

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

2.1.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah masa mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, triwulan ke 3 dari bulan ke 7 sampai 9 bualan

(Prawirohardjo, 2010 : 89).

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

(Helen Varney, 2007 : 492).

2.1.1.2 Asuhan Antenatal

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

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal diantaranya :

1. Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.

2. Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
3. Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
4. Mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan risiko tinggi.
5. Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi
6. Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang di kandunginya.

2.1.1.3 Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Kunjungan *Ante-natal Care* (ANC) minimal :

- a. Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- b. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27)
- c. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)

(Sulistyawati, 2009 : 4).

2.1.1.4 Beberapa Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

1. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovarium. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang di atas normal, pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa.

2. Preeklamsia

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

3. Nyeri hebat di daerah abdominapelvikum

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

4. Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai

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

5. Asuhan berkala asuhan antenatal

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

1) Keluhan yang dirasakan ibu hamil

- 2) Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
- 3) Menilai kesejahteraan janin

(Prawihardjo 2008 : 279)

2.1.1.5 Perubahan Fisik Trimester III

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
4. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
5. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
6. Merasa kehilangan perhatian.
7. Perasaan mudah terluka (sensitif).
8. Libido menurun.

(Sulistyawati,2009 : 77).

2.1.1.6 Indeks Masa Tubuh (IMT) dan Ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

1. Berat Badan Dilihat dari Quatelet atau Body Mass Index (Indek Massa Tubuh = IMT).

Ibu hamil dengan berat badan di bawah normal sering di hubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah. Sedangkan berat badan overweight meningkatkan risiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga

terjadi kesulitan dalam persalinan. Penilaian Indeks Massa Tubuh diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Indikator penilaian untuk IMT adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Indikator Penilaian untuk IMT

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underweight / Di bawah normal
20 – 24,9	Desirable / Normal
25 – 29,9	Moderate obesity / Gemuk / lebih dari normal
Over 30	Severe obesity / Sangat gemuk

2. Ukuran Lingkar Lengan Atas

Standar minimal untuk ukuran Lingkar Lengan Atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK).

(Kusmiyati,2010 : 87 – 88).

2.1.1.7 Standar Asuhan Kehamilan

- 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).

- 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
- 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)
- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan
- 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
- 6) Skrining Status Imunisasi Tetanus Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Bila Diperlukan.
- 7) Beri Tablet Darah Untuk mencegah anemia gizi besi dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama
- 8) Periksa Laboratorium (Rutin Atau Khusus)
 - Pemeriksaan golongan darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.
 - Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

- Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi.
 - Pemeriksaan kadar gula darah pada ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus.
 - Pemeriksaan darah malaria pada semua ibu hamil di daerah endemis Malaria.
 - Pemeriksaan tes sifilis di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis.
 - Pemeriksaan HIV pada ibu hamil di daerah terkonsentrasi HIV dan ibu hamil risiko tinggi terinfeksi HIV.
 - Pemeriksaan BTA pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis (Kementrian Kesehatan RI, 2012).
- 9) Tatalaksana/ Penanganan Kasus kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan
- 10) Temu Wicara/ Konseling tentang :
- Kesehatan ibu,
 - Perilaku hidup bersih dan sehat,
 - Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan,
 - Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi,
 - Asupan gizi seimbang,
 - Gejala penyakit menular dan tidak menular,

- Penawaran untuk melakukan testing dan konseling HIV di daerah terkonsentrasi HIV/ bumil risiko tinggi terinfeksi HIV,
- Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif,
- KB pasca persalinan.,
- Imunisasi dan
- Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

(Kementrian Kesehatan RI, 2012).

2.1.1.8 Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III dan Cara Mengatasi

1. Sering buang air kecil

Cara mengatasi :

- a. Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing
- b. Perbanyak minum pada siang hari
- c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur di malam hari.
- d. Batasi minum kopi, the dan soda.
- e. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring miring ke kiri dan kaki di tinggikan untuk mencegah diuresis.

2. Hemoroid

Cara mengatasi :

- a. Hindari konstipasi

- b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum.
- c. Gunakan kompres es atau air hangat.
- d. Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB.

3. Keputihan

Cara mengatasi :

- a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari.
- b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap.
- c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.

4. Keringat bertambah

Cara mengatasi :

- a. Pakailah pakaian yang tipis dan longgar.
- b. Tingkatkan asupan cairan.
- c. Mandi secara teratur.

5. Sembelit

Cara mengatasi :

- a. Tingkatkan diet asupan cairan.
- b. Buah prem atau jus prem.
- c. Minum cairan dingin atau hangat, terutama saat perut kosong.
- d. Istirahat cukup.
- e. Senam hamil.
- f. Membiasakan buang air besar secara teratur.
- g. Buang air besar segera setelah ada dorongan.

6. Napas sesak

Cara mengatasi :

- a. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal yang terjadi.
- b. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang.
- c. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.

7. Nyeri ligamentum rotundum

Cara mengatasi :

- a. Tekuk lutut ke arah abdomen.
- b. Mandi air hangat.
- c. Gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontra indikasi.
- d. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.

8. Perut kembung

Cara mengatasi :

- a. Hindari makan yang mengandung gas.
- b. Mengunyah makanan secara sempurna.
- c. Lakukan senam secara teratur.
- d. Pertahankan saat buang air besar yang teratur.

9. Pusing/sinkop

Cara mengatasi :

- a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat.

- b. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak.
- c. Hindari berbaring dalam posisi terlentang.

10. Sakit punggung atas dan bawah

Cara mengatasi :

- a. Gunakan posisi tubuh yang baik.
- b. Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat.
- c. Gunakan kasur yang keras.
- d. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

11. Varises pada kaki

Cara mengatasi :

- a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring.
- b. Jaga agar kaki tidak bersilangan.
- c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama.
- d. Senam untuk melancarkan peredaran darah.
- e. Hindari pakaian atau korset yang ketat.

(Sulistyawati,2009 : 123 – 127).

2.1.1.9 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya dari kehamilan antara lain terjadi perdarahan yang keluar dari kemaluan, (oedem di wajah, kaki dan jari-jari, sakit kepala hebat, penglihatan kabur sebagai akibat pre-eklamsi), nyeri perut, muntah hebat, demam, keluar cairan sebanyak-banyaknya pervaginam, gerakan janin berkurang. Jika salah satu tanda tersebut timbul, maka segeralah periksakan kehamilan

(Purwaningsih, 2010).

2.1.1.10 Pemeriksaan Fisik pada Kehamilan

Pada tiap kunjungan ulang antenatal pemeriksaan fisik berikut dilakukan untuk mendeteksi tiap tanda-takeluhan ibu dan evaluasi keadaan janin:

1) Janin

- a. Denyut jantung janin. Normal DJJ 120 – 160 kali permenit. Apabila kurang dari 120x/menit disebut brakikardi, sedang lebih dari 160x/menit disebut tachicardi. Waspadaai adanya gawat janin.
- b. Ukuran janin.
- c. Dengan menggunakan cara Mc Donald untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan perhitungan tafsiran berat janin dengan rumus (TFU dalam cm) – n x 155 gm. Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka n = 11. Pada persalinan maka n = 10.
- d. Letak dan presentasi janin.

Untuk mengetahui letak dan presentasi janin dapat digunakan palpasi. Salah satu cara palpasi yang sering digunakan adalah menurut Leopold.

1. Leopold 1 : Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.
2. Leopold 2 : Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang, dan bagian janin yang teraba disebelah kiri atau kanan.

3. Leopold 3 : Untuk menentukan bagian janin yang ada di bawah (presentasi).
4. Leopold 4 : Untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul atau belum.

2) Aktivitas / Gerakan Janin

Dikenal adanya gerakan 10, yang artinya dalam waktu 12 jam normal gerakan janin minimal 10 kali.

3) Ibu

- a. Tekanan darah
- b. Berat badan
- c. Tanda-tanda bahaya
- d. TFU
- e. Umur kehamilan
- f. Pemeriksaan vagina.

(Kusmiyati, 2010 : 139-141).

2.1.2 Persalinan

2.1.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan 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.

(Sarwono Prawirohardjo, 2010 : 100)

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

(Helen Varney Vol. 2, 2007 : 672

2.1.2.2 Beberapa Istilah yang Berhubungan dengan Partus

1) Berdasarkan definisi

- 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 (partus presipitatus)

2) Berkaitan dengan usia kehamilan dan berat Janin

- a. Abortus, terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup diluar kandungan; usia kehamilan sebelum 28 minggu berat janin kurang dari 100 g.

- b. Persalinan prematuritas. Persalinan sebelum usia kehamilan 28 sampai 36 minggu; berat janin kurang dari 2499 g.
- c. Persalinan aterm. Persalinan antara usia kehamilan 37 dan 42 minggu; berat janin di atas 2500 g.
- d. Persalinan serotinus. Persalinan melampaui usia kehamilan 42 minggu. Pada janin terdapat tanda postmaturitas.
- e. Persalinan presipitatus. Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

(Manuaba, 2010 : 164-166)

2.1.2.3 Sebab-sebab Yang Menimbulkan Persalinan

1. Teori Penurunan Hormon

1–2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesteron. Progesterone bekerja sebagai penegang otot–otot polos Rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

2. Teori Plasenta Menjadi Tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar–kadar estrogen dan progesterone sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah yang nantinya akan menimbulkan kontraksi rahim.

3. Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot–otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero – plasenta.

4. Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (*Flexus Frankenhauser*). apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

5. Induksi Partus (*Induction of labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan :

- a. Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus Frankenhauser.
- b. Amniotomi : pemecahan ketuban.
- c. Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

(Amru Sofian, 2011: 70).

2.1.2.4 Tanda dan gejala Inpartu

1. Penipisan dan pembukaan serviks
2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
3. Cairan lendir bercampur darah ("*show*") melalui vagina.

(APN, 2008 : 39).

2.1.2.5 Tahapan persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu:

1) Kala I

Disebut sebagai kala pembukaan. Kala I persalinan ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (1-10 cm).

Kala I dibagi atas 2 fase, yaitu:

1. Fase laten

- a. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b. Berlangsung hingga serviks membuka <4 cm.
- c. Pada umumnya, berlangsung hampir atau hingga 8 jam

(Asuhan Persalinan Normal, 2008: 40).

2. Fase aktif

- a. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin

(Asuhan Persalinan Normal, 2008: 40).

Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase:

- a) Akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Dilatasi maksimal : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c) Deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Proses membukanya serviks disebut dengan berbagai istilah : melembek (softening), menipis (thinned out), oblitration (obliterated) mendatar dan tertarik keatas (effaced and taken up) dan membuka (dilatation)

(Sofian, 2011: 71).

2) Kala II

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama. Kira – kira 2 – 3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektoris yang menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu seperti merasa mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedan yang terpimpin, akan lahirlah kepala dengan diikuti badan rahim. Kala II pada primi $1\frac{1}{2}$ – 2 jam, pada multi $\frac{1}{2}$ - 1 jam

(Amru Sofian, 2011 : 71).

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

(Asuhan Persalihan Normal, 2008: 79-97).

3) Kala III

Kala III berlangsung mulai dari bayi lahir sampai uri keluar lengkap. Biasanya akan lahir spontan dalam 15-30 menit.

Kala III terdiri dari 2 fase :

1. Fase pelepasan uri

Kontraksi Rahim akan mengurangi area uri karena Rahim bertambah kecil dan dindingnya bertambah tebal beberapa sentimeter. Kontraksi tersebut akan menyebabkan bagian uri yang longgar dan lemah pada dinding Rahim terlepas, mula-mula sebagian, kemudian seluruhnya. Proses pelepasan berlangsung setahap demi setahap. Jika pelepasan uri sudah lengkap, kontraksi rahim akan mendorong uri yang sudah terlepas ke segmen bawah Rahim (SBR), lalu ke vagina dan dilahirkan.

Cara lepasnya uri ada beberapa macam:

a) Schultze

Yang pertama terlepas adalah bagian tengah, lalu terjadi hematoma retroplasenta, mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara schultze, perdarahan biasanya tidak ada sebelum uru lahir dan banyak setelah uri lahir.

b) Duncan

Lepasnya uri mulai dari pinggir. Jadi, bagian pinggir uri lahir terlebih dahulu. Darah akan mengalir keluar diantara selaput ketuban. Serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

2. Fase pengeluaran uri

Prasat-prasat Untuk Mengetahui Lepasnya Uri

a) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada /di atas simfisis, tali pusat ditegangkan. Jika tali pusat masuk

kembali, berarti uri belum lepas. Jika tali pusat diam atau maju, berarti uri sudah lepas.

b) Klien

Sewaktu ada his, Rahim kita dorong sedikit. Jika tali pusat tertarik masuk, berarti uri belum lepas. Jika tali pusat diam atau turun, uri sudah lepas.

c) Stassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus. Jika tali pusat bergetar, berarti uri belum lepas. Sedangkan jika tidak bergetar, artinya uri sudah lepas.

d) Grede

- a. Empat jari ditempatkan padadinding belakang Rahim, ibu jari di bagian tengah-depan fundus.
- b. Pijat rahim dan sedikit dorongan ke bawah, tetapi jangan terlalu kuat, seperti memeras jeruk. Lakukan sewaktu ada his.
- c. Jangan tarik tali pusat karena dapat menyebabkan inversion uteri.

e) Manuaba

Tanda-tanda lepasnya plasenta :

- a. Rahim menonjol diatas simfisis.
- b. Tali pusat bertambah panjang.
- c. Rahim bundar dan keras.
- d. Keluar darah secara tiba-tiba.

(Sofian, 2011: 79-80).

4) Kala IV

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

Observasi yang dilakukan:

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

(Manuaba, 2010).

Tabel 2.2 Diagnosis kala dan fase persalinan

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/ belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4 – 9 cm Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih perjam Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm)	II	Awal (non ekspulsif)

Penurunan kepala berlanjut Belum ada keinginan untuk menekan		
Serviks membuka lengkap (10 cm) Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul Ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)

(Maternal Neonatal, 2004 : N-7)

2.1.2.6 Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan Asuhan Persalinan Normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi yang lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).

2.1.2.7 Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

1) *Membuat Keputusan Klinik*

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

dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien. 7 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 / dihadapi
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
- 5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- 6) Melaksanakan asuhan / intervensi terpilih
- 7) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

2) *Asuhan Sayang Ibu*

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan / atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 8) Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 9) Hargai privasi ibu.
- 10) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- 11) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- 12) Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- 13) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.

14) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.

15) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)

3) *Pencegahan Infeksi*

Tujuan Pencegahan Infeksi Dalam Pelayanan Asuhan Kesehatan

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

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

4) *Pencatatan (Dokumentasi)*

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

Pencatatan rutin adalah penting karena :

- a) Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah

sesuai dan efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan.

- b) Dapat digunakan sebagai tolakukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik. Dari aspek metode keperawatan, informasi tentang intervensi atau asuhan yang bermanfaat dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya.
- c) Dapat dibagikan di antara para penolong persalinan . Hal ini menjadi penting jika ternyata rujukan memang diperlukan karena hal ini berarti lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir.

5) *Rujukan*

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

B (Bidan) :Pastikan bahwa ibu dan / atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

- A (Alat) :Bawa perlengkapan dan bahan – bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi,dan lain – lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan – bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.
- K (Keluarga) :Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan / atau bayi dan mengapa ibu dan / atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan atau bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.
- S (Surat) :Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan / atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat – obatan yang diterima ibu dan / atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
- O (Obat) :Bawa obat – obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.
- K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain

itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

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

(Buku Panduan APN, 2008 : 7).

2.1.2.8 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah jalan lahir (passage), janin (passanger), kekuatan (power) dan ada dua faktor lain yang juga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu faktor posisi dan psikologis.

1. PASSAGE (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).

2. PASSENGER (Janin dan Plasenta)

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin.

3. POWER (Kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus.

4. POSISI IBU

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak member sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, member rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi (Melzack,dkk, 1991).

5. PSIKOLOGIS

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya.

(Sumarah,2009: 23 – 45).

2.1.3 Nifas

2.1.3.1 Definisi Nifas

Masa nifas disebut juga masa post partum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan.

(Sumarah,2009 : 1).

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran plecenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode pemulihan pasca partum ini berlangsung sekitar enam minggu.

(Helen Varney Vol.2, 2008 : 958).

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung lama kira-kira 6 minggu.

(Sarwono Prawirohardjo,2010: 122).

Masa nifas (puerperium) adalah di mulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu.

(Sulistyawati, Ari. 2009 : 1).

2.1.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan yang berikan kepada ibu nifas bertujuan untuk :

1. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu

Dengan diberikan asuhan , ibu akan mendapatkan fasilitas dan dukungan dalam upayanya untuk menyesuaikan peran barunya sebagai ibu (pada kasus ibu dengan kelahiran anak pertama) dan pendamping keluarga dalam membuat bentuk dan pola baru dengan kelahiran anak berikutnya.

2. Pencegahan , diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu

Dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, kemungkinan munculnya permasalahan dan komplikasi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal.

3. Merujuk ke asuhan tenaga ahli bila mana perlu

Meskipun ibu dan keluarga mengetahui ada permasalahan kesehatan pada ibu nifas yang memerlukan rujukan, namun tidak semua keputusan bisa di ambil tepat, misalkan mereka lebih memilih untuk tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan karena pertimbangan tertentu. Jika bidan senantiasa mendampingi pasien dan keluarga maka keputusan tepat dapat di ambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat di cegah.

4. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan peranannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.

Pada saat memberikan asuhan nifas, keterampilan seorang bidan sangat dituntut dalam memberikan pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga. Keterampilan yang harus di kuasai oleh bidan antara lain berupa pendidikan kesehatan yang sesuai dengan

kondisi pasien, teknik penyampaian, media yang digunakan dan pendekatan psikologis yang efektif sesuai dengan budaya setempat.

5. Imunisasi ibu terhadap tetanus

Dengan pemberian asuhan yang maksimal pada ibu nifas, kejadian tetanus dapat dihindari, meskipun untuk saat ini angka kejadian tetanus sudah banyak mengalami penurunan.

6. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak

Saat bidan memberikan asuhan pada masa nifas, materi dan pemantauan yang diberikan tidak hanya sebatas pada lingkup permasalahan ibu, tapi bersifat menyeluruh terhadap ibu dan anak. Kesempatan untuk berkomunikasi tentang kesehatan termasuk kesehatan anak dan keluarga sangat terbuka. Bidan akan mengkaji pengetahuan ibu dan keluarga mengenai upaya pengembangan pola hubungan psikologis yang baik antara ibu, anak, dan keluarga juga dapat ditingkatkan melalui pelaksanaan asuhan ini.

(Sulistyawati,Ari. 2009: 2-3)

2.1.3.3 Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahap :

1) Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.

Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerpurium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.

3) Remote Puerpurium

Waknyu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktupersalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu, bulanan, tahunan.

(Ambarwati, 2010: 2)

2.1.3.4 Kunjungan Masa Nifas

Adapun frekuensi kunjungan, waktu dan tujuan kunjungan tersebut dipaparkan sebagai berikut.:

1. Kunjungan Pertama, waktu 6 – 8 jam setelah persalinan.

Tujuan :

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan atonia uteri.
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d. Pemberian ASI awal.
 - e. Memberi supervise kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
- Bila ada bidan atau petugas lain yang membantu melahirkan, maka

petugas atau bidan itu harus tinggal dengan ibu dan bayi lahir untuk 2 jam pertama.

2. Kunjungan Kedua, waktu : enam hari setelah persalinan.

Tujuan :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal.
- b. Evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan pada bayi.

3. Kunjungan Ketiga, waktu : Dua minggu setelah persalinan.

Tujuan :

Sama seperti kunjungan hari ke enam.

4. Kunjungan ke Empat,waktu : Enam minggu setelah persalinan.

Tujuan :

- a. Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

(Suherni,2009 : 3 – 4).

2.1.3.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. *Involusi*

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah placenta lahir akibat kontraksi otot – otot uterus. Pada akhir kala III persalinan, uterus berada digaris tengah, kira – kira 2cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira – kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram.

Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama masa hamil. Pertumbuhan uterus pada masa prenatal tergantung pada hyperplasia, peningkatan jumlah sel – sel yang sudah ada. Pada masa post partum penurunan kadar hormon – hormon ini menyebabkan terjadinya *Autolisis*. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

- a) Autolysis : Proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat 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 bergenerasi menjadi endometrium yang baru.

- c) Efek Oksitosin : Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intra uterin 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. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

Selama 1-2 jam pertama post partum, intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur. Oleh karena itu, penting sekali untuk menjaga mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitosin biasanya diberikan secara intravena atau intramuskuler, segera setelah kepala bayi lahir. Pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena isapan bayi pada payudara.

(Ari Sulistyawati, 2009 : 73-75).

Tabel 2.3 Tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi sebagai berikut :

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba di atas symphisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

(Suherni,2009 : 78)

b. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa / alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang anyir / amis seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda- beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan:

a) Loche Rubra / Merah (Kruenta)

Loche ini muncul pada hari ke – 1 sampai hari ke – 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi

darah segar, jaringan sisa – sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

b) *Lochea Sanguinolenta*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke – 4 sampai hari ke – 7 postpartum.

c) *Lochea Serosa*

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan / laserasi plasenta. Muncul pada hari ke – 7 sampai hari ke – 14 postpartum.

d) *Lochea Alba / Putih*

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput ketuban, lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. *Lochea alba* bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartumseunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta*.

c. *Cervik*

Serviks mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam – hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang – kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama

dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga ada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2 – 3 jari, pada minggu keenam postpartum serviks menutup.

d. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 - 8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4.

e. Perineum

Latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya. Pengencangan ini sempurna pada akhir puerperium dengan latihan setiap hari.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali

teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 – 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang – kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala jann dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih dalam puerperium masih tertinggal urine residual (normalnya 15 cc). Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen retundum kendur. Stabilisasi secara sempurna trjadi pada 6 – 8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat – seratelastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uetrus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu.

5. Perubahan Endokrin

- a) **Hormon Plasenta :** Selama periode pascapartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon – hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan.
- b) **Hormon Pituitary:** Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.
- c) **Hormon Oksitosin :** Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan.

Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.
- d) **Hipotalamik Pituitary Ovarium :** Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi

80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama ovulasi.

6. Perubahan Tanda – Tanda Vital

1. *Suhu Badan*

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

2. *Nadi*

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahn postpartum yang tertunda. Sebagian wanita mungkin saja memiliki apa yang disebut bradikardi nifas (*puerperal bradycardia*). Hal ini terjadi segera setelah kelahiran dan bisa berlanjut sampai beberapa jam setelah kelahiran anak. Bradycardia semacam itu bukanlah indikasi adanya penyakit, akan tetapi sebagai satu tanda keadaan kesehatan.

3. *Tekanan Darah*

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi postpartum.

4. *Pernafasan*

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan.

7. *Perubahan Sistem Kardiovaskuler*

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan entresi. Apabila ada persalinan pervagina hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang dan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi kodis pada penderota vitium cordia.

8. *Perubahan Hematologi*

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis

yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa haripertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah puih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

(Ambarwati, 2010 : 73)

2.1.3.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan pervagina yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pengganti pembalut 2 kali dalam setengah jam).
2. Pengeluaran pervaginam yang berbau menusuk(menyengat).
3. Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
4. Rasa sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik, atau masalah penglihatan.
5. Pembengkakan diwajah atau ditangan.
6. Demam, muntah,rasa sakit saat buang air kecil, atau jika merasa tidak enak badan.
7. Payudara yang berubah menjadi merah, panas dan sakit.
8. Kehilangan nafsu makan dalam jangka waktu yang lama.
9. Rasa sakit, warna merah, pembengkakan dikaki.
10. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh bayi atau dirinya sendiri.
11. Merasa sangat letih atau nafas teregah-egah.

(sulistyawati,2009:137).

2.1.3.7 Proses Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

1. Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas

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”.

Tidak mengherankan bila ibu mengalami sedikit perubahan perilaku dan sesekali merasa kerepotan. Masa ini adalah masa rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran.

Reva Rubin membagi periode menjadi 3 bagian, antara lain :

1. Periode “Take In”

- a. Periode ini terjadi setelah 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- d. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

e. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologi 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 dapat 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 terhadap dirinya dan bayinya hanya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

2. Periode “Taking Hold”

- a. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- b. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- c. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d. Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahr dalam melakukan hal-hal tersebut.

- f. Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena sensitive.. 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.

3. Periode “Leting Go “

- a. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b. 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 social.
- c. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

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

1) Respon dan dukungan keluarga dan teman

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang

terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologinya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi pada waktu yang relative 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.

- 2) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya menjadi tahu bahwa ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih menjadi dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah seorang ibu melahirkan anaknya yang pertama, ia akan bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya.

- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu

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

4) 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 arah dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayinya akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

2. Post Partum Blues

Fenomena pasca partum awal atau baby blues merupakan sekuel umum kelahiran bayi- biasanya terjadi pada 70% wanita. Penyebabnya ada beberapa hal, antara lain lingkungan tempat melahirkan yang kerang mendukung, perubahan hormone yang cepat, dan keraguan terhadap peran yang baru. Pada dasarnya, tidak satu pun dari ketiga hal tersebut termasuk penyebab yang konsisiten. Faktor penyebab biasanya erupakan kombinasi dari berbagai faktor, termasuk adanya gangguan tidur yang tidak dapat dihindari oleh ibu selama masa-masa awal menjadi seorang ibu.

Post partum blues biasanya dimulai pada beberapa hari setelah kelahiran dan berakhir setelah 10-14 hari. Karakteristik post partum blues meliputi menangis, merasa letih karena melahirkan, gelisah, perubahan alam perasaan, menarik diri, serta reaksi negative

terhadap bayi dan keluarga. Karena pengalaman melahirkan disebut sebagai pengalaman “ puncak “, ibu baru mungkin merasa perawatan dirinya tidak kuat atau ia tidak mendapatkan perawatan yang tepat, mungkin juga merasa diabaikan jika perhatian keluarganya tiba-tiba berfokus pada bayi yang baru saja dilahirkannya.

Kunci untuk mendukung wanita dalam melalui periode ini adalah berikan perhatian dan dukungan yang baik baginya, serta yakinkan padanya bahwa ia adalah seorang yang berarti bagi keluarga dan suami. Hal yang terpenting, berikan kesempatan untuk beristirahat yang cukup. Selain itu, dukungan positif atas keberhasilannya menjadi orang tua dari bayi yang baru lahir dapat membantu memulihkan kepercayaan diri terhadap kemampuannya.

3. Kesedihan dan Duka Cita

Dalam bahasan kali ini, digunakan istilah “berduka”, yang diartikan sebagai respon psikologis terhadap kehilangan. Proses berduka sangat bervariasi, tergantung dari apa yang hilang, serta persepsi dan keterlibatan individu terhadap apapun yang hilang. “kehilangan” dapat memiliki makna, mulai dari pembatalan kegiatan (piknik, perjalanan, atau pesta) sampai kematian orang yang dicintai. Seberapa berat kehilangan tergantung dari persepsi individu terhadap persepsi yang menderita kehilangan. Derajat kehilangan pada individu direfleksikan dalam respon terhadap kehilangan.

Kehilangan maternitas termasuk hal yang dialami oleh wanita yang mengalami infertilitas (wanita yang tidak mampu hamil atau

yang tidak mampu mempertahankan kehamilannya), yang mendapatkan bayinya hidup, tapi kemudian kehilangan harapan (prematurnitas atau kecacatan), dan kehilangan yang dibahas sebagai penyebab *post partum blues* (kehilangan keintiman internal dengan bayinya dan hilangnya perhatian). Kehilangan lain yang penting, tapi sering dilupakan adalah perubahan hubungan eksklusif antara suami dan istri menjadi kelompok tiga orang, ayah, ibu, anak.

(sulistyawati, 2009: 87-92).

2.1.3.8 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1. Gizi

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung :

1) Sumber tenaga (energi)

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

2) Sumber Pembangun (Protein)

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

3) Sumber pengatur dan pelindung (Mineral, vitamin dan air)

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

2. Ambulasi Dini

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

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memlihara anaknya, memandikan, dan lain – lain selama ibu masih dalam masa perawatan.

3. Eliminasi

- 1) *Miksi*

Disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan :

- a) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien,
- b) Mengompres air hangat di atas simpisis.

2) *Defekasi*

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

4. **Kebersihan Diri**

1) *Perawatan Perineum*

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

2) *Perawatan Payudara*

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.

- b. Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- c. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- d. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam.

5. Istirahat

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

6. Seksual

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

dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri.

7. Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkanpada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

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

(Ambarwati, 2010 : 73)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Manajemen Varney

Menurut varney (1997), proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang dapat di gunakan dalam manajemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berpikir secara kritis untuk menegakkan diagnosis atau masalah potensial kebidanan. Selain itu, diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerjasama. Hal ini dapat di gunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya.

(Hidayat,2009 : 34).

Langkah-langkah asuhan kebidanan menurut Varney (1997), yaitu sebagai berikut :

2.2.1 Pengumpulan Data Dasar

Langkah ini dilakakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti : riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data Laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

2.2.2 Interpretasi Data Dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosis atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang

dibutuhkan terhadap masalah. Sebagai contoh masalah yang menyertai diagnosis seperti diagnosis kemungkinan wanita hamil, maka masalah yang berhubungan adalah wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya atau apabila wanita hamil tersebut masuk trimester III, maka masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut untuk menghadapi proses persalinan dan melahirkan.

2.2.3 Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

2.2.4 Identifikasi dan Penetapan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan melakukan rujukan.

2.2.5 Perencanaan Asuhan Secara Menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga

dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

2.2.6 Pelaksanakan Perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya. Baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

2.2.7 Evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan secara terus-menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

(Hidayat,2009 : 36-39).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

I. SUBYEKTIF

1. Identitas

Umur 16 – 35 (Skor Puji Rohayati),

2. Keluhan Utama

Sering buang air kecil, Hemoroid, Keputihan, Keringat bertambah, Sembelit, Napas sesak, Nyeri ligamentum rotundum, Perut kembung, Pusing/sinkop, Sakit punggung atas dan bawah, Varises pada kaki

(Sulistyawati, 2009 : 123 – 127).

Riwayat Kebidanan :

a) Kunjungan :

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, 2009 : 4).

b) Riwayat menstruasi :

Menarche : wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarche sekitar 12 sampai 16 tahun.

Siklus : biasanya sekitar 23-32 hari.

(Sulistyawati, 2009 : 167).

HPHT : mengetahui haid terakhir ibu yang berguna untuk menentukan perkiraan bayi lahir.

(Varney, 2007; 33).

3. Riwayat Obstetri yang lalu (kehamilan, persalinan dan nifas)

Jumlah kehamilan jumlah anak hidup kelahiran premature, keguguran jenis persalinan, riwayat perdarahan, tekanan darah tinggi, berat bayi lahir, masalah/kelainan lain.

(Saminem, 2010: 52).

4. Riwayat kehamilan sekarang

a) Keluhan :

Trimester III : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak napas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki / vulva.

(Kusmiati, 2009: 143-153).

b) Pergerakan anak pertama kali :

ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir.

(Varney, 2007 : 498).

c) Frekwensi pergerakan janin standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam.

(medforth, 2011 : 49).

d) Imunisasi yang sudah di dapat :

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

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

(Sulistiyowati, 2009 :120).

5. Pola Kesehatan Fungsional

Selama Hamil

a. Pola Nutrisi :

Tidak berpantang terhadap daging, telur dan ikan. Banyak mengkonsumsi sayur dan buah, banyak minum air putih minimal 2 liter sehari. Cukupi kebutuhan kalori 500 mg sehari. Konsumsi tablet Fe selama hamil sampai dengan masa nifas.

(Sulistiyowati, 2009 : 183).

b. Pola Eliminasi:

Kebiasaan buang air besar selama kehamilan cenderung menjadi tidak teratur. Hal ini disebabkan adanya relasasi otot polos saluran cerna akibat pengaruh progesterone dan tekanan oleh masa uterus yang semakin membesar.

(Firman, 2010: 119).

Sering kencing merupakan keluhan yang sering terjadi pada ibu hamil Trimester I dan III.

c. Pola Istirahat :

Istirahat malam 6-8 jam sehari. Istirahat siang 1-2 jam sehari.

(Sulistiyowati, 2009 : 184).

d. Pola Ativitas :

Perempuan hamil boleh melakukan pekerjaannya sehari-hari di rumah, di kantor, ataupun dipabrik asal bersifat ringan. Kelelahan harus dicegah. Oleh karena itu, bekerja harus diselingi dengan istirahat.

(Firman, 2010 : 120).

e. Pola Seksual :

Berhubungan seksual tidak berbahaya untuk dilakukan kapan saja selama kehamilan dengan syarat tidak ada penyulit kehamilan, seperti ketuban pecah, persalinan premature, dan cervix incompeten.

(Firman, 2010 : 119).

f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan :

merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan Bayi dan ibu-ibu perokok aktif maupun pasif memiliki berat badan lebih rendah, karena itu wanita hamil dilarang merokok dan dianjurkan untuk menghindari asap rokok. Sedapat mungkin dihindari pemakaian obat-obatan selama kehamilan.

(Sofian, 2011 : 47).

Menurut standar konsep pengobatan tradisional sebenarnya diperbolehkan dan dibenarkan dengan persyaratan bahwa zat-zat atau bahan yang dipergunakan dalam pengobatan tradisional sudah terbukti efektif dan bermanfaat dan tidak membahayakan kehamilan. Wanita

hamil seharusnya tidak mengkonsumsi atau mengurangi pemakaian alcohol.

(Kusmiati, 2010 : 89-93).

6. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :

Tidak ada

7. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga :

Tidak ada

8. Riwayat psiko-sosial-ekonomi :

(Status perkawinan, respon terhadap kehamilan dan persalinan riwayat KB dukungan keluarga pengambil keputusan dalam keluarga, rencana tempat dan penolong peralihan.

(Saminem, 2010:52).

II. OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

b) Kesadaran : Composmetis

c) Keadaan Emosional : Kooperatif

d) Tanda –tanda vital

- Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg.

- Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit
meningkat menjadi 80-90 kali/menit

(Sulistyowati, 2009 : 61).

- Pernafasan : 16-20 Kali / menit

(Eviana, 2011: 45).

- Suhu : 36,5-37,5⁰ C

(Eniyati, 2012:120).

e) Antropometri

- 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 15-16 kg.

(Sulistyawati, 2009 : 69).

- Tinggi Badan : > 145 cm
- Lingkar Lengan Atas : standart minimal untuk ukuran Lingkar Lengan Atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23.5 cm.

(Kusmiati, 2010 : 88).

- f) Taksiran persalinan : untuk menentukan taksiran persalinan (HPL) biasanya digunakan rumus Neagle, yaitu sebagai berikut.

$$\text{HPL} = \text{HPHT} + 7 \text{ Hari} - 3 \text{ Bulan}$$

Namun, rumus ini tidak bisa digunakan pada :

- Ibu dengan riwayat haid yang tidak teratur
- Ibu hamil saat masih menyusui dan belum haid sesudah melahirkan
- Ibu hamil karena berhenti mengkonsumsi pil KB dan belum haid.

Penentuan hari lahir pada pasien dengan keadaan diatas dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan USG.

(Sulistyawati,2009 : 53).

g) Usia Kehamilan : Rumus Mc.Donald yaitu Tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

(Kusmiati, 2010 : 53).

2. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada nyeri tekan, wajah tidak odem
- b. Rambut : Kebersihan cukup, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok , tidak ada benjolan, dan tidak ada nyeri tekan
- c. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera Putih, tidak ada nyeri tekan, 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, tidak ada nyeri tekan

- 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
- Leopold I : TFU 3 jari bawah px, pada fundus teraba bagian lunak, bulat, dan tidak melenting.
 - Leopold II : di sebelah kiri bagian keras, mendatar, terasa ada tahanan, di sebelah kanan teraba tonjolan-tonjolan kecil dan tidak penuh.
 - Leopold III : di bagian bawah teraba benda bulat, keras, melenting, dan dapat digoyangkan.
 - Leopold IV : kedua ujung tangan dapat bertemu (konvergen).
- (Sulistyawati,2009 : 193).
- TFU Mc. Donald : Uk 38 minggu.
 - TBJ/EFW : rumus Johnson Toshack.
 - TBJ : $[TFU \text{ (dalam cm)} - 12] \times 155$.
 - DJJ : 120-160 kali/menit.

(Firman, 2010 : 95).

- j. Vulva : tentukan keadaan perineum, adanya varises, tanda cadwick, kondiloma, atau flour.

(Firman, 2010 : 88).

- k. Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak, reflek patella +/-.

3. Pemeriksaan Panggul

- a. Distancia Spinarum : 24-26 cm.
- b. Distancia cristarum : 28-30 cm
- c. Conjugata eksterna : 18-20 cm
- d. Lingkar panggul : 80-90 cm
- e. Distancia tuberum : 10,5 cm

(sofian, 2012 : 160-161).

4. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah : Hb : Trimester III : 11,0-12,2 gr%

(Medforth, 2011).

- b. Urine

Reduksi : negatif

Albumine : negatif

5. Pemeriksaan lain

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).

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

III. ASSESSMENT

1. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : G , PAPIAH , UK , Hidup , anak tunggal, letak anak, intra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita.

(Firman, 2010: 101).

b. Masalah : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak napas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki / vulva.

(Kusmiati, 2009: 143-153).

c. Kebutuhan : HE aktivitas, istirahat, nutrisi, hygiene.

(Varney, 2007).

2. Antisipasi terhadap dan masalah potensial.

Tidak ada

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan.

Tidak ada

IV. PLANNING

1. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaannya.

R/ Merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal. .

2. Berikan informasi ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan.

R/ Informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini komplikasi kehamilan, sehingga jika terjadi salah satu tanda bahaya, ibu dan keluarga dapat mengambil keputusan dan bertindak cepat.

3. Berikan KIE tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul dan cara mengatasinya.

R/ Memberikan informasi mengenai ketidaknyamanan pada saat hamil kepada ibu, agar jika sewaktu-waktu ibu mengalaminya, ibu sudah tahu bagaimana cara mengatasinya.

4. Motivasi ibu tentang cara mempertahankan pola makan dan minum.

R/ Agar kebutuhan nutrisi dan cairan ibu tetap terpenuhi.

5. Berikan KIE tanda-tanda persalinan

R/ Pengetahuan ibu tentang tanda-tanda persalinan maka ibu bisa mengetahui apa yang harus dilakukan ketika beliau sudah in partu.

6. Berikan informasi tentang persiapan persalinan

R/ Informasi ini sangat perlu untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga untuk mengantisipasi adanya ketidak siapan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan.

7. Buat kesepakatan untuk kunjungan ulang

R/ Memantau kondisi ibu dan janin.

(Sulistyawati,2009 : 195-197).

2.3.2 Persalinan

I. SUBYEKTIF

1) Keluhan Utama

keluhan yang dirasakan oleh klien yaitu sejak kapan perut terasa nyeri (mules), jarak setiap rasa sakit, lamanya rasa sakit, dan sudah mengeluarkan lendir bercampur darah, atau cairan

(Manuaba, 2010).

2) Pola Kesehatan Fungsional

Selama Bersalin

a) Pola Nutrisi :

Kebutuhan cairan, elektrolit, dan nutrisi sangat dibutuhkan untuk ibu bersalin. Hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi. Dehidrasi pada ibu bersalin dapat berpengaruh terhadap gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus.

(Sumarah, 2009: 101).

b) Pola Eliminasi :

Keinginan untuk berkemih pada ibu inpartu sering terganggu dengan adanya kontraksi, setiap 4 jam kandung kemih harus segera dikosongkan supaya tidak menghambat penurunan bagian terendah janin.

(Sumarah, 2009: 80).

c) Pola 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 endorphin dalam tubuh .

(Yanti, 2009).

d) Pola Ativitas :

Ibu yang berada pada persalinan harus mampu berambulasi ketika dan selama ia menginginkannya, tidak ada kontraindikasi untuk hal tersebut. Berjalan pada awal persalinan dapat menstimulasi persalinan. Ibu bebas berjalan, duduk di kursi menggunakan toilet, tidak hanya berbaring di tempat tidur saja.

(Helen Varney 2007: 697).

II. OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmetis
- c) Keadaan Emosional : Kooperatif
- d) Tanda –tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg.
 - Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit
meningkat menjadi 80-90 kali/menit

(Sulistiyowati, 2009 : 61).

- Pernafasan : 16-20 Kali / menit

(Eviana, 2011: 45).

- Suhu : 36,5-37,5⁰ C

(Eniyati, 2012:120).

2. Pemeriksaan Fisik

a. Mata : simetris, conjungtiva tidak anemis, palpebra tidak oedema, sklera tidak icterus

b. Abdomen

5) Leopold I : TFU 3 jari bawah px, pada fundus teraba bagian lunak, bulat, dan tidak melenting.

6) Leopold II : di sebelah kiri bagian keras, mendatar, terasa ada tahanan, di sebelah kanan teraba tonjolan-tonjolan kecil dan tidak penuh.

7) Leopold III : di bagian bawah teraba benda bulat, keras, melenting, dan dapat digoyangkan.

8) Leopold IV : kedua ujung tangan dapat bertemu (konvergen).

(Sulistiyawati,2009 : 193).

- TFU Mc. Donald : Uk 38 minggu.

- TBJ/EFW : rumus Johnson Toshack.

TBJ : [TFU (dalam cm) – 10] x 155.

- DJJ : 120-160 kali/menit. (Firman, 2010 : 95).

- His : > 2 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih.

(APN,2008 : 43).

- c. Genetalia : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak terdapat lendir bercampur darah, terdapat cairan ketuban atau tidak.
- d. Pemeriksaan dalam : VT Ø 1-10 cm,eff 25-100%, ketuban (negatif/positif), jernih, letak kepala, denominator, hodge I-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin.

(Mochtar, 2011).

III. ASSESMENT

1. Interpretasi data dasar

- a. Diagnose : G , PAPIAH , UK , Hidup , anak tunggal, letak anak, intra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita, inpartu kala I fase aktif/laten.

(Firman, 2010: 101).

- b. Masalah : cemas, gelisah, takut
- c. Kebutuhan : Kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya

(Sulistyawati 2009 : 180).

2. Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada

IV. PLANNING

1) Kala I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama untuk multigravida

tidak lebih dari 7 jam dan untuk primigravida 13 jam diharapkan terdapat tanda dan gejala kala II

Kriteria Hasil :

- k/u ibu & janin baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah 110/70-120/80 mmHg, Nadi 60-100 x/menit, Suhu 36,5-37,5⁰C, pernafasan 16-20x/menit) dan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
- His semakin adekuat dan teratur (> 2x dalam 10 menit lama 40 detik atau lebih) (APN,2008 : 43).
- terdapat penurunan kepala janin
- terdapat pembuka dan penipisan serviks
- pembukaan lengkap 10 cm eff 100 %
- terdapat dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka

Intervensi

1. Monitor tekanan darah, suhu badan, denyut nadi setiap 4 jam.
R/ Peningkatan nadi dan suhu dalah indicator terjadinya infeksi. Dan ehidrasi dapat menyebabkan peningkatan suhu, TD, nadi, pernafasan, dan DJJ.

2. Dengarkan denyut jantung janin setiap jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif.

R/ Memantau kesejahteraan janin.

3. Palpasi kontraksi uterus setiap jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif.

R/ Memantau kesejahteraan janin.

4. Monitor pembukaan serviks, penurunan bagian terendah janin pada fase laten dan fase aktif dilakukan setiap 4 jam.

R/ Memantau kemajuan persalinan

5. Monitor pengeluaran urine setiap 2 jam

R/ Mempertahankan kandung kemih bebas distensi, yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.

6. Seluruh hasil pemeriksaan dicatat di partograf.

R/ partograf adalah bagian terpenting dari pencatatan selama persalinan untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai atau efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan, membuat perubahan serta peningkatan pada rencana asuhan.

7. Hadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu, seperti suami, keluarga, atau teman dekat untuk mendampingi ibu.

R/ Memberikan dukungan emosi, yang dapat menurunkan rasa takut.

8. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya serta kemajuan persalinan dan meminta persetujuan ibu untuk menjalani rencana asuhan selanjutnya.

R/ Bila prosedur melibatkan tubuh klien, ini perlu bagi klien mendapatkan informasi yang tepat untuk membuat pilihan persetujuan.

9. Atur aktivitas dan posisi, juga membimbing relaksasi sewaktu ada his.

R/ dapat memblok impuls nyeri dalam korteks serebrl melalui respons kondisi dan stimulasi kutan.

10. Jaga privasi ibu.

R/ Lingkungan yang tidak menimbulkan pengalihan memberikan kesempatan optimal untuk istirahat dan relaksasi diantra kontraksi.

11. Jaga kebersihan diri

R/ Menurunkan resiko infeksi.

12. Berikan rasa aman dan menghindarkan rasa panas, mengurangi rasa nyeri ketika his, misalnya dengan membuat rasa sejuk dan melakukan masase.

R/ dapat memblok impuls nyeri dalam korteks serebrl melalui respons kondisi dan stimulasi kutan.

13. Berikan cukup minum dan makan

R/ dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan suhu, TD, nadi, pernafasan, dan DJJ.

14. Pastikan dan mempertahankan kandung kemih tetap kosong.

R/ Mempertahankan kandung kemih bebas distensi, yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.

15. Ciptakan kedekatan antara bidan dan ibu misalnya dengan sentuhan.

R/ Memberikan dukungan emosi, yang dapat menurunkan rasa takut.

(Suminem, 2010: 62).

2) Kala II

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 2 jam (pada primigravid) dan \pm 1 jam (pada multigravida) diharapkan bayi lahir spontan.

Kriteria :

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

Intervensi

1. Dengar dan lihat adanya tanda gejala kala II.
 - ibu merasa aada dorongan kuat untuk meneran
 - ibu meraskan tekanan pada rektum dan vagina
 - perineum tampak menonol.
 - vulva dan sfingter ani membuka.
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
3. Pakai celemek.
4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keribgkan dengan handuk kering atau tisu.
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Masukkan oksitosin kedalam spuit (menggunakan tangan kanan yang memakai sarung tangan steril), dan meletakkan di partus set.
7. Bersihkan vulva dan perineum, dari arah depan kebelakabg dengan menggunakan kapas DTT.
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembuaan lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
10. Periksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi.

11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman.
12. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
13. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu ada dorongan untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika belum ada dorongan untuk meneran.
15. Letakkan handuk bersih diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Periksa adanya lilitan tali pusat, dan mengendorkan tali pusat.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

22. Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran pada saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggahh kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari-jari lainnya). Kemudian letakkan bayi diatas perut ibu.
25. Nilai segera bayi baru lahir.
26. Keringkan tuuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpaa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan membiarkan bayi diatas perut ibu.
27. Letakkan kain bersih dan kering pada perut ibu. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

3) Kala III

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

Kriteria Hasil :

- Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta : uterus globuler dan TFU berkurang, tali pusat semakin panjang ada semburan darah tiba-tiba.
- Plasenta lahir lengkap
- Tidak terjadi perdarahan
- Kontraksi uterus baik
- Kandung kemih kosong.

Intervensi

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi baik.

29. Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral. Setelah 1 menit setelah bayi lahir.

30. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Setelah 2 menit pemberian oksitosin.

31. Gunting tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi). Pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut.

32. Ikat tali pusat dengan benang steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
33. Tengkurapkan bayi pada perut/dada ibu (skin to skin) menyelimuti tubuh bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi kemudian biarkan bayi melakukan inisiasi menyusui dini.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perit ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uteru skearah belakang (dorso-kranial).
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.
39. Lakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.

40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, dan selaput ketuban lengkap dan utuh.

4) 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

Intervensi

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan
43. Membiarkan bayi diatas perut ibu
44. Menimbang berat badan bayi, tetesi mata dengan salep mata, 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 pervaginaan
47. Mengajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi dan kandung kemih
50. Memeriksa pernafasan dan temperatur tubuh

51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk mendekontaminasi cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
52. Membuang bahan – bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban lendir dan darah
54. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan menganjurkan mobilisasi dini
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan rendam selama 10 menit
57. Mencuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir
58. Melengkapi Partograf

2.3.3 Nifas

I. SUBYEKTIF

1) Keluhan Utama (PQRST) :

Ketidaknyamanan pada masa puerperium

1. Nyeri setelah lahir (after pain)
2. Pembesaran payudara
3. Keringat berlebih
4. Nyeri perineum
5. Konstipasi
6. Hemoroid.

(Hellen Varney, 2008 : 974-977).

2) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi

- Makan dengan diet berimbang, cukup karbohidrat, protein lemak, vitamin dan mineral.
- Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori dan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tambahan dari kebutuhan kalori per harinya. 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.

(Suherni, 2009 : 101).

b. Pola 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.

(Suherni, 2009 : 117).

c. Pola istirahat

- Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan
- Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam.

(Suherni, 2009 : 104).

d. Pola aktivitas

Mobilisasi dini bertahap dan melakukan aktifitas seperti biasa

(suhemi : 104).

e. Pola seksual

- Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

- Ada kepercayaan / budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seksual setelah 40 hari atau 6 minggu, oleh karena itu perlu dikompromian antara suami dan istri.

(Suherni, 2009 : 104).

f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan

- Mengonsumsi tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari.
- Mengonsumsi vitamin A 200.000 IU.

(Suherni, 2009 ; 101).

II. OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmetis
- c) Keadaan Emosional : Kooperatif
- d) Tanda –tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg.
 - Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit
meningkat menjadi 80-90 kali/menit
 - Pernafasan : 16-20 Kali / menit
 - Suhu : 36,5-37,5⁰ C

(Sulistyowati, 2009 : 61).

(Eviana, 2011: 45).

(Eniyati, 2012:120).

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

- a. Payudara : membesar, adanya hiperpigmentasi areola, kebersihan cukup, ASI sudah keluar

(Sofian, 2011).

- b. Abdomen : TFU: 2 jari bawah pusat, Kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong .

(Suherni, 2009).

- c. Genetalia : Terdapat lochia rubra (cruenta), oedema, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus.

(Suherni, 2009).

III. ASSESSMENT

1. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH, jam post partum
- b. Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, keringat berlebih, Nyeri perineum

(Varney, 2007).

- c. Kebutuhan : HE mobilisasi, nutrisi, aktivitas, personal hygiene.

2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Tidak ada

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

IV. PLANNING

Tujuan : Ibu dapat mengetahui penyebab dan cara mengatasi masalah

Kriteria Hasil : - Ibu tidak cemas
- k / u ibu baik
- Tidak terjadi HPP

Implementasi

1. Kunjungan Pertama, waktu 6 – 8 jam setelah persalinan.
 - a. Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan atonia uteri.
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d. Memberikan ASI awal.
 - e. Memberi supervise kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Bila ada bidan atau petugas lain yang membantu melahirkan, maka petugas atau bidan itu harus tinggal dengan ibu dan bayi lahir untuk 2 jam pertama.
2. Kunjungan Kedua, waktu : enam hari setelah persalinan.
 - a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal.
 - b. Evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

- c. Memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit.
 - e. Memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan pada bayi.
3. Kunjungan Ketiga, waktu : Dua minggu setelah persalinan.
Sama seperti kunjungan hari ke enam.
 4. Kunjungan ke Empat,waktu : Enam minggu setelah persalinan.
 - a. Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
 - b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

(Suherni,2009 : 3 – 4).