
- (3) Akibat kehilangan darah bervariasi – anemia
- (4) Perdarahan dapat terjadi lambat – waspada terhadap shock

b) Infeksi nifas

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

Faktor Predisposisi Infeksi Nifas

- (1) Partus lama
- (2) Tindakan operasi persalinan
- (3) Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah.
- (4) Perdarahan ante partum dan post partum
- (5) Anemia
- (6) Ibu hamil dengan infeksi (endogen)
- (7) Manipulasi penolong (eksogen)
- (8) Infeksi nosokomial
- (9) Bakteri colli

c) Demam Nifas / Febris Purpuralis

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

Faktor Predisposisi

- (1) Pertolongan persalinan kurang steril
- (2) KPP
- (3) Partus lama
- (4) Malnutrisi
- (5) Anemia

d) Bendungan ASI

- (1) Suhu tidak > 38° C
- (2) Terjadi minggu pertama PP
- (3) Nyeri tekan pada payudara

e) Mastitis

Peradangan pada mammae.

Kuman masuk melalui luka pada puting susu.

- (1) Suhu tidak > 38° C
- (2) Terjadi minggu ke dua PP
- (3) Bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan (Sulistiyawati, 2009)

6. Program dan Kebijakan Tehnis

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi dalam masa nifas (Ambarwati, 2008).

1) Kunjungan I : Asuhan 6-8 jam setelah melahirkan

2) Kunjungan II : Asuhan 6 hari setelah melahirkan

3) Kunjungan III : Asuhan 2 minggu setelah persalinan

4) Kunjungan IV : Asuhan 6 minggu setelah persalinan. (Ambarwati, 2008).

Tabel 2.4 Jadwal kunjungan masa nifas :

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8jam post partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal. 5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. 7. 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	<ol style="list-style-type: none"> 8. Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. 9. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. 10. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. 11. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.

		<p>12. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p> <p>13. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</p>
III	2 minggu post partum	14. Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	<p>15. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</p> <p>16. Memberikan konseling KB secara dini.</p>

(Suherni, 2009).

2.2 Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varneys

2.2.1 Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah. Penemuan – penemuan keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney.1997).

2.2.2 Cara pengumpulan data dasar untuk pengevaluasi keadaan pasien dengan menggunakan 7 langkah Varney adalah:

1. Langkah pertama adalah pengumpulan dan analisa data dasar
 - a. Pengumpulan dan analisa data dasar (pengkajian) merupakan langkah awal dari manajemen kebidanan. Pengumpulan data dasar untuk menilai kondisi klien. Yang termasuk data dasar : riwayat kesehatan klien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan atas indikasi tertentu, catatan riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang serta hasil pemeriksaan laboratorium.
 - b. Semua data harus memberikan informasi yang saling berhubungan (relevan) dan menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya, data-data yang perlu dikumpulkan dalam kasus abortus inkomplit adalah amenore, sakit perut, perdarahan yang bisa sedikit atau banyak, dan biasanya berupa stolsel (darah beku), sudah ada keluar fetus atau jaringan, pada abortus yang sudah lama terjadi atau pada abortus provokatus yang dilakukan oleh orang yang tidak ahli sering terjadi infeksi. Pada pemeriksaan dalam (VT) untuk abortus yang baru

terjadi didapati serviks terbuka, kadang-kadang dapat diraba sisa-sisa jaringan dalam kanalis servikalis atau cavum uteri, serta yang berukuran lebih dari biasanya.

2. Langkah kedua adalah identifikasi diagnosa/masalah aktual
 - a. Menginterpretasikan data secara fisik kedalam rumusan diagnosa dan masalah kebidanan. Kata masalah dan diagnosa digunakan kedua-duanya dan mempunyai pengertian yang berbeda-beda. Masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosa, tetapi memerlukan suatu pengembangan rencana keperawatan secara menyeluruh pada klien. Masalah lebih sering berhubungan dengan bagaimana klien menguraikan keadaan yang dirasakan, sedangkan diagnosa lebih sering didefinisikan oleh bidan yang difokuskan pada apa yang dialami oleh klien.
3. Langkah ketiga adalah identifikasi diagnosa/masalah potensial
 - a. Dari kumpulan masalah dan diagnosa, identifikasi faktor-faktor potensial yang memerlukan antisipasi segera, tindakan pencegahan jika memungkinkan atau waspada sambil menunggu mempersiapkan pelayanan segala sesuatu yang mungkin terjadi.
4. Langkah keempat adalah evaluasi perlunya tindakan segera (emergency dan konsultasi).
 - a. Proses manajemen kebidanan dilakukan secara terus menerus selama klien dalam perawatan bidan. Proses terus menerus ini menghasilkan data baru segera dinilai. Beberapa data menunjukkan adanya suatu situasi yang menuntut tindakan segera selagi

menunggu instruksi dari dokter seperti prolapsus tali pusat. Situasi lain yang bukan merupakan keadaan darurat tetapi boleh memerlukan konsultasi dokter atau manajemen kolaborasi.

5. Langkah kelima adalah perencanaan asuhan kebidanan
 - a. Dikembangkan berdasarkan intervensi saat sekarang dan antisipasi diagnosa dan problem serta meliputi data-data tambahan setelah data dasar. Rencana tindakan komprehensif bukan hanya meliputi kondisi klien serta hubungannya dengan masalah yang dialami klien, akan tetapi meliputi antisipasi dengan bimbingan terhadap klien serta konseling, bila perlu mengenai ekonomi, agama, budaya, ataupun masalah psikologis. Rencana tindakan harus disetujui klien. Oleh sebab itu harus didiskusikan dengan klien, semua tindakan yang diambil berdasarkan rasional yang relevan dan diakui kebenarannya serta situasi dan kondisi tindakan harus dianalisa secara teoritis.
6. Langkah keenam pelaksanaan asuhan kebidanan
 - a. Melaksanakan rencana tindakan secara efisien dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan seluruhnya oleh bidan ataupun bekerjasama dengan tim kesehatan lain. Jika seorang bidan tidak melakukan tindakan sendiri, maka ia menerima tanggung jawab mengurus pelaksanaannya. Dalam situasi dimana bidan melakukan tindakan kolaborasi dengan seorang dokter, dan masih tetap terlibat didalam penatalaksanaan perawatan secara menyeluruh bagi klien.

7. Langkah ketujuh evaluasi hasil tindakan asuhan kebidanan
 - a. Mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien. Pada tahap evaluasi ini bidan harus melakukan pengamatan dan observasi terhadap masalah yang dihadapi oleh klien, apakah masalah diatasi seluruhnya, sebagian telah dipecahkan atau mungkin timbul masalah baru.
 - b. Selain terhadap permasalahan klien, bidan juga harus mengenal apakah rencana yang telah ditetapkan dapat dilakukan dengan baik, apakah perlu disusun kembali rencana intervensi yang lain sehingga masalah dapat dipecahkan dengan cepat.
 - c. Pada prinsipnya tahap evaluasi adalah pengkajian kembali terhadap klien untuk menjawab pertanyaan seberapa jauh tercapainya rencana yang dilakukan.(Varney, 1997)

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian Data Fokus

1. Data Subjektif

Usia 16-35, < 16 tahun alat reproduksi belum siap dan > 35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya persalinan prematur.

Keluhan utama Sering buang air kecil, sulit buang air besar, sesak nafas , nyeri punggung, pusing, varices pada vulva/kaki, kram pada kaki.

(1) Riwayat kehamilan sekarang

a. Pergerakan anak pertama kali minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir.

b. Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir 10 gerakan dalam 12 jam

(2) Pola fungsi kesehatan

Kebutuhan nutrisi yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 3 - 4x/hari (2800 kkal, protein 38 gram, kalsium 1,5 gram, zat besi 30 mg), Minum : 8-9 gelas/hari.

Eliminasi pada ibu hamil dengan ciri – ciri rata – rata dalam satu hari 1-2 liter, tapi berbeda – beda sesuai dengan cairan yang masuk. Warnanya bening orange tanpa ada endapan, Baunya tajam, tidak ada nyeri berlebihan saat berkemih.

Kebutuhan istirahat/tidur malam pada ibu hamil adalah 8 jam), pola istirahat ibu hamil misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang.

Pola aktivitas yang harus dihindari yaitu aktivitas yang meningkatkan stres, berdiri terlalu lama, mengangkat sesuatu yang berat, paparan dengan radiasi.

Hubungan seksual diperbolehkan sampai akhir kehamilan.

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan tidak merokok, tidak alcohol, tidak memakai narkoba, tidak minum obat – obatan, tidak minum jamu, tidak memelihara binatang peliharaan.

(3) Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita :

Tidak ada

(4) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Tidak ada

(5) Riwayat psiko-social-spiritual

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

2. Data Objektif

(1) Antropometri

b. Berat Badan : Trimester III : naik 0,5kg/minggu. Total dari TM I-III :
15-16 kg.

c. Tinggi Badan : > 145 cm pada ibu hamil yang memiliki tinggi <145 cm perlu diwaspadai adanya panggul sempit karena dapat mengalami kesulitan dalam melahirkan.

d. Lingkar Lengan Atas : $> 23,5$ cm, seseorang dikatakan menderita resiko KEK bilamana lila $< 23,5$.

(1) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a) Wajah : Simetris, tidak oedem, tidak ada nyeri tekan

b) Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda

c) Leher : tidak ada bendungan pada kelenjar limfe dan vena jugularis.

d) Mamae: simetris, kebersihan cukup, puting susu menonjol, kolostrum sudah / belum keluar, tidak ada nyeri tekan, tidak oedem.

e) Abdomen : simetris, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi.

a. Palpasi Leopold I : Pada fundus teraba lunak tidak melenting

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
2 jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

b. Palpasi Leopold II : Teraba keras seperti papan di bagian kanan/kiri perut ibu, teraba bagian terkecil di sebelah kanan/kiri perut ibu.

c. Palpasi Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bundar, melenting.

d. Palpasi Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP/divergen

f) Genetalia : tidak oedema pada vulva atau varises pada vagina, personal hygiene baik

g) Ekstremitas

Atas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada gangguan pergerakan, tidak ada nyeri tekan.

Bawah : simetris, tidak ada oedema, tidak ada gangguan pergerakan, tidak ada varises, reflek patella +/-.

(2) Pemeriksaan Panggul

- (a) Distansia spinarum (23 – 26 cm)
- (b) Distansia kristarum (26 – 29 cm)
- (c) Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm)
- (d) Distansia tuberum (10 – 11 cm)
- (e) Lingkar panggul (80 – 90 cm).

(3) Pemeriksaan Laboratorium

1. Darah :

Hb : Trimester III : 11,0-12,2 gr% (Medforth, 2011)

2. Urine

Reduksi : negatif

Albumine : negatif

(4) Pemeriksaan Ultrasonografi

Berkolaborasi dengan dr.SpOG untuk mengevaluasi pertumbuhan janin.

(Wheeler, 2004)

2) Interpretasi data dasar

Adapun diagnosa, masalah, kebutuhan yang dapat ditimbulkan dari kehamilan adalah :

1. Diagnosa :

G...(PAPIAH), uk 37-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan janin baik.umum ibu dan.

2. Masalah : Sering buang air kecil, Keputihan, Sakit punggung atas dan bawah, Insomnia, konstipasi, cemas
3. Kebutuhan : HE aktivitas, istirahat, nutrisi, hygiene.

3) Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Tidak ada

4) Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tidak ada

5) Merencanakan asuhan yang menyeluruh

1. Tentukan normal tidaknya kondisi kehamilan dari data yang di peroleh.
2. Bedakan antara ketidaknyamanan yang umum dialami pada saat hamil dan komplikasi yang mungkin terjadi
3. Identifikasi tanda dan gejala penyimpangan yang mungkin dari kondisi yang normal atau komplikasi.
4. Penentuan kebutuhan untuk mengatasi ketidaknyamanan atau upaya terapi lain.
5. Penentuan kebutuhan untuk member konseling khusus atau panduan antisipasi
6. Penjadwalan kunjungan ulang berikutnya, kunjungan ulang bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan biasanya di jadwalkan sebagai berikut:

Antara minggu ke 36 hingga persalinan, dilakukan setiap minggu.

2.3.2 Konsep Dasar persalinan

1) Pengkajian

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama

Adanya munculnya keluhan Kenceng - kenceng atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering), Lendir bercampur darah dari jalan lahir, Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban.

b. Riwayat psikososiospiritual

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.

2. Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a. Tanda –tanda vital

- a) Tekanan darah: 110/70 – 120/80 mmHg
- b) Nadi : 80 -100 x /menit
- c) Pernafasan : 16- 20 x / menit
- d) Suhu : 36,5⁰C – 37, 5⁰ C

2) Pemeriksaan Fisik

- a. Mammae : simetris, kebersihan cukup, puting susu menonjol, kolostrum sudah / belum keluar, tidak ada nyeri tekan, tidak oedem.

b. Abdomen : simetris, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi.

DJJ : Normalnya 120-160 kali/menit.

Palpasi Leopold I : Pada fundus teraba lunak tidak melenting

Palpasi Leopold II : Teraba keras seperti papan di bagian kanan/kiri perut ibu, teraba bagian terkecil di sebelah kanan/kiri perut ibu.

Palpasi Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bundar, melenting.

Palpasi Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP/divergen

His : 2x40” selama 10 menit

c. Genetalia : tidak oedema pada vulva atau varises pada vagina, personal hygiene baik, pengeluaran lendir dan darah

Yang diperhatikan saat VT : VT Ø 1-10 cm, eff 25-100%, ketuban (negatif/positif), jernih, letak kepala, denominator, hodge I-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin.

2) Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa : GPAPIAH usia kehamilan, tunggal, hidup, intra uterine, letkep, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, dengan inpartu kala I fase laten / aktif.

2) Masalah : cemas, gelisah, takut, Nyeri

3) Kebutuhan : Berikan Asuhan sayang ibu, KIE teknik relaksasi

3) Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Tidak ada

4) Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tidak ada

5) Intervensi

1. Kala I

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama \pm 13 jam pada primi dan \pm 7 jam pada multi diharapkan pembukaan lengkap dan ibu bisa kooperatif.

Kriteria : VT \varnothing 10 cm, kepala hodge IV, adanya doran, teknus, perjol, vulka adanya His yang adekuat dan teratur.

a) Intervensi :

- 1) Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- 2) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- 3) Beri asuhan sayang ibu
 - a. Berikan dukungan emosional.
 - b. Atur posisi ibu..
 - c. Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
 - d. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.
 - e. Lakukan pencegahan infeksi.
- 4) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit..
- 5) Observasi DJJ setiap 30 menit.
- 6) Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf
- 7) Persiapan Rujukan.

3. KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan 1 – 1,5 jam pada primi dan \pm 30 menit – 1 jam pada multi, bayi lahir spontan

Kriteria hasil :

- a. k/u ibu & janin baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah <140/90, Nadi 60-100 x/menit, Suhu 36,5-37,5⁰C, pernafasan 16-20x/menit) dan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
- b. Ibu kuat meneran
- c. Bayi lahir spontan B
- d. Tangis bayi kuat
- e. Bayi bergerak aktif
- f. Warna kulit kemerahan

a) Intervensi

1. Kenali dan lihat adanya tanda persalinan kala II.
2. Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Pakai celemek plastic yang bersih
4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk pribadi yang kering dan bersih.
5. Pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6. Masukkan oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (gunakan tangan

yang memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril.

7. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah di basahi air disinfesi tingkat tinggi.
 - a. Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan kasa dari arah depan ke belakang.
 - b. Buang kapas atau kasa pemersih (terontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan danrendam dalam larutan klorin 0.5 %.
8. Lakukan perisa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0.5 % dan kemudian melepasnya dalam keadaan terbalik serta merendamnya selama 10 menit cuci kedua tangan setelah sarung tangandilepaskan.
10. Periksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.
11. Beritahu ibu permukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat adanya his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan

pastikan dia merasa nyaman).

13. Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Ajarkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm meletakkan handuk diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16. Letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kemali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di keal bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan saat kepala lahir.
20. Periksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat.
 - a. Jika talipusat melilit leher secara longgar, lepasan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika talipusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara

spontan.

22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, tepatkan ke dua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Mengajukan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar sehingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior. Lahirnya badan dan tungkai
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan tangan bagian bawah saat menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (again atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior saat bayi keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran kaki
25. Nilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu diposisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan).
26. Segera Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut

ibu.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

4. KALA III

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III (15 menit – 30 menit) ibu kooperatif dan kelahiran plasenta spt dan lengkap.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, plasenta lahir spt dan lengkap, TFU 2 jari bawah pusat, UC keras, tidak ada perdarahan.

a) Intervensi

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskuler) 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
30. Setelah 20 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem distal arah bayi dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama ke arah ibu.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
- a. Dengan satu tangan pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara dua klem tersebut.
 - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul

kunci pada sisi lainnya.

- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
34. Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain yang ada dipeut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lakir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu).
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir, (tetap melakukan tekanan dorso-cranial)
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak

sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 1. Beri dosis ulang oksitosin 10 unit IM
 2. Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.
 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.
38. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
 - b. Rangsangan taktil (masase uterus)
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkardengan lembut hingga berkontraksi (fundus menjadi keras) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung

plastik atau tempat khusus.

5. KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan \pm 2 jam tidak ada tanda bahaya nifas

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus keras, tidak terjadi perdarahan, TFU 2 jari dibawah pusat.

a) Intervensi : APN langkah 41-58

41. Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit bayicukup menyusu dari satu payudara.
 - b. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
44. Setelah 1 jam, dilakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, beri antibiotika salep mata encegahan, dan vit K 1 mg IM dipaha iri anterolateral.
45. Setelah 1 jam pemberian vit K berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan. Letakkan kembali bayi di dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil

menyusu.

46. Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit ada jam kedua pasca persalinan.
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri
47. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uteru dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
49. Periksa nadi dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a. Periksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b. Lakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
50. Periksa kembali bayi dan pantau setiap 15 menit untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C)
 - a. Jika bayi sulit bernafas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b. Jika napas terlalu cepat, segera rujuk.
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi kulit kekulit dengan ibunya dan selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.
51. Tempatkan semua peralatan dalam larutan klorin 0.5% untuk

dekontaminasi (10 menit), mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.

52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Pastikan bahwa ibu nyaman membantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum dan makan yang dingin.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian sarung tangan dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir.
58. Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang, periksa tanda vital dan asuhan kala IV).

2.3.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

1) Pengkajian data

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama

Ketidaknyamanan pada masa puerperium : nyeri setelah lahir (after pain), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid.

b. Pola Kesehatan Fungsional

Pola nutrisi pada ibu nifas Makan 3-4x/hari (penambahan kalori 500 kkal, tambahan protein 20 gram, omega 3 (ikan tonkol, kakap, lemuru), vitamin (buah-buan). Minum 8-10 gelas/hari (3 liter)

BAK pada ibu nifas minimal 6 jam post partum, dengan mengosongkan kandung kemih kontraksi uterus akan baik. Ibu nifas biasanya takut BAB karena adanya jahitan pada perineum.

Pola istirahat pada ibu nifas adalah Istirahat siang kira-kira 2 jam. Istirahat malam 7-8 jam.

c. Riwayat Psikososiospiritual

- 1) Fungsi menjadi orang tua
- 2) Respon dan dukungan dari keluarga
- 3) Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan
- 4) Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan
- 5) Post partum blues
- 6) Bounding attachment (Ambarwati, 2008)

II. Data Obyektif

1. Pemeriksaan fisik

a. Dada : Payudara

Bentuk simetris, bersih, Putting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi Areola mammae, produksi asi, tidak ada nyeri tekan.

- b. Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, Kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong.
- c. Genetalia : Terdapat lochea rubra (cruenta), oedema, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus.

2) Interpretasi data dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH 2 jam post partum fisiologis
- b. Masalah : Ketidaknyamanan pada masa puerperium adalah : nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid, Depresi post parum.
- c. Kebutuhan : early ambulation, tehnik relaksasi, Kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya, talk therapy.

3) Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Tidak ada

4) Mengidentifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan segera

Tidak ada

5) Intervensi

Tujuan : setelah di lakukan Asuhan kebidanan \pm 30 menit dihadapkan ibu mengerti tentang penjelasan bidan serta penangannya.

Kriteria hasil : -Keadaan umum ibu dan bayi baik

-Tidak terjadi perdarahan

- Kontraksi uterus baik

a. intervensi

1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.

2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.
3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
4. Pemberian ASI awal
5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.