

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi kehamilan

Kehamilan Adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum, (Varney, 2007).

Kehamilan merupakan proses yang fisiologis dan alamiah. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir, (Prawirohardjo, 2009).

Kehamilan matur (cukup bulan) berlangsung kira-kira 40 minggu (280 hari) dan tidak lebih dari 43 minggu (300 hari), (Mansjoer, 2001).

2) Tanda dan Gejala Kehamilan

(1) Tanda Pasti Hamil

- a) Gerakan janin dalam rahim.
- b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin dengan pemeriksaan rontgen.
- c) Terdengar denyut jantung janin (hamil 12 minggu).
- d) Pemeriksaan ultrasonografi
 - a. Terdapat kantong kehamilan, usia kehamilan 4 minggu.
 - b. Terdapat fetal plate, usia kehamilan 4 minggu.

- c. Terdapat kerangka janin, usia kehamilan 12 minggu.
- d. Terdapat denyut jantung janin, usia kehamilan 6 minggu,
(Manuaba, 2010)

3) Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

(1) Perubahan Fisik

Sistem Reproduksi

1. Uterus

Dalam pertumbuhan rahim, juga bentuknya berubah; mula-mula bentuknya sebagai bola lampu, kemudian menjadi bundar dan setelah bulan ke –IV sampai akhir kehamilan berangsur-angsur menjadi lonjong. Bentuk lonjong ini memaksa anak dalam letak memanjang, (Sastrawinata, 1983).

2. Vagina dan vulva

Kekenyalan (elastisitet) vagina bertambah, artinya daya diregang bertambah, sebagai persiapan persalinan (Sastrawinata, 1983).

3. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Korpus luteum graviditatum berdiameter kira-kira 3 cm dan mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat-laun fungsi ini diambil alih oleh plasenta. Diperkirakan korpus luteum adalah tempat sintesis dari relaxin dalam awal kehamilan. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm, (Sarwono 2009).

4. Payudara

Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukuran dan vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegang. Setelah bulan pertama kolostrum dapat keluar, (Sarwono, 2009).

5. Sirkulasi Darah

Hemodilusi penambahan volume darah sekitar 25% dengan puncak pada usia kehamilan 32 minggu, sedangkan hematokrit mencapai level terendah pada minggu 30-32, karena setelah 34 minggu massa RBC menyebabkan penyaluran oksigen pada wanita dengan hamil lanjut mengeluh sesak nafas dan nafas pendek. Hal ini ditemukan pada kehamilan meningkat untuk memenuhi kebutuhan bayi, (Kusmiyati, 2009).

6. Sel darah

Sel darah merah meningkat jumlahnya, namun penambahan plasma jauh lebih besar sehingga konsentrasi dalam darah menjadi lebih dan jumlah leukosit meningkat sampai 10. 000/ml dan produksi trombosit pun meningkat. Jumlah protein, albumin dan globulin meningkat perlahan-lahan pada akhir kehamilan, sedangkan betaglobulin dan bagian-bagian fibrinogen terus meningkat, (Manuaba, 1998).

7. Sistem respirasi

Pada wanita hamil, kebutuhan O₂ meningkat kira-kira 20 %. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang

membesar pada umur hamil 32 minggu. Oleh sebab itu ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25 % dari biasanya, (Manuaba, 1998).

8. Traktus digestivus

Progesteron menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi, (Sarwono, 2009).

9. Traktus urinarius

Gangguan sering kencing ini terjadi lagi pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, menyebabkan kandung kencing tertekan dan timbul gangguan sering kencing kembali, (Manuaba, 1998).

10. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi disebabkan oleh peningkatan melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mamma. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea grisera. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut striae livide, (Sarwono, 2009).

11. Metabolisme

Terjadi peningkatan metabolisme basal (BMR) sehingga 15-20% terutama pada trimester terakhir. Keperluan protein meningkat untuk pertumbuhan, perkembangan janin, perkembangan organ

kehamilan dan persiapan laktasi, kebutuhan protein kurang lebih $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari. Kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg/lebih per 100 cc. Metabolisme mineral, Kalsium 1, 5 gram sehari untuk pertumbuhan tulang 30-40 gram, Fosfor 2 gram/hari, Zat besi \pm 800 mg / 30-50 mg/hari, Air cenderung mengalami retensi cairan. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12, 5 kg. Pada trimester ke2 dan ke3 perempuan dengan gizi baik dianjurkan untuk menambah BB perminggu 0, 4 kg. Kebutuhan kalori meningkat terutama hidrat arang, khususnya kehamilan 5 bulan ke atas, (Sarwono, 2009)..

12. Tulang dan gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen melunak, juga terjadi sedikit pelebaran pada tulang persendian, (Mochtar, 1998).

13. Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvic pada saat kehamilan sedikit dapat bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring kedepan, penurunan tonus otot perut dan peningkatan berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (realignment) urvatura spinalis. (kusmiyati, 2009).

4) **Perubahan psikologis dalam masa kehamilan trimester 3**

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).

Trimester ke ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering

merasa khawatir kalau bayinya lahir dengan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya, (Asrinah, 2010).

5) Ketidaknyamanan pada TM 3 dan cara mengatasi:

(1) Keputihan

1. Dasar anatomi dan fisiologi: Hiperplasia mukosa vagina., Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen.
2. Cara meringankan atau mencegah:
 - a. Meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari.
 - b. Memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun bukan nilon.
 - c. Menghindari pencucian vagina dan mencuci vagina dengan sabun dari arah depan kebelakang, (kusmiyati, 2009).

(2) Sering buang air kencing/ nocturia

1. Dasar anatomi dan fisiologi: Tekanan uterus pada kandung kemih, Nocturia akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air., Air dan sodium tertahan dibawah tungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah output air seni.
2. Cara meringankan atau mencegah:
 - a. Penjelasan mengenai terjadinya nocturia
 - b. Kosongkan saat terasa dorongan untuk kencing

- c. Perbanyak minum pada siang hari
- d. Jangan kurangi minum malam hari untuk mengurangi nocturia, kecuali jika nocturia mengganggu tidur dan menyebabkan keletihan
- e. Batasi minum bahan diuretika alamiah :kopi, teh, cola dengan cafein, (kusmiyati, 2009).

(3) Haemoroid

1. Dasar anatomis dan fisiologis: Konstipasi, Tekanan yang meningkat dari uterus gravida terhadap vena hemoroida, Dukungan yang tidak memadai pada vena hemoroid diarea annorektal, Kurangnya klep dalam pembuluh-pembuluh ini yang berakibat pada perubahan secara langsung pada aliran darah, Statis, gravitas, tekanan vena yang meningkat dalam vena panggul, kongesti vena, pembesaran vena-vena haemoroid.
2. Cara meningkatkan atau mencegah
 - a. Hindari konstipasi
 - b. Makan makanan berserat
 - c. Gunakan kompres es, kompres hangat atau sit bath
 - d. Dengan perlahan masukkan kembalikedalam rektum jika perlu
 - e. Hindari BAB sambil jongkok.

(4) Konstipasi

1. Dasar anatomis dan fisiologis: Peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus jadi lambat, Penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot halus, Penyerapan air dari colon

meningkat, Tekanan dari uterus yang membesar pada usus, Suplemen zat besi, Diit, Kurang senam

2. Cara meringankan atau mencegah

- a) Tingkatkan intake cairan, serat didalam diit
- b) Buah prem atau jus prem
- c) Minum cairan dingin atau panas(ketika perut kosong)
- d) Istarat cukup
- e) Senam
- f) Membiasakan buang air secara teratur
- g) BAB segera ketika ada dorongan, (kusmiyati, 2009).

(5) Sesak napas

1. Dasar anatomis dan fisiologis: Peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernapasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta meningkatkan O₂ meningkatkan aktifitas metabolik, meningkatkan CO₂, hiperventilasi yang lebih ringan ini adalah SOB., Uterus membesar dan menekan pada diafragma

2. Cara meringankan atau mencegah

- a. Jelaskan penyebab fisiologisnya
- b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi
- c. Secara periodik berdiri dan merentangkan lengan diatas kepala serta menarik nafas panjang
- d. Mendorong postur tubuh yang baik melakukan pernafasan internal
- e. Latihan nafas melalui senam hamil

- f. Tidur dengan bantal ditinggikan
- g. Makan tidak terlalu banyak
- h. Hentikan merokok(untuk yang merokok)
- i. Konsul dokter bila ada asma, dll

(6) Nyeri ligamentum rotundum

1. Dasar anatomis dan fisiologis: Hipertrofi dan peregangan ligamentum selama kehamilan. Tekanan dari uterus pada ligamentum.
2. Cara meringankan atau mencegah
 - a. Penjelasan mengenai penyebab rasa nyeri.
 - b. Tekuk lutut kearah abdomen.
 - c. Mandi air hangat.
 - d. Gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika diagnosa lain tidak melarang.
 - e. Topang uterus dengan bantal dibawahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring..

(7) Pusing

1. Dasar anatomis dan fisiologis: Hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis, Pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai, yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan output cardiac serta tekanan darah dengan tegangan otoastatis yang meningkat. Mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia, Sakit kepala pada triwulan terakhir dapat merupakan gejala preeklamsia berat

2. Cara meringankan atau mencegah
 - a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat
 - b. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat atau sesak.
 - c. Hindari berbaring dalam posisi terlentang
 - d. Konsultasi/periksa untuk rasa sakit yang terus menerus, (Kusmiyati, 2009).

6) **Kebutuhan ibu hamil**

1) **Kebutuhan fisik**

a. **Diet Makanan**

Kebutuhan makanan pada ibu hamil mutlak harus dipenuhi. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, inersia uteri, perdarahan pasca- persalinan, sepsis puerperalis, dll. Sedangkan kelebihan makanan karena beranggapan pemenuhan makanan untuk dua orang akan berakibat kegemukan, pre-eklamsi, janin terlalu besar, dll, (sulistyawati, 2012).

b. **Kebutuhan energi**

a) **Protein** : ibu hamil mengalami peningkatan kebutuhan protein sebanyak 68%. Widya Karya Pangan dan Gizi Nasional menganjurkan untuk menambah asupan protein menjadi 12 % / hari atau 75-100 gram. Sumber protein: daging tak berlemak, ikan, telur, susu, dan hasil olahannya. Protein yang berasal dari tumbuhan nilai biologinya rendah jadi cukup sepertiga bagian saja.

- b) Zat besi : kebutuhan zat besi selama hamil meningkat sebesar 300% (1.040 mg selama hamil) dan peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu selama hamil melainkan perlu ditunjang dengan suplemen zat besi, dapat diberikan sejak minggu ke 12 kehamilan 30-60 gram / hari selama kehamilan dan enam minggu setelah kelahiran
- c) Asam folat: kebutuhannya meningkat dua kali lipat selama hamil, berperan dalam metabolisme normal menjadi energi, pematangan sel darah merah, sintesis DNA, pertumbuhan sel, jika kekurangan, pada ibu: dapat menderita anemia megaloblastik dengan gejala: diare, depresi, lelah berat, mengantuk.
Pada janin: BBLR, ablasio plasenta, kelainan bentuk tulang belakang. Jenis makanan yang mengandung asam folat: ragi, hati, brokoli, sayur berdaun hijau, dan kacang-kacangan.
- d) Kalsium: metabolisme kalsium selama hamil mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam darah ibu hamil turun drastis sebanyak 5%. Oleh karena itu, asupan yang optimal perlu dipertimbangkan, (sulistyawati, 2012).
- e) Obat- obatan: sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari.
- f) Lingkungan yang bersih: salah satu pendukung keberhasilan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih,

g) Senam hamil: Melancarkan sirkulasi darah, menambah nafsu makan, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak.

h) Pakaian: beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini: longgar, bersih, tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, usahakan bahan pakaian mudah menyerap keringat, pakai bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dengan hak rendah.

i) Istirahat

posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring kiri, kaki lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut sebelah kiri, (sulistyawati, 2012).

j) Kebersihan diri

kebersihan ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital: terjadi pengeluaran sekret yang berlebih.

k) Eliminasi

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)

l) Seksual

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

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

m) Imunisasi:

Imunisasi selama kehamilan sangat penting untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu(atau pada masa balitanya telah memperoleh DPT samapai 3 kali)statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4

dosis(interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Sulistiyowati, 2009).

n) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut

o) 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.

- 1) Penentuan tempat serta penolong persalinan
- 2) Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.
- 3) Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.
- 4) Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain).
- 5) Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama).
- 6) Persiapan persalinan yang tidak kalah pentingnya adalah transportasi, misalnya jarak tempuh dari rumah dan tujuan membutuhkan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan, (Asrinah : 2010).

p) 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).

7) Faktor -Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

(1) Faktor Fisik

1. Status kesehatan/penyakit

Ada dua klasifikasi dasar yang berkaitan dengan status kesehatan atau penyakit yang dialami oleh ibu:

- a. Penyakit atau komplikasi akibat langsung kehamilan. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah *Hyperemesis Gravidarum*, Preeklamsia/ eklamsia, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan ektopik, kelainan plasenta, atau selaput janin, perdarahan antepartum, dan gemeli.
- b. Penyakit atau kelainan yang tidak langsung berhubungan dengan kehamilan. Terdapat hubungan timbal balik dimana penyakit ini dapat memperberat serta mempengaruhi kehamilan atau penyakit ini dapat diperberat oleh karena kehamilan.

2. Gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Keterbatasan gizi selama hamil sering berhubungan dengan faktor ekonomi, pendidikan sosial atau keadaan lain yang meningkatkan kebutuhan gizi ibu seperti ibu hamil dengan penyakit infeksi tertentu termasuk pula persiapan fisik untuk persalinan.

3. Gaya hidup

Kebiasaan minum jamu, mitos, takhayul atau kepercayaan, aktivitas seksual, pekerjaan atau aktivitas sehari-hari, senam hamil

a. Substance Abuse

Perilaku yang merugikan atau membahayakan bagi ibu hamil termasuk penyalahgunaan atau penggunaan obat atau zat-zat tertentu yang membahayakan ibu hamil.

b. Kehamilan diluar nikah dan kehamilan tidak diinginkan.

c. Kehamilan dengan kematian janin dalam kandungan (IUFD, (Sulistyawati, 2009).

d. Perokok

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

(2) Faktor psikologis /kelainan jiwa dalam kehamilan

Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan keadaan yang timbul sebagai akibat atau diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran dimana kehamilan sebagai proses fisiologis menjadi kehamilan patologis, (kusmiyati., 2009).

8) Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi keluaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

9) Tujuan Antenatal Care

- a. Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri dan proses persalinan.
- b. Mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medis, bedah, atau obstetric selama kehamilan
- c. Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- d. Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial, (kusmiyati, 2009).

10) Jadwal Kunjungan Antenatal Care

Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal:

- (1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- (2) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu)
- (3) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)

11) Standart Pelayanan Antenatal Care

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.

Dibawah 140/90 mmhg, (Saifuddin, 2004)

(3) Ukur tinggi fundus uteri.

(4) Pemberian imunisasi TT lengkap.

(5) Pemberian Tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablett setiap harinya.

(6) Lakukan Tes penyakit Menular Seksual (PMS).

(7) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan,

(Ari Sulistyowati, 2011).

2.1.2 Persalinan

1) Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuann (kekuatan sendiri), (Manuaba, 1989).

Proses fisiologis pengeluaran janin, plasenta, dan ketuban melalui jalan lahir. Kala satu persalinan berlangsung sejak awitan kontraksi uteri secara teratur samapai dilatasi serviks secara lengkap, (Medforth, 2012).

Persalinan adalah proses membukia dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin, (Prawirohardjo, 2009).

2) Tanda-tanda permulaan persalinan

1. Ligthening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primi gravid
2. Perut kelihatan agar melebar, fundus uteri turun
3. Perasaan sering atau susah kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
4. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang disebut “false labor pains”
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, bisa bercampur darah (bloody show), (Mochtar, 1998).

3) Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan

Penyebab terjadinya persalinan merupakan teori-teori yang kompleks antara lain ditemukan faktor hormonal, 1 – 2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun. Struktur rahim,

sirkulasi rahim, pengaruh prostaglandin, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi, (Sarwono, 2007).

a. Teori Keregangan

Rahim yang menjadi besar dan teregang menyebabkan iskemia otot-otot sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter, (sumarah, 2008).

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Contohnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan, (manuaba, 1998).

b. Teori penurunan progesterone

Proses penuaan 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, (sumarah, 2008).

c. Teori Oksitosin internal

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

d. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan.

e. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Superarenalis

Dari beberapa percobaan tersebut dapat disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan, (Sumarah, 2008).

f. Teori Berkurangnya Nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan, (Sumarah, 2008).

g. Faktor lain

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale fleksus frankenhauser yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion tertekan maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan, (Sumarah, 2008).

4) Bentuk-bentuk persalinan:

a. Persalinan spontan.

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan buatan

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

c. Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan, (manuaba, 1989).

5) Faktor –faktor penting dalam persalinan:

1. Power

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

2. Passanger

- a. Janin
- b. Plasenta

3. Passage

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

4. Psikis Wanita

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

5. Penolong

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

6) Tujuan Asuhan Persalinan

Memberikan Asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. (Saiffudin, 2006).

7) Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau disebut Lima Benang merah dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih

dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis, (JNPK-KR/POGI, 2008). Kelima aspek ini akan berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala I sampai kala IV termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Kelima benang merah tersebut adalah:

a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

1. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
2. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
3. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi atau dihadapi.
4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk solusi masalah
5. Merencanakan asuhan atau intervensi.
6. Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih.
7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

(JNPK-KR/POGI, 2008)

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu (JNPK-KR/POGI, 2008)

c. Pencegahan infeksi

Tujuan tindakan-tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan adalah :

1. Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme.
2. Menurunkan resiko penularan penyakit mengancam jiwa seperti Hepatitis dan HIV/AIDS, (JNPK-KR/POGI, 2008).

d. Pencatatan (rekam medik)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan, (JNPK-KR/POGI, 2008).

e. Rujukan

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan sering kali disingkat BAKSOKU :

1. B : (Bidan)
2. A : (Alat)
3. K : (Keluarga)
4. S : (Surat)
5. O: (Obat)
6. K : (Kendaraan)
7. U : (Uang), (JNPK-KR/POGI, 2008).

8) Kebijakan pelayanan asuhan persalinan

- a. Semua persalinan harus dihadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih
- b. Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetri dan neonatal harus tersedia 24 jam.
- c. Obat obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih.

9) Fisiologi Persalinan

(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).

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).
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).
3. 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).

(2) kala II atau kala pengusiran

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(pengusiran)adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik
- 2) Menjelang akhir kala 1 ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhouser.
- 4) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong, (JNPK-KR/POGI, 2008).

(3) KALA III (Pelepasan Uri)

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan

nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- a. Uterus menjadi bundar
- b. Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim
- c. Tai pusat bertambah panjang
- d. Terjadi perdarahan, (Chandranita: 2012).

(4) KALA IV (Observasi)

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi, tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan TTV (TD, Nadi, pernafasan, dan kontraksi uterus) perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc, (Manuaba: 2012).

2.1.3 Nifas

1) Definisi nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu, (Mansjoer, 1999).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. (Mochtar, 1998).

Masa puerperium atau masa nifas mulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan, (Wiknjosastro, 2007).

Masa nifas (Puerperium) 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) adalah :

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. Remot puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi, (Ambarwati, 2008). Waktu untuk sehat sempurna bisa cepat bila kondisi sehat prima, atau bisa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.
4. Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial, dan remote puerperium:

1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6 – 8 minggu.

3) Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulan, bahkan tahunan. (Sulistyawati, 2009).

3) Perubahan Pada Masa Nifas

(1) Perubahan Sistem Reproduksi

1. Pengerutan rahim (*involutio*)

Involutio merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan palpasi untuk meraba dimana TFUnya :

- a) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- b) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari bawah pusat.
- c) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat symphysis dengan berat 500 gram.
- d) Pada 2 minggu post partum, TFU diatas symphysis dengan berat 350 gram.
- e) Pada 6 minggu post partum, TFU mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.
- f) Involutio uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, antara lain:

(a) Autolysis

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

(b) Atrofi jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru.

(c) Efek oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus, mengompresi

pembuluh darah dan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh. Selama 1-2 jam pertama post partum, intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur. Pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena isapan bayi pada payudara.

(2) Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

1. Lochea Rubra : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernix caseosa, lanugo dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
2. Lochea Sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
3. Lochea Serosa : Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi hari ke 7-14 pasca persalinan.
4. Lochea Alba : Cairan putih setelah 2 minggu.
5. Lochea Purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
6. Lochea Ostasis : Lochea tidak lancar keluaranya, (Mochtar, 1998).

(3) Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk servik agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik

tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan servik berbentuk semacam cincin. Servik berwarna merah kehitam-hitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan yang terjadi selama berdilatasi maka servik tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil.

(4) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara *labia* menjadi lebih menonjol.

Pada masa nifas, biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara *perpriman* (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi. Infeksi mungkin menyebabkan *sellulitis* yang dapat menjalar sampai terjadi *sepsis*.

(5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postpartum hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur dalam keadaan sebelum hamil (Sulistyawati, 2009).

(6) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Di samping itu rasa takut untuk buang air besar, sehubungan dengan jahitan pada perineum, jangan sampai lepas dan juga takut akan rasa nyeri.

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari setelah persalinan. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila ini tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia (Sulistyawati, 2009).

(7) 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 leher kandung kemih bagian sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12–36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

Dinding kandung kemih memperlihatkan odem dan hyperemia, kadang-kadang odem trigonum yang menimbulkan *alostaksi* dari uretra

sehingga menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif 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 (Sulistyawati, 2009).

(8) 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 perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligament, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Sebagai akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendor untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu. Pada 2 hari post partum, sudah dapat fisioterapi, (Sulistyawati, 2009).

(9) Perubahan Sistem Endokrin

1. Hormon plasenta

Hormon plasenta 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 onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

2. Hormon pituitari

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. Hipotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat haid juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

4. Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

(Sulistyawati, 2009).

(10) Perubahan Tanda Vital

a. Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) *post partum*, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C) sebagai akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan kehilangan cairan dan kelelahan. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila

suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium (*mastitis, tractus genitalis*, atau sistem lain).

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali/menit.

Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali/menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan kemungkinan infeksi.

c. Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah, setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya *pre eklamsi post partum*.

d. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan, (Sulistyawati, 2009).

(11) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterin. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis terjadi, yang secara cepat 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 urin. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan.

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 200-500 cc, 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 relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitum cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya, ini terjadi pada 3-5 hari *post partum*, (Sulistiyawati, 2009).

(12) Perubahan Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar *fibrinogen* dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah makin meningkat. Pada hari pertama *post partum*, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga akan meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari *post partum*. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama.

Jumlah Hb, Hmt, dan *erytrosit* sangat bervariasi pada saat awal-awal masa *post partum* sebagai akibat dari volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Selama kelahiran dan *post partum*, terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan Hmt dan Hb pada hari ke-3 sampai hari ke-7 *post partum*, yang akan kembali normal dalam 4-5 minggu *post partum* (Sulistiyawati, 2009).

4) Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting. Pada masa ini, ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting dalam hal memberi pegarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis.

Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan dari psikisnya. Ia mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menjalani proses eksplorasi dan asimilasi terhadap bayinya, berada di bawah tekanan untuk dapat menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya, dan merasa tanggung jawab yang luar biasa sekarang untuk menjadi seorang “ibu”.

Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

a. Periode “Taking In”

- 1) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- 2) Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- 3) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- 4) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
- 5) Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Bidan harus menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang dihadapi pada bidan. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan oleh pasien terhadap dirinya dan bayinya hanya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

b. Periode “Taking Hold”

- 1) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.

- 2) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
 - 3) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serat kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
 - 4) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
 - 5) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
 - 6) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan terjadi.
 - 7) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara bidanan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif. Hindari kata “jangan begitu” atau “kalau kayak gitu salah” pada ibu karena hal itu akan sangat menyakiti perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan.
- c. Periode “Letting Go”
- 1) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
 - 2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung

padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.

3) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

a. Respon dan dukungan keluarga dan teman

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekat karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yaitu peran sebagai seorang “ibu”.

Dengan respon positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan yang sehat.

b. Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang di alami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya menjadi tahu bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah seorang ibu melahirkan anaknya yang pertama, ia akan

bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya.

c. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu

Walaupun kali ini adalah bukan lagi pengalamannya yang pertama melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinannya yang lalu.

d. Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara 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. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009).

5) Program dan Kebijakan Teknis

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status Ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Frekwensi kunjungan masa nifas :

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika 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. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama dengan tujuan pada waktu 6 hari setelah persalinan.
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami. 2. Memberikan <u>konseling</u> KB secara dini.

Tabel 2. 1 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas (Sulistyawati, 2009).

6) Perawatan Pasca Persalinan

1. Mobilisasi : Karena lelah setelah bersalin ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau ke 5 sudah diperbolehkan pulang.
2. Diet : Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, diantaranya yang mengandung protein banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.
3. Miksi : Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.
4. Defekasi : BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan, jika masih belum bisa dilakukan klisma.
5. Perawatan Payudara (mammarum) : Perawatan mammarum telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
6. Laktasi : ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusukan bayi sangat baik untuk menjelmakan rasa kasih sayang antara Ibu dan anaknya.
7. Senam masa nifas : Berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot abdomen rahim yang sudah menjadi longgar akibat melahirkan, (Mochtar, 1998).

7) Tanda-Tanda Bahaya Nifas

1. Infeksi nifas : keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas.
2. Demam nifas : demam masa nifas oleh sebab apapun
3. Morbiditas puerperalis : kenaikan suhu badan sampai 38 0C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama puerperium kecuali hari pertama. Suhu diukur 4 kali sehari secara oral.

(Sinopsis Obstetri Jilid 4, hal 420)

4. Sub involusi : proses mengecilnya uterus terganggu, faktor penyebabnya antara lain sisa-sisa placenta dalam uterus, adanya mioma uteri, endometritis dll. Pada peristiwa lochea bertambah banyak dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.
5. Perdarahan nifas sekunder bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan. Perdarahan ini bisa timbul pada minggu kedua nifas. Sebab-sebabnya adalah subinvolusi, kelainan kongenital uterus, inversio uterus, mioma uteri dll, (Ilmu Kebidanan : hal 703).

6. Perdarahan pervaginam

Perdarahan masa nifas adalah perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin (lebih dari 2 pembalut dalam 1 jam).

- a. Bila perdarahan dini yaitu perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir dalam 24 jam pertama persalinan. Disebabkan oleh atonia uteri, perlukaan jalan lahir.
- b. Perdarahan lanjut/lambat, yaitu perdarahan yang terjadi setelah 24 jam. Penyebab sebagian besar plasenta rest atau sisa plasenta, (Sulistiyawati, 2009).

7. Adanya tanda infeksi puerperalis (demam)

Infeksi nifas adalah semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman kedalam alat kandungan seperti Eksogen (kuman yang dari luar) Autogen (kuman yang masuk dari tempat lain dalam tubuh) dan Endogen (jalan lahir itu sendiri) (Sitti saleha, 2009). Sementara itu yang dimaksud dengan Febris puerperalis adalah demam sampai 38^0 atau lebih (peningkatan suhu oral) selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan kecuali hari pertama per 24 jam pertama karena pada saat ini dapat disebabkan oleh dehidrasi, karena asi, pembengkakan payudara.

Tanda dan gejala, tergantung pada tempat terjadinya Infeksi rasa tidak enak badan secara anatomi umum:

- a. Frekuensi kemih, disuria, rasa sakit saat berkemih
- b. Uterine tenderness
- c. Terdapat infeksi lokal (infeksi episiotomi), (Sulistyawati, 2009).

8. Lokhea yang berbau

Dan Lokhea atau cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas yang Abnormal yaitu:

- a. Lokhea Purulenta

Keluar cairan seperti nanah berbau busuk sangat banyak (lebih dari 2 pembalut dalam 1 jam) dan di sertai dengan nyeri abdomen.

- b. Lochiostatis

Lokhea yang tidak lancar keluaranya, (Sulistyawati, 2009).

9. Pembengkakan pada payudara

Sebelumnya kita perlu membedakan antara payudara penuh karena berisi asi dengan payudara bengkak. Payudara yang penuh, gejala yang dirasakan oleh pasien rasa berat pada payudara, panas dan keras dan pada payudara bengkak, akan terlihat payudara odema, ibu merasa sakit, puting susu kencang. Kulit mengkilat walau tidak merah, ASI tidak akan keluar bila diperiksa atau dihisap, dan badan demam setelah 24 jam, (Sulistyawati, 2009).

Menurut Sulistyawati (2009) Payudara bengkak dapat terjadi karena

- a. Hambatan aliran darah Vena atau saluran kelenjar getah bening akibat ASI terkumpul dalam payudara yang terjadi karena produksi ASI yang berlebihan.
- b. Terlambat menyusukan dini, sehingga ASI terkumpul pada sistem duktus yang mengakibatkan pembengkakan.
- c. Bayi menyusu dengan dijadwal dan tidak adekuat
- d. Posisi menyusui salah
- e. Bh yang terlalu ketat
- f. Puting susu yang tidak bersih menyebabkan sumbatan pada duktus

10. Sakit Kepala Terus menerus dan Penglihatan Kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala dan penglihatan kabur. Penanganan terhadap gangguan ini meliputi :

- a. Banyak istirahat, periksa nadi, tekanan darah, dan pernafasan
- b. Konsumsi multivitamineral sayur dan buah
- c. Minum yang banyak

- d. Pemberian parasetamol 500 mg sebanyak 3 sampai hari 4 kali sehari
- e. Kontrol tiap minggu, (Sulistyawati, 2009).

11. Rasa Sakit, Merah dan Bengkak Pada Kaki

Sakit pada tungkai bawah disertai dengan pembengkakan, suhu badan subfebris selama 7 hari meningkatnya pada hari ke 10 sampai hari ke 20 yang disertai dengan menggigil dan nyeri sekali. Pada kaki akan menunjukkan tanda-tanda:

- a. Kaki sedikit dalam keadaan fleksi dan rotasi keluar, serta sukar bergerak, lebih panas dibanding kan dengan kaki yang satunya.
- b. Nyeri hebat pada lipatan paha dan paha.
- c. Seluruh bagian dari salah satu vena pada kaki terasa tegang dan keras pada bagian atas.
- d. Refleks tonik terjadi spasme arteri sehingga kaki manjadi bengkak, tegang dan nyeri.
- e. Edema kadang-kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri pada paha umumnya terdapat pada paha, tetapi lebih sering dimulai dari jari-jari kaki dan pergelangan kaki, kemudian mulai dari bawah ke atas.
- f. Nyeri pada betis, (Sulistyawati, 2009).

12. Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu yang Lama

Sesudah bayi lahir ibu merasa lelah dan lemas, karena kehabisan tenaga. Hendaknya ibu lekas minuman hangat, susu atau teh bergula. Apabila ibu menghendaki makanan, berikan makanan yang ringan. Organ pencernaan memerlukan waktu istirahat untuk memulihkan keadannya, oleh karena itu tidak benar bila ibu diberi makanan terlalu banyak

walaupun ibu menginginkannya. Akan tetapi biasanya disebabkan oleh adanya kelelahan yang sangat berat, nafsu makan terganggu, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan hilang, (Sulistiywati 2009).

8) Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1. Kebutuhan Gizi Ibu Menyusui

Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk memproduksi ASI dan untuk aktifitas ibu sendiri. Pemberian ASI sangat penting karena ASI adalah makanan utama bayi. Dengan ASI, bayi akan tumbuh sempurna sebagai manusia yang sehat, bersifat lemah lembut, dan mempunyai IQ yang tinggi. Hal ini disebabkan karena ASI mengandung asam lemak beksanoid (DHA).

Selama menyusui, ibu dengan status gizi baik rata-rata memproduksi ASI sekitar 800cc yang mengandung sekitar 600 kkal. Walaupun demikian, status gizi tidak berpengaruh besar terhadap mutu ASI, kecuali volumenya.

a. Energi

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pasca partum mencapai 500 kkal. Rekomendasi ini berdasarkan pada asumsi bahwa tiap 100 cc ASI berkemampuan memasok 67-77 kkal.

Untuk menghasilkan 850 cc ASI, dibutuhkan energi 680-807 kkal (rata-rata 750 kkal) energi. Jika kedalam diet tetap ditambahkan 500 kkal, yang terkonversi hanya 400-450 kkal, berarti setiap hari harus dimobilisasi cadangan energi indogen sebesar 300-350 kkal yang setara dengan 33-38 gr lemak. Dengan demikian, simpanan

lemak selama hamil sebanyak 4 kg atau setara 36000 kkal akan habis setelah 105-121 hari atau sekitar 3-4 bulan. Penghitungan ini sekaligus menguatkan pendapat bahwa dengan memberikan ASI, berat badan ibu akan kembali normal dengan cepat dan menipis isu bahwa menyusui bayi akan membuat badan ibu menjadi tambun.

b. Protein

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein diatas normal sebesar 20g/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1, 2 g protein. Dengan demikian, 830 cc ASI mengandung 10 gram protein efisiensi konversi protein makanan menjadi protein susu hanya 70% (dengan variasi perorangan). Peningkatan kebutuhan ini ditujukan bukan hanya untuk transformasi menjadi protein susu tetapi juga untuk sintesis hormon yang memproduksi (prolaktin), serta yang mengeluarkan ASI (oksitosin). Berikut ini adalah perbandingan tambahan nutrisi ibu menyusui pada wanita asia dan amerika.

NO	NUTRISI	WANITA ASIA	WANITA AMERIKA
1.	Kalsium	0, 5-1 gram	400 mg
2.	Zat besi	20 mg	30-60 mg
3.	Vitamin C	100 mg	40 mg
4.	Vitamin B-1	1, 3 mg	0, 5 mg
5.	Vitamin B-2	1, 3 mg	0, 5 mg
6.	Vitamin B-12	2, 6 mikrogram	1 mikrogram
7.	Vitamin D	10 mikrogram	5 mikrogram

Tabel 2. 2 Perbandingan Tambahan Nutrisi Ibu Menyusui Wanita Asia dan Amerika (Sulistyawati, 2009).

Selain nutrisi tersebut, ibu menyusui juga dianjurkan makan makanan yang mengandung asam lemak Omega 3 yang banyak terdapat dalam ikan kakap, tongkol, dan lemuru. Asam ini akan diubah

menjadi DHA yang akan dikeluarkan melalui ASI. Kalsium terdapat pada susu, keju, teri, dan kacang-kacangan. Zat besi banyak terdapat pada makanan laut. Vitamin C banyak terdapat pada buah-buahan yang memiliki rasa kecut, seperti jeruk, mangga, sirsak, apel, tomat, dan lain-lain. Vitamin B-1 dan B-2 terdapat pada padi, kacang-kacangan, hati, telur, ikan, dan sebagainya.

Selain nutrisi, yang tidak kalah penting untuk ibu menyusui adalah cairan (air minum). Kebutuhan minimal adalah 3 liter sehari, dengan asumsi 1 liter setiap 8 jam dalam beberapa kali minum, terutama setelah selesai menyusui bayinya.

Selama menyusui, ibu sebaiknya tidak minum kopi karena kopi akan meningkatkan kerja ginjal sehingga ibu akan buang air kecil lebih sering, padahal ibu sedang membutuhkan lebih banyak cairan. Selain itu, ibu juga harus menghindari asap rokok karena nikotin yang terisap akan dikeluarkan lagi melalui ASI sehingga bayi dapat keracunan nikotin.

Dengan penjelasan tersebut, akhirnya dapat dirumuskan beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui, antara lain:

- 1) Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
- 2) Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.
- 4) Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas.

- 5) Minum kapsul vitaminA (200. 000 unit) agar dapat memberikan vitaminA kepada bayinya melalu ASI, (Sulistyawati, 2009).

2. Ambulasi Dini (Early Ambulation)

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Menurut penelitian, ambulasi dini tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi, dan tidak memperbesar kemungkinan terjadinya prolaps uteri atau retrofleksi. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, dengan dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat. 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 merawat bayinya.
- d. Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis).

Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam demi jam sampai hitungan hari. Kegiatan ini dilakukan secara meningkat secara berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktifitasnya sampai pasien dapat melakukannya sendiri tanpa opendampingan sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi. (Sulistyawati, 2009)

3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena iapun sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien untuk tidak takut buang air besar karena buang air besar tidak akan menambah parah luka jalan lahir. Untuk menghentikan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih, (Sulistyawati, 2009).

4. Kebersihan Diri

Keletihan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu post partum masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya. Bidan harus bijaksana dalam memberikan motivasi ini tanpa mengurangi keaktifan ibu untuk melakukan personal hygiene secara mandiri. Pada tahap awal, bidan dapat melibatkan keluarga dalam perawatan kebersihan ibu.

Beberapa langkah penting dalam perawatan kebersihan 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. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali sehari. Masih adanya luka terbuka di dalam rahim dan vagina sebagai satu-satunya *port de entre* kuman penyebab infeksi rahim maka ibu harus senantiasa menjaga suasana keasaman dan kebersihan vagina dengan baik.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali membersihkan daerah kemaluan.
- e. Jika mempunyai luka episiotomi, hindari untuk menyentuh daerah luka. Ini yang kadang kurang diperhatikan oleh pasien dan tenaga kesehatan. Karena rasa ingin tahunya, tidak jarang pasien berusaha menyentuh luka bekas jahitan diperineum tanpa memperhatikan efek yang dapat ditimbulkan dari tindakannya ini. Apalagi pasien kurang memerhatikan kebersihan tangannya sehingga tidak jarang terjadi infeksi sekunder, (Sulistyawati, 2009).

5. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk

memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti

Kurang istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa kerugian misalnya:

- a. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- b. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- c. Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri, (Suherni, 2009).

Bidan harus menyampaikan kepada pasien dan keluarga bahwa untuk kembali melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga, harus dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Selain itu, pasien juga perlu diingatkan untuk selalu tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang, (Sulistiyawati, 2009).

6. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan, (Sulistiyawati, 2009).

7. Latihan/ Senam Nifas

Mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum.

Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien. Latihan tertentu beberapa menit setiap hari akan sangat membantu untuk mengencangkan otot bagian perut.

9) Tujuan Asuhan Masa Nifas

1. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi.
2. Pencegahan, diagnosis dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu.
3. Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli jika perlu
4. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
5. Imunisasi ibu terhadap tetanus. (sulistyawati, 2009).

10) Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2009) peran dan tanggung jawab dalam masa nifas ini, antara lain sebagai:

1. Teman terdekat, sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapi saat-saat kritis masa nifas.
2. Pendidik dalam usaha pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga.

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

2.2 Manajemen Kebidanan

Menurut Varney (1997), proses penyelesaian masalah merupakan salah satu teori yang dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Dalam buku ajar kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981, Varney berpendapat bahwa proses manajemen kebidanan harus diselesaikan melalui lima langkah. Akan tetapi, setelah menerapkannya, Varney (1997) melihat ada beberapa hal yang harus disempurnakan. Oleh sebab itu, Varney menambahkan dua langkah lagi untuk menyempurnakan teori lima langkah yang dijelaskannya. Terkadang bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu atau mungkin melakukan kolaborasi, konsultasi, bahkan merujuk kliennya. Varney kemudian menyempurnakan proses manajemen kebidanan menjadi 7 langkah. Ia menambahkan langkah III agar bidan lebih kritis dalam mengantisipasi masalah yang mungkin akan dialami klien.

Varney (1997) juga menambahkan satu lagi yang menjelaskan bahwa bidan diharapkan dapat menggunakan kemampuannya untuk melakukan deteksi dini dalam proses manajemen kebidanan. Hal ini ditulis Varney berdasarkan proses manajemen kebidanan American College of Nurse Midwife, yang pada dasarnya sama dengan proses manajemen menurut Varney.

2.2.1 Prinsip Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan, berdasarkan standar yang dikeluarkan oleh American College of Nurse Midwife adalah sebagai berikut:

- 1) Secara sistematis mengumpulkan dan memperbarui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif tentang kondisi kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- 2) Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar.
- 3) Mengidentifikasi kebutuhan akan layanan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan layanan kesehatan bersama klien.
- 4) Memberikan informasi dan dukungan sehingga klien dapat mengambil keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- 5) Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- 6) Secara pribadibertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual, melakukan konsultasi perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi, serta merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- 7) Merencanakan manajemen untuk komplikasi tertentu, situasi darurat, dan jika ada penyimpangan dari keadaan normal.

2.2.2 Proses Manajemen Menurut Helen Varney (1997)

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat, bidan pada awal 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode pengorganisasian pemikiran dan tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan, baik bagi klien maupun

bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. proses manajemen bukan hanya terdiri atas pemikiran tindakan, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar layanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian, proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberi pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

1) Langkah I: Pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

- (1) Riwayat kesehatan
- (2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- (3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- (4) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

2) Langkah II: Interpretasi data dasar

Pada tahap ini bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien secara tepat berdasarkan interpretasi data yang akurat. Data

dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Kata masalah dan diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan layaknya diagnosis tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah sering kali berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan arahan. Masalah ini sering kali menyertai diagnosis. Sebagai contoh, diperoleh diagnosis kemungkinan wanita hamil, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosis ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Perasaan tidak menginginkan tidak termasuk dalam “nomenklatur standar” tetapi tentu akan menghadirkan masalah yang memerlukan pengkajian lebih lanjut dan perencanaan untuk mengurangi rasa takut tersebut.

3) Langkah III: Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi, atau bila memungkinkan upaya pencegahan, sambil mengamati kondisi pasien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis /masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini sangat penting dalam memberikan asuhan yang aman bagi klien. (saminem, 2010:41).

4) Langkah IV: Mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi perlu/tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun oleh dokter, dan atau kondisi yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Dengan kata lain manajemen bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan pranatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan. Misalnya pada waktu persalinan.

5) Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada tahap ini, bidan merencanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan menurut langkah-langkah sebelumnya. Tahap ini merupakan kelanjutan manajemen diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya, dan bidan dapat segera melengkapi informasi/data yang tidak lengkap.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah yang berkaitan dengan kondisi sosial-ekonomi, budaya, atau psikologis.

6) Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman.

Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memastikan agar langkah-langka tersebut benar-benar terlaksana). Dalam upaya kolaborasi bersama dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana asuhan bersama tersebut. Manajemen yang efisien akan menghemat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan.

7) Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini, bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosis yang telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif apabila memang telah dilaksanakan secara efektif. Bisa saja sebagian dari rencana tersebut telah efektif, sedangkan sebagian lagi belum. mengingat manajemen asuhan kebidanan merupakan suatu kontinum, bidan perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah-langkah pada proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang memengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. proses manajemen tersebut berlangsung didalam tatanan klinis, dan kedua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinik. Oleh sebab itu tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi hanya dalam bentuk tulisan saja, (Saminem, 2010:44)

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan 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

Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari kepada kliennya, yang merupakan suatu proses manajemen kebidanan yang diselenggarakan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan-tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai dengan keputusan tindakan klinik yang dilakukan dengan tepat, efektif dan efisien.

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intra natal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama persalinan, (Varney, 2006).

2) Cara pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi 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

Menginterpretasikan data secara fisik kedalam rumusan dignosa 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

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.

Pada prinsipnya tahap evaluasi adalah pengkajian kembali terhadap klien untuk menjawab pertanyaan seberapa jauh tercapainya rencana yang dilakukan. (Helen Varney, 1997. Varney Midwifery Teks Book, Thirt edition, Jonas and Barlett, London.)

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

1. Data Subjektif

- a. Umur 16–35 tahun (score puji rohyati), Usia < 16 th dan > 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan karena alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap(JNP-KR/POGI, 2010).
- b. keluhan utama: Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki/vulva. (kusmiati, 2009).
- c. Kunjungan : pertama/ulang

Kunjungan Ante-Natal Care(ANC) minimal I kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu), satu kali pada trimester II(usia kehamilan 14-27 minggu), dua kali pada trimester III(usia kehamilan 28-40 minggu), (sulistyawati, 2011)
- d. Menarche Riwayat Kebidanan

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

e. Riwayat obstetri yang lalu

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

f. Riwayat Kehamilan Sekarang :

Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, sering buang air kecil. konstipasi. sakit punggung bagian atas dan bawah.

g. Pergerakan anak pertama kali: ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir, (Varney, 2008).

h. Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir :Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dg hipoksia berat /janin meninggal, (Prawirohardjo, 2008)

i. Pergerakan anak pertama kali:ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke !8 setelah masa menstruasi terakhir, (varney, 2008).

j. Imunisasi yang sudah didapat:Imunisasi selama kehamilan sangat penting untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh DPT samapai 3 kali) statusnya T2. Bila telah

mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (sulistyowati, 2009).

k. Penyuluhan yang sudah di dapat :

Nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda-tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara, seksualitas, persiapan persalinan.

l. Pola kesehatan fungsional:

a) Pola nutrisi dan cairan

Untuk mengetahui apakah nutrisi sudah mencukupi atau belum, dan adakah pantangan makanan atau tidak normalnya porsi makan 3 x sehari, dengan menu gizi seimbang (Varney, 2007). Tidak berpantang terhadap daging, telur dan ikan. Banyak mengkonsumsi sayur dan buah, banyak minum air putih minimal 2 liter sehari. Cukupi kebutuhan kalori 500mg sehari. Konsumsi tablet Fe selama hamil sampai dengan masa nifas, (sulistyawati, 2009)

b) Pola eliminasi

Eliminasi pada ibu hamil dengan ciri – ciri rata – rata dalam satu hari 1-2 liter, tapi berbeda – beda sesuai dengan cairan yang masuk. Warnanya bening orange tanpa ada endapan, Baunya tajam, tidak ada nyeri berlebihan saat berkemih, (Ganong, William. 2003).

c) Pola istirahat

Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring kiri, kaki lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut sebelah kiri, (sulistyawati, 2012).

d) Pola aktifitas

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

e) Pola seksual

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

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

m. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita:

- a) TBC: keguguran, bayi lahir belum cukup umur, janin mati dalam kandungan, (Rochjati, 2003).
- b) DM: persalinan prematur, Hydramnion, kelainan bawaan, makrosomia, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan minggu ke-36, kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup, kemudian

- mati < 7 hari), pre-eklamsia, kelainan letak janin, insufisiensi plasenta, (Rochjati, 2003)
- c) Jantung: kelahiran premature, BBLR, bayi dapat lahir mati, (Rochjati, 2003)
 - d) HIV: terjadi gangguan pada sistem kekebalan tubuh, dan ibu hamil mudah terkena infeksi, kehamilan memperburuk progresifitas infeksi HIV, pertumbuhan intra uterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan resiko prematur, bayi dapat tertular dalam kandungan atau tertular melalui ASI, (Rochjati, 2003).
 - e) Toksoplasma: infeksi pada kehamilan muda menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut menyebabkan kelainan kongenital, hidrosefalus, (Rochjati, 2003).
- n. Riwayat psiko-social-spiritual
- 1) Riwayat emosional

Tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Sejumlah ketakutan muncul, klien mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri. (Varney, 2007).
 - 2) Riwayat keluarga berencana (KB)

Jenis-jenis KB yang telah di gunakan menunda kehamilan adalah suntikan KB, AKDR, Pil KB hanya progesterone, Metode sederhana Sehingga tidak mempengaruhi lactasi ibu, (Manuaba, 1998)

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum: Baik

b. Kesadaran : Composmentis

Antropometri

a) Kesadaran compos mentis

b) Bb :perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan yaitu 4 kg pada kehamilan trimester I. 0, 5 kg/minggu pada kehamilan trimester II sampai III. Totalnya sekitar 15-16kg., (sulistyawati, 2009)

c) Tinggi badan > 145 cm bila kurang dicurigai kesempitan panggul

d) Ukuran LILA:standart minimal untuk ukuran Lingkar Lengan Atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23, 5 cm, bila kurang maka status gizi buruk. (kusmiati, 2010)

e) Pemeriksaan panggul :

a. Distansia spinarum (23 – 26 cm)

b. Distansia kristarum (26 – 29 cm)

c. Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm)

d. Lingkar panggul (80 – 90 cm), (kusuma., 2012).

f) Taksiran persalinan : usia kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau postdate, (Manuaba 2012).

g) Usia Kehamilan TM 3:

28 minggu: TFU 3 jari diatas pusat

32 minggu: TFU pertengahan prosessus xifoideus

36 minggu: TFU 3 jari bawah prosessus xifoideus

40 minggu: TFU pertengahan prosessus xifoideus, (kusuma, 2012).

h) Tanda- tanda Vital

(1) Suhu :36° C-37°C

(2) Nadi :60-100 x/ menit

(3) Pernafasan :12-20x/menit, (kusuma, 2012)

(4) Tekanan darah :dibawah 140/90

(Abdul bari saifuddin, 2004)

i) Pemeriksaan Fisik:

1) Wajah : tidak ada oedema, tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak pucat. (kusmiyati 2010).

2) Mata : conjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, (kusuma. 2012).

3) Mulut & gigi : gingivitis disebabkan peningkatan vaskularitas dan proverasi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen(Bobak 2012).

4) Dada : ada retraksi dada atau tidak, (Bobak 2012).

5) Mammae : Hiperpigmentasi areola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan, kolostrum keluar.

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

a. Palpasi

Leopold I : aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoid, fundus teraba bagian bundar, lunak tidak melenting.

Leopold II : teraba bagian seperti papan, panjang di bagian kiri atau kanan dan sisi lainnya teraba bagian terkecil janin.

Leopold III : bagian bawah teraba bagian besar, bulat, kersa, melenting.

Leopold IV : convergen (kepala belum masuk PAP).

b. Mengukur TFU:

Usia kehamilan (bulan) :TFU $cm \times 2/7$ (atau +)

Usia kehamilan (minggu):TFU $cm \times 8/7$, (kusuma, 2012).

c. Menghitung TBJ:

Rumus Johnson – Tausak: $BB = (mD - 13) \times 155$

BB= Berat badan ; md = Jarak simfisis – fundus uteri.

7) DJJ jelas, teratur, frekuensi 120 – 160 / menit

Auskultasi:

Dari anak : denyut jantung janin, frekuensi, teratur/tidak, dimana letak punctum maksimum.

Dari ibu : bising rahim, bunyi aorta, bising usus. (kusuma., 2012)

8) Genetalia : apakah ada luka diperinium, keadaan vagina: warnanya, varises, flour albus, condiloma.

Pengeluaran pervagina: bagaimana warnanya, konsistensi dan jumlah. Apakah terdapat haemoroid atau tidak.

9) Ektremitas : apakah ada oedem, kekakuan sendi dan varises, patella reflek, (kusuma, 2009).

10) pemeriksaan penunjang:

- a. kadar Hb normal lebih dari 11 gr%,
- b. albumin urine negatif
- c. reduksi urine negatif, (sulaiman, 1983:157).
- d. pregnant test
- e. USG, (kusuma, 2012). USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi janin bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin, (Feryanto, 2011).

2) Interpretasi data dasar Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G PAPIAH usia kehamilan... minggu, tunggal atau gemeli, Hidup atau mati, letak kepala U intrauterine atau ektrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Masalah : cemas dan tidak sabar menanti kehadiran sang bayi, (varney, 2007)
3. Kebutuhan : dukungan emosional, KIE tentang tanda-tanda persalinan.

3) Antisipasi terhadap diagnosa atau masalah potensial

Tidak ada

4) Mengidentifikasi dan Menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tidak ada

5) Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan

Rasional: Informasi mengenai bimbingan antisipasi meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janin, (Moorhouse, 2001)

2. Jelaskan kepada ibu mengenai ketidaknyamanan yang terjadi pada kehamilan TM 3

Rasional: membantu klien mengurangi kecemasan, mengantisipasi dan mampu melakukan penanganan sedini mungkin, (Moorhouse, 2001).

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

Rasional: Nutrisi pada ibu hamil dibutuhkan tambahan kalori 285 kkal/hari, protein 75-100 gram/ hari, zat besi 30-60 gram. hari, dimana dapat menunjang pertumbuhan ibu dan janin(sulit), (Moorhouse, 2001).

4. Anjurkan ibu istirahat yang cukup

Rasional : Memenuhi kebutuhan metaboli, serta meningkatkan aliran darah ke uterus dan dapat menurunkan kepekaan aktivitas uterus, (Moorhouse, 2001).

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

Rasional : aktivitas yang berat dianggap dapat menurunkan sirkulasi uteroplasenta, kemungkinan mengakibatkan brakikardi janin, (Moorhouse, 2001).

6. Jelaskan pada ibu tanda bahaya kehamilan trimester 3

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

7. Jelaskan tanda-tanda persalinan

Rasional: membantu ibu mengenali tanda-tanda persalinan.

8. Beri multivitamin

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

9. Anjurkan kontrol ulang

Rasional: memantau keadaan ibu dan kesejahteraan janin, (Moorhouse, 2001)

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama:

Mengeluarkan lendir darah, Perut terasa tegang, keluar lender bercampur darah, ketuban merembes atau pecah, (Manuaba. 1998).

Kontraksi 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, (DEPKES RI, 2008).

b. Riwayat kehamilan sekarang:

Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir: gerakan menendang atau tendangan janin (10 erakan dalam 12 jam). Gerakan janin yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan hipoksia berat atau janin meninggal, (Prawirohardjo, 2008).

c. Pola fungsional:

a) Nutrisi : Kebutuhan nutrisi pada ibu bersalin meliputi jenis makanan yang dimakan, jumlah, frekwensi baik sebelum inpartu maupun saat inpartu. Memberikan ibu asupan makanan ringan dan minum air sesering mungkin agar tidak terjadi dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi/ kontraksi menjadi kurang efektif, (JNPK-KR/POGI, 2008).

b) Eliminasi: BAB sebelum persalinan kala II, rectum yang penuh akan menyebabkan ibu merasa tidak nyaman dan kepala tidak masuk PAP, pastikan ibu mengosongkan kandung kemih, (Hamilton, 2002).

c) Istirahat : tidur miring kiri, (JNPK-KR/POGI, 2008).

d) Aktivitas: berjalan-jalan, duduk, berbaring.

e) Pola seksual/ reproduksi

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

f) Riwayat Psiko-Sosio-Spiritual

a. Psikologi

Ketakutan: Gagal, nyeri, sesuatu yang tidak diketahui; mungkin dipengaruhi oleh pengalaman obstetrik sebelumnya, (Medforth, 2012).

b. Sosial budaya

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

g) Riwayat Penyakit Sistemik yang pernah diderita

Dalam keadaan normal ibu dan riwayat kesehatan keluarga tidak pernah menderita penyakit jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, DM, hipertensi, dan TORCH.

h) Pemeriksaan Lab/ Penunjang

a. Pemeriksaan darah: HB, gilda

b. Pemeriksaan Urin: protein dan gula, (Mochtar, 1998).

2. Obyektif

1) Kesadaran compos mentis

a. Suhu : 36, 5- 37°C

b. Nadi : 60-100 x/menit

c. Tekanan darah : sistolik:100-140mmhg
diastolik:, 85 mmhg, (kusuma, 2012).

2) Pemeriksaan fisik:

a. Muka : Adanya cloasma gravidarum, tidak sembab

- b. Mata : Konjungtiva merah jambu, sclera tidak ikterus, tidak bengkak pada kelopak mata
- c. Mulut dan gigi : Mukosa bibir lembab, stomatitis, caries gigi menandakan kekurangan kalsium.
- d. Mammae : Hiperpigmentasi areola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan.
- e. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi, Leopold IV: 3/5 bagian
- f. Genitalia: blood show, lendir, haemoroid.
- g. Ekstremitas : odem atau tidak
- h. Pemeriksaan dalam: Servik lunak, mendatar, pembukaan servik Ø 1-10cm, effacement 25%-100%, ketuban utuh/ pecah, presentasi kepala, Hodge I-IV, denominator, ada molase/ tidak, teraba bagian kecil dan terkecil janin/ tidak.

2) Interpretasi Data Dasar

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

1. Diagnosa : G PAPIAH usia kehamilan 28-40 minggu, tunggal atau gemeli, Hidup atau mati, letak kepala U intrauterine atau ektrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik dengan inpartu kala 1 fase laten/fase aktif, (Sastrawinata, 1983).
2. Masalah : takut, cemas dan nyeri akibat kontraksi
3. Kebutuhan : Dukungan emosional, dampingi ibu saat persalinan, berikan posisi yang nyaman, berikan makan dan minum.

3) Antisipasi terhadap diagnosa/ masalah potensial

Persalinan lama, partus macet.

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

5) Intervensi

1. KALA I

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 12 jam (primigravida) / 8 jam (multigravida) diharapkan terjadi pembukaan lengkap dan ibu masuk kala II, (Manuaba, 2010).

Krtiteria : Keadaan umum ibu dan janin baik, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban pecah jernih, terdapat penurunan bagian terbawah janin, his adekuat dan terdapat tanda gejala kala II (adanya dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva yang membuka).

1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisinya saat ini.

Rasional: alih informasi kepada ibu dan keluarga.

2) Anjurkan suami untuk mengisi lembar inform consent.

Rasional : bukti persetujuan antara klien dengan bidan. Ibu dan keluarga.

3) Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasional : standart operasional pelayanan persalinan normal

4) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan

Rasional : standart operasional persalinan normal

5) Persiapan rujukan

Rasional : jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan/atau bayinya.

6) Berikan asuhan sayang ibu

(1) Berikan dukungan emosional

Rasional : keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan

(2) Atur posisi ibu

Rasional : pemenuhan kebutuhan rasa nyaman

(3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup

Rasional : pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan

(4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih

Rasional : tidak mengganggu proses penurunan kepala

(5) Lakukan pencegahan infeksi

Rasional : terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi dan pencegahan infeksi silang.

(6) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.

Rasional : memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan

(7) Observasi DJJ setiap 30 menit

Rasional : memantau dan mengetahui ketidaknormalan DJJ dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

(8) Nilai kemajuan persalinan dengan patograf pada fase aktif dan pada lembar observasi pada fase laten.

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

2. KALA II

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 1 jam pada multi/ ≤ 2 jam pada primi diharapkan bayi dapat lahir spontan dan normal.

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

1. Dengar dan lihat adanya tanda persalinan kala dua(dorongan meneran, tekanan pada anus, perenium menonjo, vulva membuka).
2. Pastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan.
3. Pakai clemek plastic
4. Lepaskan semua perhiasan dan mencuci tangan
5. Pakai handcun pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
6. Hisap oksitosin 10 unit kedalam spuit
7. Bersihkan vulva dan perineum dengan kapas DTT
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan
9. Dekontaminasi handscun kedalam larutan klorin 0,5%
10. Periksa DJJ setelah kontraksi berakhir dan pastikan djj dalam batas normal (120-160).

11. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman dan memberikam semangat pada ibu saat ibu mulai meneran
12. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13. Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, jika ibu tidak mempunyai dorongan meneran anjurkan ibu untuk berjongkok, berjalan dan mengambil posisi yang nyaman
14. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
15. Letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
16. Buka partus set
17. Pakai handscun steril pada kedua tangan
18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi. Letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan/bernafas cepat saat kepala lahir
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain/kasa yang bersih
20. Periksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi
21. Tunggu hingga kepala bayi malakukan putaran paksi luar secara spontan

22. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi dan menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu anterior
23. Setelah kedua bahu lahir, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir dengan disangga tangan, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan
24. Tangan kiri memegang kepala bahu, lengan menyusuri sampai bokong.
25. Lakukan penilaian selintas/sesaat
26. Keringkan tubuh bayi
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

3. KALA III

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

Kriteria hasil: Plasenta lahir lengkap, tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

Intervensi langkah APN ke 28-40

28. Beritahu ibu akan disuntik oksitosin, agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Berikan suntik oksitosin 10 unit IM setelah 1 menit bayi lahir pada 1/3 paha atas bagian distal lateral ibu

30. setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan jepit lagi 2 cm dari klem pertama
31. Potong tali pusat diantara 2 klem dengan dilindungi tangan dibawah tali pusat yang akan dipotong
32. Ikati tali pusat dengan benang steril
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakkan tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis untuk melakukan palasi, kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
36. Tunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian keatas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso cranial)
38. Saat plasenta terlihat diintroitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin (kemudian melahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan)

39. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan tangan diatas fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar
40. Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel keibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.

4. KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 2 jam diharapkan tidak terjadi komplikasi.

Kriteria hasil : K/U ibu baik, TTV dalam batas normal, uterus berkontraksi baik, tidak terjadi perdarahan, kandung kemih kosong.

Intervensi langkah APN ke 41-58

41. Evaluasi laserasi vulva dan perineum
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik
43. Biarkan bayi tetap kontak kulit dengan ibu ≤ 1 jam
44. Setelah 1 jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, tetes mata, vit. K disuntikkan pada paha bagian kiri
45. Setelah 1 jam pemberian vit. K, kemudian berikan imunisasi hepatitis B dipaha bagian kanan
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan
47. Ajarkan pada ibu/keluarga bagaimana cara melakukan masase
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49. Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit 1 jam pertama, 30 menit 2 jam kedua

50. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan spontan
51. Tempatkan peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%
52. Buang bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT
54. Pastikan ibu merasa nyaman dan menganjurkan pada keluarga untuk membantu memberi makan dan minum
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Bersihkan handscun kedalam larutan klorin 0,5%
57. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Lengkapi partograf Mengedan ketika ada kontraksi.

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian

1. Data subyektif
 - a. Keluhan Utama : Nyeri pada jahitan, demam, nyeri dan bengkak pada payudara., nyeri pada symphysis 3-4 hari pertama, dysuria, nyeri leher atau punggung, hemoroid, cemas.
 - b. Pola Kebiasaan Sehari-hari
 - a) Mobilisasi : Mobilisasi setelah bersalin, harus istirahat dengan tidur terlentang Selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring – miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli, hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 diperbolehkan pulang.

- b) Diet: Nutrisi Tidak dianjurkan untuk tarak. Mengkonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori dan tahun kedua 400 kalori. Asupan cairan 3 liter/hari, 2 liter didapat dari air minum dan 1 liter dari cairan yang ada pada kuah sayur, buah dan makanan yang lain
- c) Eliminasi : Dalam 6 jam ibu nifas harus sudah bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam. Urine dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan. BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diit cairan, obat-obat analgesic dan perineum yang sakit.
- d) Kebersihan diri: Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali sehari. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali membersihkan daerah kemaluan. Jika mempunyai luka episiotomi, hindari untuk menyentuh daerah luka.
- e) Perawatan Payudara (mammas) : Perawatan mammas telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
- f) Istirahat: Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk

beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti,

- g) Aktifitas: 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, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.
- h) Seksual: Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

2. Objektif:

a. Pemeriksaan umum:

- (1) Tekanan dara: 110/70-130/90 mmhg
- (2) Nadi : 80-100x/menit
- (3) Pernafasan: 16-20x/menit
- (4) Suhu: 36, 5° c - 37, 5° c, (Prawirohardjo, 2006)

b. Pemeriksaan fisik:

- 1. Wajah : wajah pucat (anemia), tidak odem.
- 2. Mata : conjuntiva pucat (anemia), sklera kuning (hepatitis)

3. Payudara : hiperpigmentasi pada areola, dan puting susu menonjol, kolostrum keluar
4. Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi keras, kandung kemih kosong.
5. Genitalia : tidak odem, jahitan basah, lochea rubra, perdarahan sedikit.

2) Interpretasi data dasar

- (1) Diagnosa : PAPIAH, post partu hari ke...
- (2) Masalah : kram perut, nyeri perenium, demam, perdarahan, sakit kepala, pandangan mata kabur.
- (3) Kebutuhan : HE penyebab kram perut, dan nyeri perenium, demam, mencegah perdarahan.

3) Antisipasi terhadap diagnose potensial

Antonia uteri, infeksi

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan

Tidak ada

5) Intervensi

Post Partum 6-8 jam

1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
2. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
3. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
4. Pemberian asi awal.

5. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Post partum 6 hari – 2 minggu

1. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau.
2. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan)
3. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.
4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
5. Memberikan konsling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.

Post partum 6 minggu

1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dialami atau bayinya.
2. Memberikan konsling KB secara dini.