

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Proses kehamilan merupakan matarantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

(Manuaba ,2010)

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

(Varney ,2007)

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan yang lamanya adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir.

(Prawirohardjo, 2009).

2.1.2 Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil

a. Perubahan Fisik

1) Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama di bawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus, di samping itu serabut-serabut kolagen yang ada pun menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Berat uterus normal lebih kurang 30 gram, pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus ini menjadi 1000 gram, dengan panjang lebih kurang 20 cm dan dinding lebih kurang 2,5 cm.

(Prawirohardjo, 2009)

Pada awal kehamilan terjadi penebalan sel otot-otot uterus, yang dipengaruhi oleh posisi plasenta, dimana bagian uterus yang mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga menyebabkan uterus tidak rata disebut tanda Piskacek. Pada minggu-minggu pertama istmus uteri mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertropi istmus pada triwulan pertama membuat istmus menjadi panjang dan lebih lunak. Hal ini dikenal sebagai tanda Hegar.

(Prawirohardjo, 2009)

2) Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Serviks banyak mengandung jaringan ikat, jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak, warna menjadi biru, membesar (oedema) pembuluh darah meningkat, lendir menutupi ostium uteri (kanalis cervikalis) serviks menjadi lebih mengkilap.

(Prawirohardjo, 2009)

3) Vagina dan vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut Chadwick warna portio pun tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar, hal ini karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia meningkat.

(Prawirohardjo, 2009)

4) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya korpus luteum graviditatum yang masih ada sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditatum berdiameter kira-kira 3 cm. Korpus luteum 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.

(Prawirohardjo, 2009)

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. 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. Meskipun dapat dikeluarkan air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormon. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun, peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan meningkatkan produksi air susu, areola akan membesar dan kehitaman, kelenjar montgomery membesar dan cenderung menonjol keluar.

(Prawirohardjo, 2009)

6) Volume Sirkulasi Darah

Volume darah dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pengenceran darah (hidremia / hemodulasi), bertambahnya hemodulasi darah mulai tampak sekitar umur 16 minggu sampai puncaknya pada umur 30 minggu, volume darah bertambah sekitar 25-30 %. Curah jantung akan bertambah kira-kira 30 %.

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 urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang memulai membesar, sehingga timbul sering kencing. Gangguan 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. Pada glomerulus bertambah sekitar 69 % oleh karena hemodilusi. Ureter lebih membesar selama kehamilan karena pengaruh progesteron, ureter kanan lebih membesar daripada ureter kiri karena lebih banyak mendapat tekanan dari kolon dan sigmoid di sebelah kiri dan tekanan rahim yang membesar sehingga terjadi perputaran rahim ke arah kanan.

(Manuaba, 1998)

9) Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh peningkatan melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat 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.

(Prawirohardjo, 2009)

10) 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.

11) Tulang dan gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen melunak, juga terjadi sedikit pelebaran pada tulang persendian. Apabila kebutuhan kalsium janin kurang dari pemberian makanan, maka kekurangan itu akan diambil dari kalsium pada tulang-tulang ibu. Oleh

sebab itu pemberian tambahan kalsium pada ibu yang hamil sangat penting untuk mencegah pengeroposan tulang.

(Mochtar, 1998)

b. Perubahan Psikologis Ibu hamil trimester III

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

Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu mulai merasa takut akan sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu persalinan. Rasa tidak nyaman timbul kembali karena perubahan body image yaitu merasa dirinya aneh dan jelek. Ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

Wanita juga mengalami proses berduka seperti kehilangan perhatian dan hak istimewa yang dimiliki selama kehamilan, terpisahnya bayi dari bagian tubuhnya, dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Perasaan mudah terluka juga terjadi pada masa ini. Wanita tersebut mungkin merasa canggung, jelek, tidak rapi, dia membutuhkan perhatian yang lebih besar dari pasangannya. Pada pertengahan trimester ketiga,

hasrat seksual tidak setinggi pada trimester kedua karena abdomen menjadi sebuah penghalang.

(Kusmiyati, 2009)

c. Ketidaknyamanan dan cara mengatasi pada kehamilan trimester III

1) Konstipasi atau Sembelit

Konstipasi atau Sembelit selama kehamilan terjadi karena Peningkatan hormone progesterone yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus kurang efisien, konstipasi juga dipengaruhi karena perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga uterus menekan daerah perut, dan penyebab lain konstipasi atau sembelit adalah karena tablet besi (iron) yang diberikan oleh dokter/ bidan pada ibu hamil biasanya menyebabkan konstipasi juga, selain itu tablet besi juga menyebabkan warna feses (tinja) ibu hamil berwarna kehitam-hitaman tetapi tidak perlu dikhawatirkan oleh ibu hamil karena perubahan warna feses karena pengaruh zat besi dan hal itu adalah normal.

Cara mengatasi konstipasi atau sembelit adalah:

- a) Minum air putih yang cukup minimal 6-8 gelas/ hari.
- b) Makanlah makanan yang berserat tinggi seperti sayuran dan buah-buahan.
- c) Lakukanlah olahraga ringan secara teratur seperti berjalan (Jogging).

2) Edema atau pembengkakan

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan

sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang. Pakaian ketat yang menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bagian bawah juga memperburuk masalah. Edema akibat kaki yang menggantung secara umum terlihat pada area pergelangan kaki dan hal ini harus dibedakan dengan perbedaan edema karena preeklamsia/eklamsia.

Adapun cara penanganannya adalah sebagai berikut:

- a) Hindari menggunakan pakaian ketat
- b) Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
- c) Posisi menghadap kesamping saat berbaring
- d) Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan vena-vena panggul

3) Insomnia

Pada ibu hamil, gangguan tidur umumnya terjadi pada trimester I dan trimester III. Pada trimester III gangguan ini terjadi karena ibu hamil sering kencing (dibahas pada sub bahasan sebelumnya yaitu sering buang air kecil/nokturia), gangguan ini juga disebabkan oleh rasa tidak nyaman yang dirasakan ibu hamil seperti bertambahnya ukuran rahim yang mengganggu gerak ibu.

Beberapa cara untuk mengurangi gangguan insomnia, yaitu:

- a) Ibu hamil diharapkan menghindari rokok dan minuman beralkohol
Menghindari merokok dan mengonsumsi alkohol pada saat hamil.

Selain membahayakan janin, rokok dan alkohol juga membuat ibu hamil sulit tidur.

- b) Ibu hamil diharapkan menghindari kafein, Menghindari kafein dapat membuat seseorang susah tidur dan membuat jantung berdebar. Selain, selain terdapat pada kopi, kafein juga terdapat pada teh soda, dan cokelat.
- c) Sejukkan kamar tidur. Hentikan olahraga, setidaknya 3 atau 4 jam sebelum tidur, Melakukan latihan fisik atau berolahraga ringan selama hamil memang sangat baik untuk menunjang kesehatan fisik dan mental ibu. Namun, jangan sampai karena berolahraga, jangan sampai tubuh ibu tidak sempat untuk beristirahat cukup setelah berolahraga.
- d) Usahakan tidur sebentar di siang hari, Tidur di siang hari dapat membantu ibu mengusir rasa lelah. Sebaiknya tidur di siang hari cukup dilakukan 30 sampai 60 menit saja. Jika ibu terlalu lama tudursiang, bisa jadi ibu tidak dapat tidur di malam hari.
- e) Buat jadwal yang teratur, Mengatur waktu tidur dan bangun akan membantu ibu untuk tidur dan bangun pada jam yang sama setiap harinya. Untuk mempermudah tertidur, usahakan agar ibu tenang dan rileks.
- f) Biasakan tidur dalam posisi miring ke kiri mulai trimester pertama sampai akhir kehamilan. Posisi tidur miring ke kiri juga akan membantu darah dan nutrisi mengalir lancar ke janin dan rahim, serta membantu ginjal untuk sedikit memperlambat produksi urine.

Membiasakan tidur dalam posisi ini juga bermanfaat untuk membantu ibu tidur lebih optimal ketika perut semakin membesar pada trimester III.

4) Nyeri punggung bawah (Nyeri Pinggang)

Nyeri punggung bawah (Nyeri pinggang) merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring penambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Masalah memburuk apabila wanita hamil memiliki struktur otot abdomen yang lemah sehingga gagal menopang berat rahim yang membesar. Tanpa sokongan, uterus akan mengendur. Kondisi yang membuat lengkung punggung semakin memanjang. Kelemahan otot abdomen lebih sering terjadi pada wanita *grande multipara* yang tidak pernah melakukan latihan untuk memperoleh kembali struktur otot abdomen normal. Nyeri punggung juga bisa disebabkan karena membungkuk yang berlebihan, berjalan tanpa istirahat, angkat beban, hal ini diperparah apabila dilakukan dalam kondisi wanita hamil sedang lelah. Mekanika tubuh yang tepat

saat mengangkat beban sangat penting diterapkan untuk menghindari peregangan otot tipe ini.

Berikut ini adalah dua prinsip penting yang sebaiknya dilakukan oleh ibu hamil :

- a) Tekuk kaki saat membungkuk ketika mengambil atau mengangkat apapun dari bawah.
- b) Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit didepan kaki yang lain saat menekukan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari proses setengah jongkok.

Cara untuk mengatasi ketidaknyamanan ini antara lain:

- a) Postur tubuh yang baik
- b) Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban.
- c) Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat
- d) Gunakan sepatu bertumit rendah; sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis
- e) Jika masalah bertambah parah, pergunakan penyokong penyokong abdomen eksternal dianjurkan (contoh korset maternal atau belly band yang elastic)
- f) Kompres hangat (jangan terlalu panas) pada punggung (contoh bantal pemanas, mandi air hangat, duduk di bawah siraman air hangat)
- g) Kompres es pada punggung.
- h) Pijatan/ usapan pada punggung

- i) Untuk istirahat atau tidur; gunakan kasur yang menyokong atau gunakan bantal dibawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan.

5) Sering Buang Air Kecil

Peningkatan frekuensi berkemih atau sering buang air kecil disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat karena kapasitas kandung kemih berkurang¹². Sebab lain adalah karena nocturia yang terjadinya aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada saat tidur malam hari. Akibatnya adalah pola diurnal kebalikannya sehingga terjadi peningkatan pengeluaran urin pada saat hamil tua. Cara mengurangi ketidaknyamanan ini adalah:

- a) Ibu perlu penjelasan tentang kondisi yang dialaminya
- b) Mengurangi asupan cairan pada sore hari

(Varney, 2007)

2.1.3 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan lewat jalan lahir dapat berupa warna merah segar atau kehitaman, banyak dan berulang, disertai atau tidak disertai nyeri perut. Perdarahan ini dapat berarti *plasenta previa* (plasenta yang menutupi jalan lahir) atau *solusio plasenta* yakni terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta dari tempat perlekatannya pada dinding rahim sebelum bayi lahir.

b) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari eklamsi.

c) Gangguan masalah penglihatan

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (ringan) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnyan pandangan kabur atau terbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan suatu tanda pre-eklamsi.

d) Bengkak pada muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau dengan berbaring sambil meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung dan pre-eklamsi.

e) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat, dapat didahului atau disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa berarti persalinan prematur, solusio plasenta.

f) Bayi kurang bergerak seperti biasanya

Bayi kurang bergerak seperti biasa, ibu yang sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya (*multigravida*) dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu sedangkan pada ibu yang baru pertama kali hamil (*primigravida*) pada usia kehamilan 18-20 minggu. Bayi normal bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Jika gerakan janin kurang dari 3 kali dalam 1 jam, komplikasi yang bisa timbul adalah *IUFD (Intra uteri fetal death)*.

g) Keluar air ketuban sebelum waktunya

Yang dinamakan ketuban pecah dini adalah apabila terjadi sebelum persalinan berlangsung yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intra uteri atau oleh kedua faktor tersebut, juga karena adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan servik dan penilaiannya ditentukan dengan adanya cairan ketuban di vagina. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (nitrazin test) merah menjadi biru.

(Asrinah, 2010)

2.1.4 Pengertian Antenatalcare

Antenatal care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim.

(Manuaba, 1998)

ANC adalah asuhan yang diberikan untuk ibu hamil sebelum persalinan untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan

(Pusdiknakes, 2004)

2.1.5 Tujuan Pengawasan Antenatalcare

a. Tujuan Umum

Menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas, sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat.

b. Tujuan Khusus

- 1) Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan dan nifas.
- 2) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
- 3) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.
- 4) Memberikan nasehat-nasehat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas dan laktasi.

(Mochtar, 1998)

- 5) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 6) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial Ibu dan Bayi.
- 7) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembendaharaan.
- 8) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu mempunyai bayi dengan trauma seminimal mungkin
- 9) Mempersiapkan Ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 10) Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

(Saifuddin, 2007)

2.1.6 Standar Pelayanan Antenatal Care

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan. Penambahan berat badan kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*)

(Kementrian kesehatan RI, 2012: 8).

- 2) Ukur Tekanan Darah. Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan (Kementrian kesehatan RI, 2012: 9).

- 3) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA). LILA kurang dari 23,5 cm ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR)

(Kementrian kesehatan RI, 2012: 9).

- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan

(Kementrian kesehatan RI, 2012: 9).

- 5) Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

(Kementrian kesehatan RI, 2012: 9).

- 6) Skrining Status Imunisasi Tetanus Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Bila Diperlukan.

1. TT1 Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus

2. TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 dengan efektifitas 3 tahun.

3. TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2 dengan efektifitas 5 tahun.

4. TT4 diberikan 1 tahun setelah TT3 dengan efektifitas 10 tahun.

5. TT5 diberikan 1 tahun setelah TT4 dengan efektifitas 25 tahun.

- 7) Beri Tablet Darah Untuk mencegah anemia gizi besi dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama

(Kementrian Kesehatan RI, 2012: 10).

- 8) Periksa Laboratorium (Rutin Atau Khusus)
- a. Pemeriksaan golongan darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.
 - b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.
 - c. Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi.
 - d. Pemeriksaan kadar gula darah pada ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus.
 - e. Pemeriksaan darah malaria pada semua ibu hamil di daerah endemis Malaria.
 - f. Pemeriksaan tes sifilis di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis.
 - g. Pemeriksaan HIV pada ibu hamil di daerah terkonsentrasi HIV dan ibu hamil risiko tinggi terinfeksi HIV.
 - h. Pemeriksaan BTA pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberculosis

(Kementrian Kesehatan RI, 2012: 10-11).

- 9) Tatalaksana/ Penanganan Kasus kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

(Kementrian Kesehatan RI, 2012: 10).

- 10) Temu Wicara/ Konseling tentang :

- a. Kesehatan ibu,
- b. Perilaku hidup bersih dan sehat,
- c. Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan,

- d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi,
- e. Asupan gizi seimbang,
- f. Gejala penyakit menular dan tidak menular,
- g. Penawaran untuk melakukan testing dan konseling HIV di daerah terkonsentrasi HIV/ bumil risiko tinggi terinfeksi HIV,
- h. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif,
- i. KB pasca persalinan.,
- j. Imunisasi dan
- k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

(Kementrian Kesehatan RI, 2012: 12-13)

2.2 Persalinan/Inpartu

2.2.1 Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipiskan serviks dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Sarwono, 2007)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. (Mochtar, 1998)

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

(Manuaba, 1998)

2.2.2 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. 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 :

1) 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)

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu

(JNPK-KR/POGI, 2008)

3) 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)

4) 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)

5) 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)

2.2.3 Cara Persalinan

- 1) Persalinan spontan (normal) disebut juga partus spontan, adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) Persalinan buatan (abnormal) ialah persalinan per vaginam dengan bantuan tenaga dari luar (alat-alat) atau melalui dinding perut dengan operasi caesarea.
- 3) Persalinan anjuran ialah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan (pemecahan ketuban, pemberian pitosin atau prostaglandin)

(Manuaba, 1998)

2.2.4 Usia/tuanya kehamilan

- 1) Abortus/keguguran
Terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, Umur hamil sebelum 28 minggu, Berat janin kurang dari 1.000 gram
- 2) Persalinan prematuritas
Persalinan sebelum umur hamil 28-36 minggu, Berat janin kurang dari 2.499 gram
- 3) Persalinan aterm

Persalinan antara umur hamil 37-42 minggu, Berat janin di atas 2.500 gram

4) Persalinan serotinus

Persalinan melampaui umur hamil 42 minggu, Pada janin terdapat tanda post maturitas

5) Persalinan presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam

(Manuaba. 1998)

2.2.5 Tanda-tanda Permulaan Persalinan

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

Tanda-tandanya sebagai berikut :

- 1) Ligthening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primi gravida
- 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)

2.2.6 Tanda-tanda Inpartu

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang dapat lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir dan bercampur darah (show) lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

(Mochtar, 1998)

2.2.7 Fisiologi Persalinan

a. Kala I

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

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase yaitu :

- 1) Fase Laten persalinan.
 - a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
 - b. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
 - c. Pada umumnya fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam.
- 2) Fase Aktif persalinan
 - a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selam 40 detik atau lebih).

b. Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin

(JNKP-KR/POGI, 2008)

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

a. Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm pembukaan menjadi 4 cm.

b. Fase dilatasi maksimal yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

c. Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap

(Sarwono, 2007)

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

(Sarwono, 2007)

b. Kala II

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

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

(Sumarah, 2008)

1) Tanda gejala kala II

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

Tanda pasti kala dua persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina

(JNPK-KR/POGI, 2008)

2) Mekanisme persalinan normal

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

a. Turunnya kepala

Masuknya kepala kedalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. dan pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kedalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. pada multipara sebaliknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

b. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah sehingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, cervik, dinding panggul atau dasar panggul.

c. Rotasi dalam / putaran paksi dalam

Putar paksi dalam tidak terjadi sendiri tetapi selalu bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai ke hodge III, kadang-kadang baru setelah sampai di dasar panggul.

Sebab-sebab putar paksi dalam:

1. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala
2. Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas.

3. Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior

d. Ekstensi

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

e. Rotasi Luar/putaran paksi luar

Setelah kepala lahir maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum, gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang,

kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir

(Unpad, 1983)

c. Kala III (kala pengeluaran uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban

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

1) Tanda-tanda pelepasan plasenta :

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

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

2) Macam-macam pelepasan plasenta :

a. Secara Schultzel

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

b. Secara Duncan

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

3) Perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta :

a. Kustner

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

b. Klein

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

c. Strassman

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

(Mochtar, 1998)

4) Manajemen aktif kala III

- a. Pemberian suntikan oksitosin
- b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- c. Masase fundus uteri

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

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

(JNPK-KR/POGI, 2008)

d. Kala IV

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

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

- a. Tingkat kesadaran pasien.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan.

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 cc sampai 500 cc

(Sumarah, 2008)

2.2.8 Faktor-faktor yang Berperan Dalam Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan adalah sebagai berikut:

1. His/ kontraksi Rahim (power)

Dimulai pada salah satu tanduk rahim, sebelah kanan atau kiri, lalu menjalar keseluruh otot rahim. Fundus uteri berkontraksi lebih dulu, lebih lama dari bagian-bagian lain. Bagian tengah berkontraksi agak lambat dan singkat. Pada daerah serviks tetap pasif atau hanya berkontraksi sangat lemah. Sifat-sifat his yaitu lamanya, kuatnya, teraturannya, seringnya, dan relaksasinya.

2. Jalan lahir (passage)

Keadaan jalan lahir juga memegang peranan penting di dalam persalinan, yang terdiri dari jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang. Secara keseluruhan jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan, mempunyai bidang sempit panggul spina ischiadika, terjadi perubahan pintu atas panggul lebar kanan kiri menjadi pintu bawah panggul dengan lebar ke depan dan ke belakang yang terdiri dari dua segitiga.

3. Janin (*Passenger*)

Faktor janin berperan juga dalam persalinan, hal ini meliputi letak janin di dalam uterus, bisa letak sungsang, letak lintang, letak kepala, dengan

presentasi pncak, presentasi muka dan preasetasi dahi. Bayi yang besar dapat juga menimbulkan kesukaran persalinan.

4. Kejiwaan Ibu (*Psikis*)

Sebagai calon ibu pertama yang pertama kali menghadapi persalinan akan merasa takut sehingga menimbulkan ketegangan yang dapat menyebabkan gangguan pada kontraksi uterus dan hal ini dapat mengganggu persalinan. Faktor psikologis yang dapat mengganggu persalinan adalah penerimaan ibu bersalin atas kehamilannya (kehamilan yang tidak dikehendaki atau tidak), kemampuan untuk bekerjasama dengan pemimpin atau penolong persalinan dan adaptasi ibu bersalin dengan nyeri persalinan.

(Manuaba, 2010).

5. Penolong Persalinan

Peran penolong persalinan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukngan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi/ perasaan maupn fisik dan harus mempunyai ketrampilan serta pengetahuan tentang pertolongan persalinan yang sesuai dengan kompetensi bidan.

(Prawirohardjo, 2009)

2.3 Nifas/Puerperium

2.3.1 Pengertian

Masa nifas atau masa puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

(Prawiroharjo, 2009)

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

(Mochtar, 1998)

2.3.2 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.

waktu untuk sehat sempurna bisa cepat bila kondisi sehat prima, atau bisa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.

(Sulistyawati, 2009)

2.3.3 Tujuan Asuhan Masa Nifas

- 1) Menjaga kesehatan Ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada Ibu maupun bayinya.

- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

(Syarifuddin 2007)

2.3.4 Perubahan Pada Masa Nifas

Pada masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat genitalia ini secara keseluruhannya disebut involusi. Organ kandungan yang mengalami involusi adalah uterus, endometrium dan ligament-ligament

(Prawirohardjo, 2007)

Involusi alat-alat kandungan, yaitu:

a. Uterus

Pada involusi uterus jaringan ikat dan jaringan otot mengalami proses proteolitik. Berangsur-angsur akan mengecil sehingga pada akhir kala nifas biasanya seperti semula dengan berat 30 gr. Proses proteolitik adalah proses pemecahan protein yang akan dikeluarkan melalui urin. Dengan penimbunan air saat hamil akan terjadi pengeluaran urin saat persalinan, sehingga hasil pemecahan protein dapat dikeluarkan

Proses involusi uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat symphysis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Tabel 2.1 Proses involusi uterus

(Muchtar, 1998)

b. Bekas Implantasi Plasenta

Otot-otot uterus berkontraksise segera pasca salin. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir. Bagian bekas implantasi plasenta merupakan suatu luka yang kasar dan menonjol kedalam kavum uteri, segera setelah persalinan. Penonjolan tersebut dengan diameter 7,5 cm, sering disangka sebagai suatu bagian plasenta yang tertinggal setelah 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm dan pada 6 minggu setelah mencapai 2,4 mm dan akhirnya pulih

(Prawirohardjo, 2007)

c. Luka pada jalan lahir

Serviks sering mengalami perlukaan pada persalinan, demikian juga vulva, vagina dan perenium yang semuanya itu merupakan tempat masuknya kuman-kuman pathogen. Proses radang dapat terbatas pada luka-luka tersebut atau dapat menyebar diluar luka asalnya. Bilaluka tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari. (Mochtar, 1998)

d. Lochea

Lochea adalah cairan yang keluar dari liang senggama pada masa nifas. Jumlah dan warnanya akan berkurang secara progresif sampai hari ke 14 dimana pada saat itu, dari vagina hanya keluar sedikit sekret yang berwarna putih atau hampir tidak berwarna.

Lochea dapat dibagi menjadi 3 dengan warnanya yaitu:

- (1) Lochea rubra berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan mekoneum berlangsung 3-4 hari pertama masa nifas. Aliran lochea cukup deras
- (2) Lochea serosa berwarna merah muda, berisi sedikit darah dan lendir serta leukosit dari bekas implantasi plasenta . Berlangsung pada hari ke 5-9 masa nifas dan pengeluaran lochea berkurang.
- (3) Lochea alba berwarna putih kekuningan (krim) mengandung leukosit, lendir serviks dan jaringan nekrosis dari penyembuhan luka endometrium. Pengeluaran lochea alba berkurang 2-3 minggu pasca salin. Pengeluaran lochea alba sangat berkurang.

(Manuaba, 2010)

e. Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim. Setelah 2 jam dapat dilalui 2-3 jari, dan setelah 7 hari terbuka 1 jari

(Mochtar, 1998)

f. Endometrium

Perubahan yang terdapat pada endometrium adalah timbulnya trombosis, egenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama masa nifas, endometrium yang kira-kira 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah 3 hari permukaan endometrium mulai rata akibat lepasnya sel-sel yang mengalami degenerasi. Sebagian besar endometrium terlepas. Regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakan waktu 2-3 minggu

(Prawirohardjo, 2007)

g. Ligament-ligament

Ligament dan diaphragma pelvis yang meregang waktu melahirkan, setelah janin lahir berangsur-angsur ciut dan pulih kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligament rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan uterus jatuh kebelakang.

(Prawirohardjo, 2007)

2.3.5 Program dan Kebijakan Teknis Kunjungan Masa Nifas

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

Frekwensi kunjungan masa nifas :

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1.	8jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. d) Pemberian ASI awal. e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. g) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. f) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. b) Memberikan konseling KB secara dini.

Tabel 2.2 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

(Sulistyawati, 2009)

2.3.6 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 trombeoboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau ke 5 sudah di perbolehkan 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 (mammas) : Perawatan mammas 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)

2.3.7 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° C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama puerperium kecuali hari pertama. Suhu diukur 4 kali sehari secara oral.

(Mochtar, 1998)

- 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.

(Prawirohardjo, 2009)

2.3.8 Perubahan Psikologis Masa Nifas

a. Tahap I : taking in

- 1) Periode ketegangan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan
- 2) Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri
- 3) Ibu mudah tersinggung, menjadi pasif terhadap lingkungan
- 4) Sering menceritakan tentang pengalaman melahirkan secara berulang

b. Tahap II : taking hold

- 1) Hari ke 3-10 hari
- 2) Merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab merawat bayinya

- 3) Perawatan sangat sensitive, mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati
 - 4) Memerlukan dukungan yang lebih dari suami dan keluarga untuk menerima penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya
- c. Tahap III : letting go
- 1) Menerima tanggung jawab dan peran barunya menjadi Ibu 10 hari setelah melahirkan
 - 2) Sudah mulai menyesuaikan diri ketergantungan bayinya
 - 3) Mempunyai keinginan untuk merawat diri dan bayinya sendiri

(Sulistyawati, 2009)

2.4 Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney

2.4.1 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 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, 2007)

Terdapat 7 langkah manajemen asuhan kebidanan yang telah diterapkan menurut Varney, antara lain :

1. Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu, bisa terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkah kelima dan keenam (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah keempat untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

2. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik.

Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

3. Identifikasi diagnosa dan masalah potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi

4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam

melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5. Melakukan asuhan secara menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan 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-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan

pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien

7. Evaluasi.

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses

penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik

2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.5.1 Kehamilan

1) Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a. Identitas

Umur : < 20 tahun alat reproduksi belum siap dan >35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya persalinan prematur.

(Stanhope, 2007)

b. Keluhan Utama

P : penyebab keluhan, Q : kualitas/ berapa kali, R : penjalaran sampai seberapa, S : skala parah atau tidak menurut pasien, T : waktunya kapan

(Feryanto, 2011).

Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III : Konstipasi, Odem, insomnia, Nyeri punggung bawah, dan sering buang air kecil.

(Varney, 2007)

c. Riwayat Kebidanan

Kunjungan : pertama/ ulang ke....

Kunjungan Ante-Natal Care (ANC) minimal 1 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)

Riwayat menstruasi :

- a) Menarce : Menarche merupakan usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarche sekitar 12 sampai 16 tahun.(Sulistyawati, 2011)
- b) Siklus : Merupakan jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya, dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari.(Sulistyawati, 2011)
- c) Banyaknya : Sebagai acuan biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Atau berapa kali mengganti pembalut dalam sehari.(Sulistyawati, 2011)
- d. Riwayat Obstetric yang lalu

No	Kehamilan		Persalinan				BBL				Nifas	
	UK	Peny	Jenis	Pnlg	Tmp	Peny	JK	PB/ BB	Hdp/Mt	Usia	Kead	Lak
	H	A	M	I	L	I	N	I				

e. Riwayat Kehamilan Sekarang

1) Keluhan

- a. Keluhan pada TM 1 : mual dan muntah, kelelahan, keputihan, mengidam, sering buang air kecil
- b. Keluhan pada TM 2 : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki
- c. Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, , sering buang air kecil.

(Sulistyawati, 2009)

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

3) Frekwensi pergerakan standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam. (medforth, 2011)

4) Penyuluhan yang sudah di dapat :

Nutrisi, Imunisasi, Istirahat, Kebersihan diri, Aktifitas, Tanda-tanda bahaya kehamilan, Perawatan Payudara, Seksualitas, Persiapan persalinan.

5) Imunisasi

1. TT 1 pada kunjungan antenatal pertama
2. TT 2 di berikan 4 minggu setelah TT1 dengan efektifitas 3 tahun
3. TT3 di berikan 6 bulan setelah TT2 dengan efektifitas 5tahun
4. TT4 di berikan 1 tahun setelah TT3 dengan efektifitas 10 tahun
5. TT5 di berikan 1 tahun setelah TT4 dengan efektifitas 25 tahun

(syarifudin,2007)

f. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi dan cairan

Tidak berpantang terhadap daging, telur dan ikan. Banyak mengkonsumsi sayur dan buah, banyak minum air putih minimal 2liter perhari. Cukupi kebutuhan kalori 500mg perhari. 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.

(Manuaba, 2010)

c. Pola aktivitas sehari-hari

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 2010).

d. Pola istirahat dan tidur

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).

e. Pola hubungan 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).

f. Perilaku kesehatan

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

(Mochtar, 1998)

g. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

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

h. Riwayat psiko-social-spiritual trimester III

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

(Sulistyawati, 2009)

2. Data Obyektif :

1) Pemeriksaan Umum

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Tanda vital
 - Suhu : Normal 37° C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi
 - Nadi : Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38°C menandakan infeksi
 - Tekanan darah : Untuk Tekanan pada pembuluh arterisaat jantung berkontraksi tekanan sistolik normalnya 90-120 mmHg. Sedangkan tekanan saat jantung relaksasi tekanan diastolic normalnya 60-80 mmHg dengan kata lain tekanan darah seseorang termasuk pada saat hamil dianggap normal jika berkisar pada angka 90/60 hingga 120/80.
 - Pernafasan: 16 – 24 x/ menit

(Christina, 1989)

2) Antropometri

- a. Berat badan ibu hamil bertambah 12-15 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan $\pm \frac{1}{2}$ kg per minggu. Peningkatan berat badan pada trimester pertama 1 kg, pada trimester kedua 3 kg, dan pada trimester ketiga 6 kg
- b. Tinggi Badan : > 145 cm
- c. Lingkar Lengan : >23,5 cm

- d. Taksiran persalinan :Rumus Naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL, EDC = Expected Date of Confinement). Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Caranya yaitu tanggal hari pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3.

(Kusmiyati, 2009)

3) Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum
- b. Rambut : Kebersihan cukup, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
- c. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- d. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
- e. Telinga : tampak simetris, tidak terdapat serumen, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran
- f. Hidung : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, septum nasi di tengah
- g. Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-
- h. Mamae : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.

i. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.

- 1) Leopold I: Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xiploideus. Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting.
- 2) Leopold II : Teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.
- 3) Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bagian besar, bulat keras, dan melenting.
- 4) Leopold IV : Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP.

(Mochtar, 1998)

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

(Sarwono, 2009)

- 6) TBJ : (tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = Berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka n = 11. (Kusmiyati,2010)

7) DJJ : normal 120–160 x/menit dan teratur. Bunyi jantung bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilicus.

(Feryanto, 2011).

j. Genetalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak oedem, tidak varises.

k. Ekstermitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat oedem atau tidak, reflek patella +/-

4) Pemeriksaan Panggul

a) Distansia Spinarum : (23-26 cm)

b) Distansia Cristarum : (26-29 cm)

c) Conjugata Externa : (18-20 cm)

d) Lingkar Panggul : (80-90 cm)

(Sulaiman, 1983)

5) Pemeriksaan penunjang

a) kadar Hb normal lebih dari 11 gr %

b) albumin urine negative

c) reduksi urine negative

(Sulaiman, 1983)

6) Pemeriksaan lain

a. USG : USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin, taksiran persalinan, taksiran berat badan janin.

(Feryanto, 2011)

- b. NST: NST idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ, ada atau tidaknya Braxton his, aktif aatau tidaknya gerak janin.

(Ibrahim, 1993)

3. Interpretasi data dasar

- a. Diagnosa : Hamil ke, primi/multi, tuanya kehamilan, hidup, tunggal, letak janin, intra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu dan janin.

(Sastrawinata, 1983)

- b. Masalah : Sering buang air kecil, sesak napas, keputihan, pusing, kram pada kaki, nyeri punggung.

(Kusmiyati, 2009)

- c. Kebutuhan : Berikan dukungan emosional

Jelaskan masalah yang dialami ibu hamil

Jelaskan dan ajarkan cara mengatasi masalah

(Bobak, 2000)

4. Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

5. Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

6. Planning

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan ibu mengerti tentang penjelasan yang telah diberikan oleh bidan.

Kriteria Hasil : - Ibu dapat mengerti dan memahami penjelasan.

- Ibu mampu menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan.

Intervensi

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisinya saat ini

Rasional: informasi yang tepat mampu mengurangi kecemasan yang dirasakan ibu saat ini.

- 2) Berikan Health education tentang tanda-tanda bahaya kehamilan

Rasional: Membantu klien Mengantisipasi dan mampu melakukan penanganan sedini mungkin.

- 3) Berikan Health education tentang persiapan persalinan

Rasional: Membantu menyiapkan pengambilan peran baru, memerlukan barang-barang tertentu untuk perabot, pakaian, dan suplai, membantu persiapan memberi makan secara menyusui

2.5.2 Persalinan

A. Data Subyektif :

- 1) Identitas :

Umur : < 20 tahun alat reproduksi belum siap dan >35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya persalinan prematur.

(Stanhope, 2007)

- 2) Keluhan Utama

- a. Rasa sakit oleh adanya his yang dapat lebih kuat, sering dan teratur. (3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih)

- b. Keluar lendir dan bercampur darah (show) lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

(JNKP-KR/POGI, 2008)

3) Pola kebiasaan sehari-hari

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

(JNKP-KR/POGI, 2008)

b. Eliminasi

- BAB sebelum persalinan kala II, rectum yang penuh akan menyebabkan ibu merasa tidak nyaman dan kepala tidak masuk ke dalam PAP
- Pastikan ibu mengosongkan kandung kemih, paling tidak 2 jam
- Ibu bila inpartu dan ketuban sudah pecah, anjurkan untuk tidak miring ke kanan supaya tidak terjadi penekanan pada vena cava inferior

(Hamilton, 2002)

c. Istirahat

Kebutuhan istirahat klien, terdapat gangguan pada pola pemenuhannya atau tidak.. Pada proses persalinan klien dapat miring kiri tujuannya memperlancar proses oksigenasi pada bayi . Klien dapat mengatur teknik

relaksasi atau istirahat sewaktu tidak ada kontraksi. Dengan mengatur teknik relaksasi / istirahat dapat membantu mengeluarkan hormon endorphen dalam tubuh.

(Yanti, 2009).

d. Sosial budaya

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

(Mochtar, 1998)

4) Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

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

B. Data Obyektif :

1) Pemeriksaan Umum

- Keadaan umum: Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Status gizi
 - TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul
 - Kenaikkan BB selama hamil 6,5 – 16 kg rata-rata 12,5 kg
 - Kenaikkan BB trimester : 1 Kg
 - Kenaikkan BB trimester II : 5 Kg
 - Kenaikkan BB trimester III : 5,5 Kg

- Ukuran lila > 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk
- Tanda vital
 - Suhu :Normal 37° C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi
 - Nadi :Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38°C menandakan infeksi
 - Tekanan darah : Untuk Tekanan pada pembuluh arterisaat jantung berkontraksi tekanan sistolik normalnya 90-120 mmHg. Sedangkan tekanan saat jantung relaksasi tekanan diastolic normalnya60-80 mmHg dengan kata lain tekanan darah seseorang termasuk pada saat hamol dianggap normal jika berkisar pada angka 90/60 hingga 120/80.Pernafasan : 16 – 24 x/ menit

(Christina, 1989)

2) Pemeriksaan Fisik

1. Abdomen

- Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae
- Palpasi:
 - Leopold I : Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoideus, Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting
 - Leopold II : Teraba seperti bagian papan, kertas, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin
 - Leopold III : Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting

Leopold IV: Kedua tangan konvergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, kehamilan .

- Auscultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal dan presentasi kepala, 2 jari kanan/kiri bawah pusat.

(Mochtar, 1998)

2. Genetalia :

Pengeluaran pervaginam (blood slym), Kebersihan cukup, tidak adanya kondiloma acuminata, kondiloma talata, varices dan oedem

VT yang diperhatikan :

Perabaan servix : ditemukan servix lunak, mendatar, tipis, pembukaan, Keadaan ketuban utuh/sudah pecah

Presentasi : - Teraba keras, bundar, melenting (kepala)
- Teraba kurang keras, kurang bundar, tidak melenting (bokong)

Turunnya kepala : H III teraba sebagian kecil dari kepala, Ada tidaknya caput dan bagian yang menumbung

(Manuaba, 1998)

3) Interpretasi data dasar

- a. Diagnose : Hamil ke, primi/multi, tuanya kehamilan, hidup, tunggal, letak janin, intra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu dan janin dengan inpartu kala I fase laten/aktif.(Sastrawinata, 1983)

b. Masalah : Nyeri akibat kontraksi

c. Kebutuhan: HE penyebab masalah

4) Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

5) Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

6) Planning

KALA I

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan selama 12 jam (primigravida) 8 jam (multigravida) diharapkan persalinan masuk kala II

Kriteria Hasil :

1. Terdapat tanda dan gejala kala II
 - a. Pembukaan lengkap 10 cm
 - b. Ada doran, tekus, perjol, vulva
2. DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.

Rasional : Alih informasi antara bidan dengan klien.

2. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasional : dengan mempersiapkan ruangan sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses persalinan.

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

Rasional : dengan mempersiapkan peralatan, obat-obatan sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses persalinan.

4. Beri 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.

5. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasional : Tidak mengganggu proses penurunan kepala.

6. Lakukan pencegahan infeksi.

Rasional : Terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang(Asuhan Persalinan Normal, 2008).

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

Rasional : Observasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan.

8. Observasi DJJ setiap 30 menit.

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

9. Anjurkan pasien untuk tirah baring (Manuaba, 2010).

Rasional : Posisi tirah baring mengurangi keluarnya cairan ketuban yang semakin banyak.

10. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

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

11. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

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

KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan \pm 1 jam untuk multi dan \pm 2 jam untuk primi diharapkan bayi lahir spontan pervaginam

Kriteria Hasil :

- a. Ibu Kuat meneran
- b. Bayi lahir spontan
- c. Tangis bayi kuat
- d. Gerak bayi aktif
- e. Warna kulit kemerahan

Intervensi

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

2. Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin kemudian memasukan spuit kedalam partus set.
3. Memakai celemek plastik
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Memakai sarung tangan DTT/steril pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Memasukan oksitosin 10 unit kedalam spuit yang telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set
7. Membersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon
8. Melakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap
9. Mendekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal
11. Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman .
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan memberi cukup cairan.
14. Menganjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
19. Melindungi perineum dengan tangan kanan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat
21. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Memegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.

24. Menelusuri dan memegang lengan, siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan jari telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dengan ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.
25. Menilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.
26. Mengeringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

KALA III

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

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

Intervensi

28. Memberitahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.
29. Menyuntikan oksitosin 10 unit secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
30. Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama.
31. Menggunting tali pusat yang telah di jepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi) pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut, ikat tali pusat.

32. Memberikan bayi pada ibunya, menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD)
33. Mengganti handuk yang basah dengan kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain merengangkan tali pusat.
36. Melakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain mendorong kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).
38. Melahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta searah jarum jam hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian dilahirkan, tempatkan pada tempat yang telah disediakan.
39. Meletakkan telapak tangan difundus dan melakukan msase selama 15 detik, dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir.
40. Memeriksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal.
Maternal = selaput utuh, kotiledon dan lengkap.
Fetal = Diameter 15-20cm , tebal 2-3 cm, berat 500 gr

KALA IV

- Tujuan :Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik.
- Kriteria Hasil :Keadaan umum ibu dan bayi baik, tidak terjadi perdarahan dan komplikasi serta UC keras.

Intervensi

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
42. Memastikan uterus berkontraksi degan baik dan tidak terjadi perdarahan.
43. Membiarkan bayi diatas perut ibu.
44. Menimbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetrakisiklin 1%), berikan injeksi Vit.K (paha kiri)
45. Memberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit.k)
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - setiap 2-3 kali pada 15 menit pertama post partum
 - setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
 - setiap 30 menit pada 1 jam kedua post partum.
47. Mengajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
49. Memeriksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15menit pada 1 jam pertama post partum dan setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.
50. Memeriksa pernafasan da temperature tubuh ibu setiap 1 jam sekali selama 2 jam post partum

51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk mendekontaminasi (rendam 10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
52. Membuang bahan-bahan yang sudah terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lender dan darah.
54. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan asi menganjurkan keluarga untuk memberi minum dan makanan yang diinginkan ibu, mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan rendam selama 10 menit.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
58. Melengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV

2.5.3 Nifas

1. Data Subyektif :

1) Identitas

Umur : < 20 tahun alat reproduksi belum siap dan >35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya persalinan prematur.

(Stanhope, 2007)

2) Keluhan Utama : Ketidaknyamanan pada masa puerperium

- a. Nyeri setelah lahir (after pain)
- b. Pembesaran payudara
- c. Keringat berlebih
- d. Nyeri perineum
- e. Konstipasi
- f. Hemoroid

(Varney, 2008)

3) Pola kebiasaan sehari-hari

- a. 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.
- b. Diet : Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, diantaranya yang mengandung protein banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.
- c. Miksi : Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi. Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil

(Sulistyawati, 2009)

- d. Defekasi : BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan

e. 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.

(Sulistyawati, 2009)

f. Perawatan Payudara (mammas) : Perawatan mammas telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

(mochtar, 1998)

g. 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

(Suherni, 2009)

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

(Sulistyawati, 2009)

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

(Sulistyawati, 2009)

4) Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

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

2. Data Obyektif :

1) Riwayat persalinan

Kala I : primi 13-14 jam / multi 6-7 jam

Kala II : primi 1 ½ - 2 jam dan pada multi ½ - 1 jam, Tidak ada komplikasi.

Air ketuban : banyak : 500 cc, warna : kuning jernih

Kala III : 15-30 menit , Tidak ada komplikasi

Plasenta : bagian maternal dan fetal lengkap, berat plasenta 500 gr, diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, panjang tali pusat 50-60 cm

Jumlah perdarahan < 500 cc

Bayi : lahir Spt B, BB > 2500 gram /PB 50 cm /AS 8-10, Tidak ada cacat bawaan, Masa gestasi 37-40 minggu

2) Pemeriksaan Umum

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Tanda vital :
 - Suhu : Normal 37° C, jika lebih dari 38° C kemungkinan infeksi
 - Nadi : Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38° C menandakan infeksi
 - Tekanan darah : Normal kurang dari 140/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsi ringan
 - Pernafasan : 16 – 24 x/ menit

(Christina, 1989 : 45)

3) Pemeriksaan fisik

- a) Mammae : puting susu (menonjol/mendatar adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal.
- b) Abdomen : tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih kosong atau penuh.

- c) Genetalia : pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), oedem, peradangan, keadaan jahitan, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus.

(Suherni, 2009)

4) Interpretasi data dasar

Diagnose : PAPIAH post partum fisiologis 6 jam/ 6 hari / 2 minggu / 6 minggu fisiologis

Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain),Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid

Kebutuhan : HE perawatan luka jahitan

HE perawatan payudara dan laktasi

HE kebutuhan nutrisi

Dukukan emosional

5) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Tidak ada

6) Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

7) Planning

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan masa nifas berjalan normal.

Kriteria Hasil : ibu mengerti penjelasan yang telah dijelaskan oleh bidan.

Intervensi

6-8 jam post partum

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

- b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
- d. Pemberian asi awal.
- e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

6 hari post partum dan 2 minggu post partum

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

6 minggu post partum

- a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dia alami atau bayinya.
- b. Memberikan konsling KB secara dini.

(Sulistyawati, 2009)