

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan Dan Nifas

2.1.1 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 bulan (Prawirohardjo, 2010).

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

2.1.2 Tanda-tanda kehamilan

Tanda-tanda kehamilan dapat dilihat dari tanda tidak pasti, tanda kemungkinan, dan tanda pasti.

Tanda Pasti Hamil (tanda positif) sebagai berikut :

1. Gerakan janin dalam rahim
2. Terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin
3. Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiotokografi, alat Doppler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.

2.1.3 Diagnosis Banding Kehamilan

Suatu kehamilan kadang kala harus dibedakan dengan keadaan atau penyakit yang menimbulkan keraguan pemeriksaan:

1. Hamil palsu (pseudocyesis =kehamilan spuria)

Gejala dapat sama dengan kehamilan, seperti amenorea, perut membesar, mual, muntah, air susu keluar, bahkan wanita tersebut merasakan gerakan janin. Namun, pada pemeriksaan, uterus tidak membesar, tanda-tanda kehamilan lain dan kehanilan negatif.

2. Mioma uteri

Perut dan rahim membesar, tetapi pada perabaan, rahim terasa padat, kadang kala berbennjol-benjol. Tanda kehamilan negatif dan tidak dijumpai tanda-tanda kehamilan lainnya.

3. Kista ovarium

Perut membesar, bahkan makin bertambah besar, tetapi pada pemeriksaan dalam, rahim teraba sebesar biasa. Reaksi kehamilan negatif, tanda-tanda kehamilan lain negtaif.

4. Kandung kemih penuh dan terjadi retensi urine. Pada pemasangan kateter, keluar banyak urine.

5. Hematometra

Uterus membesar karena terisi darah yang disebabkan himen imperforata, stenosis vagina atau serviks (Sofian, 2011).

2.1.4 Perubahan Fisiologi Pada Kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plsenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomamopropin, estrogen, dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh dibawah ini.

1) Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperlasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Perubahan pada rahim menyebabkan rahim menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentu. Perlunakan rahim disebut tanda hegar.

2) Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak terlihat makin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda chadwicks).

3) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu.

4) Payudara

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

5) Sirkulasi Darah Ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa factor, antara lain:
Meningkatkan kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim, terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter, pengaruh hormon estrogen dan progesterone makin meningkat.

(Candranita, 2010)

6) Sistem Endokrin

1. Hormon plasenta

Sekresi hormon plasenta dan HCG dari plasenta janin mengubah organ *endogrin* secara langsung. Peningkatan kadar *estrogen* menyebabkan produksi globulin meningkat dan menekan produksi tiroksin, kortikosteroid dan steroid, dan akibatnya plasma yang mengandung hormon-hormon ini akan meningkat jumlahnya. Tetapi kadar hormon bebas tidak mengalami peningkatan yang besar.

2. Kelenjar hipofisis

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

3. Kelenjar Tiroid

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

4. Kelenjar adrenal

Karena dirangsang oleh hormon *estrogen*, kelenjar adrenal memproduksi lebih banyak kortisol plasma bebas dan juga kortikosteroid, termasuk ACTH, dan ini terjadi saat usia 12 minggu hingga masa aterm. Karena kortison bebas menekan produksi ACTH, disimpulkan adanya gangguan mekanisme *feed-back*. Diperkirakan kortisol bebas yang mengikat mempunyai efek yang berlawanan terdapat insulin. Dengan meningkatnya kadar glukosa dalam darah, adanya asam lemak dan produksi glikogen serta menurunnya tingkat penyebaran glukosa oleh otot dan lemak, dapat membuat kebutuhan fetus akan glukosa terpenuhi.

7) Sistem Kekebalan

HCG mampu menurunkan respon imun pada perempuan hamil. Selain itu, kadar Ig G, Ig A dan Ig M serum menurun mulai dari minggu ke-10 kehamilan hingga mencapai kadar terendah pada minggu ke-30 dan tetap berada pada kadar ini, hingga aterm.

8) Sistem Pencernaan

Estrogen dan HCG meningkat, dengan efek samping mual dan muntah-muntah. Selain itu, terjadi perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar/perasaan ingin makan terus (mengidam), juga peningkatan asam lambung. Pada keadaan patologik tertentu, terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (*hiperemesis gravidarum*).

Saliva meningkat, dan pada trimester pertama, mengeluh mual muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (*morning sickness*).

9) Sistem Musculoskeletal

Estrogen dan relaksasi memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan *ligament pelvic* pada akhir kehamilan. Relaksasi ini di gunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya dalam menguatkan posisi janin di akhir kehamilan dan saat kehamilan. Meningkatnya pergerakan pelvic menyebabkan juga pergerakan pada vagina. Ini menyebabkan timbulnya nyeri punggung dan ligamen saat hamil tua.

Cara mengurangi ketidaknyamanan ini adalah:

1. Saat berdiri upayakan berdiri dengan sikap tegak, punggung lurus dan sejajar bahu. Hindari membungkuk atau melengkungkan punggung ke arah belakang.
2. Saat duduk, posisikan tulang punggung sejajar dengan sandaran kursi dan kedua kaki menapak di lantai (jangan menggantung). Apabila pekerjaan ibu hamil mengharuskan duduk dalam waktu yang lama, selalu perbaiki posisi duduk anda dan bila perlu ganjal bagian punggung dengan bantal tipis.
3. Hindari posisi berdiri terus menerus selama 6 jam
4. Apabila keluhan nyeri timbul, lakukan gerakan senam ringan untuk relaksasi otot-otot leher, punggung, pinggang dengan cara menarik nafas yang panjang dan dalam kemudian hembuskan secara perlahan melalui mulut.
5. Apabila ibu hamil hendak membungkuk atau mengambil sesuatu di lantai, tekuk salah satu lutut dan pertahankan punggung tetap lurus sambil pelan-pelan melenturkan punggung ke arah depan. Jangan membungkuk secara tiba-tiba karena akan menambah keluhan nyeri pinggang.
6. Berendam dengan campuran air hangat dan garam sambil dipijat perlahan di bagian pinggang dan sepanjang tulang punggung dengan arah gerakan melingkar.

7. Posisi tidur yang terbaik bagi ibu hamil adalah posisi miring ke kiri karena dapat memperlancar peredaran darah dari ibu ke janin. Letakkan bantal diantara kedua lutut dan dibawah perut ibu hamil.

8. Lakukan senam hamil, latihan pernafasan dan jalan kaki setiap hari selama 30 menit atau sesuai dengan kemampuan ibu hamil. Sebaiknya konsultasikan dengan dokter anda mengenai senam hamil yang cocok untuk kondisi tubuh ibu hamil.

10) Sistem kardiovaskuler

Meningkatnya beban kerja menyebabkan otot jantung mengalami hipertrofi, terutama ventrikel kiri sebagai pengatur pembesaran jantung. Pembesaran uterus menekan jantung ke atas kiri. Pembuluh jantung yang kuat membantu jantung mengalirkan darah keluar jantung ke bagian atas tubuh, juga menghasilkan elektrokardiografi dan radiografi yang perubahannya sama dengan iskemik pada kelainan jantung. Perlu di perhatikan jantung pada perempuan hamil normal.

11) Sistem Integumen

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *Melanophore Stimulating Hormon lobus hipofisis anterior* dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada *striae gravidarum livide* atau *alba*, *areola mammae*, *papilla mammae*, *linea nigra*, *cloasma gravidarum*. Setelah persalinan, hiperpigmentasi akan menghilang.

12) Metabolisme

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi menjadi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan pemberian ASI.

Perubahan metabolisme tersebut adalah:

1. Metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
2. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan adanya hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang di butuhkan janin.
3. Kebutuhan protein perempuan hamil semakin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 gr/kg atau sebutir telur ayam sehari.
4. Kebutuhan kalori didapatkan dari karbohidrat, lemak, dan protein.
5. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil : kalsium 1, 5 gram tiap hari, 30 sampai 40 gram untuk penguatan tulang janin, fosfor, rata-rata 8 gram sehari, Zat besi, 800 mg atau 30 sampai 50 mg sehari, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan kemungkinan terjadi retensi air.
6. Berat badan ibu hamil bertambah.

13) Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh (IMT)

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Analisis dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa berat badan yang bertambah berhubungan dengan perubahan fisiologis yang terjadi pada kehamilan dan lebih dirasakan pada ibu primigravida untuk menambah berat badan pada masa hamil.

Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan : adanya edema, proses metabolisme, pola makan, muntah atau diare, dan merokok.

14) Darah dan Pembekuan Darah

Penurunan Tahanan vaskuler perifer selama kehamilan terutama disebabkan oleh relaksasi otot polos sebagai pengaruh dari hormon *progesterone*. Penurunan dalam Peripheral Vaskuler resistance mengakibatkan adanya penurunan tekanan darah selama usia kehamilan pertama. Tekanan sistolik turun sekitar 5 sampai 10 mmHg dan diastolic 10 sampai 15 mmHg. Setelah usia kehamilan 24 minggu, tekanan darah sedikit demi sedikit naik kembali pada tekanan darah sebelum hamil pada saat aterm.

15) Sistem Pernafasan

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

16) Sistem Persarafan

Pada ibu hamil akan ditemukan rasa sering kesemutan atau *acroestresia* pada ekstermitas disebabkan postur tubuh ibu yang membungkuk. Edema pada trimester III, edema menekan saraf perifer bawah ligament carpal pergelangan tangan menimbulkan carpal turner sindrom, yang di tandai dengan parestisia dan nyeri pada tangan yang menyebar ke siku.

2.1.5 Perubahan dan Adaptasi Psikologi Dalam masa kehamilan

1. Pada Kehamilan Trimester III

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

tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya.

(Asrinah, 2010).

2. Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Selama kehamilan, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologi dan emosional. Sebagai seorang bidan, anda harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu memberi dukungan dan keprihatinannya, kekhawatiran dan pernyataan-pernyataan.

1. Dukungan Keluarga
2. Dukungan Dari tenaga Kesehatan
3. Rasa aman dan Nyaman Selama Hamil
4. Persiapan Menjadi Orang Tua
5. Persiapan Saudara Kandung.

(Asrinah, 2010)

3. Kebutuhan dasar ibu hamil

a. Nutrisi

Anjurkanlah wanita hamil makan yang secukupnya saja, cukup mengandung protein hewani dan nabati, karena kebutuhan kalori selama kehamilan meningkat. Kenaikan berat badan wanita hamil berkisar antara 6,5 – 16 kg selama kehamilan.

b. Pekerjaan rumah tangga

Pada saat hamil, kurangilah pekerjaan rumah tangga yang biasa anda lakukan.

c. Wanita karir

Wanita hamil boleh melakukan pekerjaan sehari-hari, dikantor atau di pabrik asal bersifat ringan.

d. Hubungan seksual

Hubungan seksual selama hamil tidak dilarang, tetapi disarankan dihentikan bila terdapat tanda infeksi yaitu pengeluaran cairan disertai nyeri dan panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan mendadak saat hubungan, adanya riwayat abortus, partus prematurus, IUFD.

e. Kunjungan ulang

Pengawasan antenatal memberi manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah pertolongan persalinan.

f. Pakaian

Pakaian yang baik untuk ibu hamil ialah tidak boleh menekan badan karena pakaian yang menekan badan menyebabkan bendungan vena dan mempercepat timbulnya varices.

g. Olahraga saat hamil

Yang dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar.

h. Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin.

i. Personal hygiene

Kebersihan badan mengurangi infeksi, puting susu harus dibersihkan kalau terbasahi oleh kolostrum, perawatan gigi harus dilakukan karena gigi yang bersih menjamin pencernaan yang sempurna.

j. Bepergian (Travelling)

Sedang hamil tidak berarti anda tidak dapat pergi berlibur, tetapi anda harus melakukan sedikit ekstra hati-hati ketika membuat rencana, baik untuk menjamin kenyamanan dan perlindungan anda dan bayi yang belum lahir.

k. Imunisasi

Pada masa kehamilan, ibu hamil diharuskan melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT). Gunanya pada antenatal menurunkan kemungkinan kematian bayi karena tetanus.

l. Persiapan persalinan dan laktasi

Salah satu persiapan persalinan adalah meningkatkan kesehatan optimal dan segera dapat memberikan laktasi. Untuk mempersiapkan laktasi, perlu dilakukan persiapan perawatan payudara untuk persiapan laktasi.

m. Perawatan gigi

Untuk mencegah caries selama hamil yaitu dengan menyikat gigi secara teratur membilas mulut dengan air sesudah makan atau minum

n. Support emosional

Faktor yang berhubungan dengan ibu hamil : dukungan kepada bumil dan nifas, dukungan dari tenaga kesehatan (nakes), persiapan menjadi orang tua, mempersiapkan saudara (sibling), dukungan suami.

2.1.6 Asuhan Antenatal

1. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28

minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu.

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(Prawirohardjo, 2009).

2. Pelayanan standart, yaitu 14 T:

Dalam penerapan praktik sering dipakai standar minimal perawatan antenatal care. Pelayanan antenatal care minimal 5T, meningkat menjadi 7T, dan kemudian 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14T, yakni :

1. Ukur tinggi badan / berat badan
2. Ukut tekanan darah
3. Ukur tinggi fundus uteri
4. Pemberian imunisasi TT
5. Pemberian tablet besi minimal 90 tablet dalam kehamilan
6. Tes PMS
7. Temu wicara / konseling
8. Tes pemeriksaan Hb
9. Tes pemeriksaan urin protein
10. Tes pemeriksaan urin reduksi
11. Perawatan payudara
12. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)

13. Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemik)

14. Terapi obat malaria. (Nadra,2011)

2.1.7 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.

2. Preeklamsia

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

3. Nyeri hebat di daerah abdominalpelvikum

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, menggigil atau demam, ketuban pecah dini atau sebelum waktunya, uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya (Prawirohardjo, 2009)

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi

- 1) Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri), yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. (Mochtar, 1998)
- 2) Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim. (Rasman, 2011)
- 3) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir maupun luar jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan . (Manuaba, 2001)

2.2.2 Klasifikasi Persalinan

Menurut Sumarah (2009), klasifikasi persalinan ialah sebagai berikut :

1) Persalinan Spontan

Bila persalinan berlangsung dengan his dan tenaga ibu sendiri.

2) Persalinan Buatan

Bila persalinan berlangsung setelah dilakukan tindakan misalnya vakum, forsep, dan seksio cesaria.

3) Persalinan Anjuran

Bila persalinan berlangsung setelah pemberian rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan.

2.2.3 Tanda-tanda Persalinan

Persalinan patut dicurigai jika setelah usia kehamilan 22 minggu keatas, ibu merasa nyeri abdomen berulang yang disertai dengan cairan lendir yang mengandung darah atau *show*. Agar dapat mendiagnose persalinan, bidan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

1. Perubahan serviks, kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka.

2. Kontraksi yang cukup/adekuat, kontraksi dianggap adekuat jika :
 - a. Kontraksi terjadi teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik.
 - b. Uterus mengeras selama kontraksi, sehingga tidak bias menekan uterus dengan menggunakan jari tangan.

Tanda-tanda persalinan sudah dekat:

1. Menjelang minggu ke 36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi *Braxton Hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin sehingga kepala kearah bawah. Masuknya kepala janin ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil dengan terasa ringan dibagian atas (rasa kencing. Gambarang penurunan bagian terendah janin tersebut sangat jelas pada primigravida, sedang pada multigravida kurang jelas karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.
2. Terjadinya his permulaan. Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi ini dapat dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua kehamilan, maka pengeluaran estrogen dan progesterone makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu. (Sumarah, 2009)

2.2.4 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Sumarah (2009), terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kecutan his.

Hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu :

1. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

2. Progesteron

Berfungsi menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan :

1. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Keadaan uterus kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda seringkali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

2. Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi koriales* mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofise pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

4. Teori prostaglandin

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

5. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anensefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpar tahun 1993 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Dari beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

6. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

7. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan.

2.2.5 Tahapan Persalinan

Menurut Sumarah (2009), Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mengedan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi pendarahan post partum.

1. Persalinan Kala I

Persalinan Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga ibu/wanita masih dapat berjalan-jalan. Klinis dapat dinyatakan mulai terjadi partus jika timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*).

Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3cm, dan fase aktif (7jam) dari pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10cm. Dalam fase aktif ini masih dibagi menjadi 3 fase lagi yaitu: *fase akselerasi*, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, *fase dilatasi maksimal*, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, dan *fase deselerasi*, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi 10cm. Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Keadaan tersebut dapat dijumpai baik pada primi gravid maupun multigravida, akan tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Berdasarkan kurve Fridman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan pada multigravida 2cm/jam. Dengan demikian waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

2. Kala II (Pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektorik menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan membukanya anus. Lebih mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekuatan his dan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

3.Kala III (Pelepasan Uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

Tanda-tanda lepasnya plasenta :

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda alfhed)

c) Semburan arah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan di bantu oleh gaya gravitasi apabila kumpulan darah retroplacenta pooling dalam ruang diantara dinding uterus permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas. (APN, 2008)

Cara pelepasan placenta :

SCHULTZE (80%)

Lepasnya seperti kita menutup payung. Pelepasan dimulai bagian tengah, lalu menjadi retroplacental hematoma yang menolak uri mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

DUNCAN (20%)

Pelepasan dimulai dari pinggir placenta, darah akan mengalir sejak bagian placenta terlepas berlangsung sampai seluruh placenta terlepas/serempak dari tengah dan pinggir placenta.

Cara untuk mengetahui pengeluaran placenta:

KUSTNER

Meletakkan tangan disertai tekanan pada / diatas simpisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk (belum lepas), jika diam atau maju (sudah lepas).

KLIEN

Sewaktu ada his, rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali (belum lepas), diam atau turun (lepas).

STRASSMAN

Tali pusat diregangkan dan ketok pada fundus, jika tali pusat bergetar berarti belum lepas, tidak bergetar/diam (lepas).

(sarwono, 2008)

4.Kala IV (Observasi)

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadahi selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah :

- a. Tingkat kesadaran penderita.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi dan pernapasan.
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya pendarahan.

Pendarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

2.2.6 Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Sumarah (2009), tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa upaya asuhan persalinan normal harus didukung oleh adanya alasan yang kuat dan berbagai bukti ilmiah yang dapat menunjukkan adanya manfaat apabila diaplikasikan pada setiap proses persalinan.

Lima aspek dasar atau disebut Lima Benamg Merah dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Kelima aspek ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala I sampai IV termasuk penatalaksanaan bayi yang baru lahir.

Kelima benang merah tersebut adalah :

- a. Membuat keputusan klinik
- b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
- c. Pencegahan infeksi.
- d. Pencatatan (rekam medik).
- e. Rujukan.

2.2.7 Faktor yang perlu diperhatikan dalam persalinan

- a. Passage (jalan lahir) misalnya type panggul, dan struktur tulang panggul. b. Passenger (faktor janin) misalnya bentuk dan ukuran kepala bayi, presentasi janin, sikap janin, dan posisi janin.
- c. Power adalah frekwensi, lamanya dan kekuatan kontraksi uterus yang mengakibatkan tertarik dan terbukanya serviks secara komplit.
- d. Posisi juga dianggap mempengaruhi persalinan seperti posisi setengah duduk, jongkok dan sebagainya.
- e. Psychologis

Kondisi psikis pasien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu dan strategi adaptasi.

2.2.8 Mekanisme Persalinan

Yang paling sering kita jumpai adalah presentasi belakang kepala dan kebanyakan presentasi ini masuk dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis. Ubun-ubun kecil kiri melintang lebih sering daripada ubun-ubun kecil kanan melintang.

Pada pemeriksaan kita mendapatkan:

Leopold I

Fundus terisi oleh bokong, bagian yang lunak kurang melenting dan kurang bundar.

Leopold II

Punggung terdapat sebelah kiri (tahanan yang terbesar sebelah kiri).

Leopold III

Kepala (bagian yang keras bundar dan melenting) masih dapat digerakkan diatas symphysis kecuali kalau kepala sudah masuk dalam pintu atas panggul.

Auskultasi

Bunyi jantung terdengar sebelah kiri sedikit dibawah pusat.

Toucher

Sutura sagitalis teraba melintang kira-kira di tengah-tengah jalan lahir, ubun-ubun kecil terdapat kiri melintang, sedangkan ubun-ubun besar teraba kanan melintang.

Gerakan-gerakan utama anak pada persalinan:

1.- Turunnya kepala, dapat dibagi dalam

-Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)

- Majunya kepala

Yang menyebabkan majunya kepala:

- Tekanan cairan intra uteri

- Kekuatan mengejan

- Melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk rahim

2. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah sehingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah daripada ubun-ubun besar. Keuntungannya dalam ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm).

3. Putar paksi dalam

Adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simpisis.

4. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah defleksi dari kepala.

5. Putar paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putar paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi (putaran balasan).

6. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simpisis dan menjadi hipomoglion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan jalan lahir.

(Obstetri UNPAD, 1988)

Tabel 2.1 Palpasi 5/5 :

Palpasi	VT	Keterangan
5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan
4/5	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk ke dalam panggul
3/5	H II-III	Bagian terbesar kepalabelum masuk panggul
2/5	H III+	Bagian terbesar kepalasudah masuk panggul
1/5	H III-IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

(Maternal Neonatal, 2007 : N-10)

2.3 Konsep Dasar Teori Masa Nifas

2.3.1 Definisi Nifas

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

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Sujiyatini,2010)

Masa nifas (puerperium) yaitu di mulainya setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Sulistyowati, 2008).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan-tahapan masa nifas (post partum/puerperium) adalah :

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Sebagai catatan, waktu untuk sehat sempurna biasa cepat bila kondisi sehat prima, atau biasa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.

2.3.3 Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Asuhan Masa Nifas

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain:

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
2. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
3. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.

4. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
5. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
6. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
7. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama priode nifas.
8. Memberikan asuhan secara professional.

2.3.4 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk :

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

Tabel 2.2 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1	6-8 jam post partum	- Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. - Mendeteksi dan perawatan penyebab lain

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

Sumber : Sujiyatini (2010)

2.3.5 Proses Laktasi Dan Menyusui

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu. Air susu ibu ini merupakan makanan pokok bagi bayi. Makanan yang terbaik bagi bayi, makanan yang bersifat alamiah, bagi tiap ibu yang melahirkan bayi akan tersedia makanan bagi bayinya dari diri sendiri. Bagi ibu yang menyusui akan terlalu dekat dengan anaknya, dan

bagi si anak akan lebih merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa tentram, aman, hangat, akan kasih sayang ibunya. Untuk menghadapi masa laktasi (menyusui) sejak dini kehamilan setelah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae yaitu :

1. Proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar alveoli dan jaringan lemak bertambah.
2. Keluar cairan susu jolong dan ductus lactiferous disebut colostrum berwarna kuning / putih susu.
3. Hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam, dimana vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.

2.3.6 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi.

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

1) Involusi uterus.

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

- a) Iskemia Miometrium = Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- b) Atrofi jaringan = Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
- c) Autolysis = Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali

lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d) Efek Oksitosin = Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Perubahan Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 Jari bawah pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat-sympis	500 gram
2 Minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 Minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Saleha (2009)

2) Involusi Tempat Plasenta.

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan

kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lokea.

3) Perubahan Ligamen.

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

4) Perubahan pada Serviks.

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

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

5) Lokea

Akibat involusi uteri lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokea. Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama

masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lokea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokea dapat dibagi menjadi lokea rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lokea dapat dilihat sebagai berikut:

Pada masa nifas akan terdapat perubahan warna lokea setiap waktunya sendiri maka dari itu di bawah ini merupakan perubahan lokea pada masa nifas yaitu :

Tabel 2.4 Perubahan Lochea pada masa nifas

Lokea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sis mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir.
Serosa	7- 14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum,dan juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit,selaput lendir,serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Sujiyatini (2010)

Umumnya jumlah lokea lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokea sekitar 240 hingga 270 ml.

6) Perubahan Pada Vulva, Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

1) Nafsu Makan Pasca melahirkan.

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

2) Motilitas

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

3) Pengosongan Usus.

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

- a) Pemberian diet / makanan yang mengandung serat.
- b) Pemberian cairan yang cukup.
- c) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- d) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian hunkah atau obat yang lain.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat Spasme sfinkter dan edema agar kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urin dalam jumlah besar akan di hasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut 'dieresis' ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

4. Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma

akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

5. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

6. Perubahan Tanda Vital

1) Suhu badan.

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalis ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu di atas 38 derajat celcius, waspada terhadap infeksi post partum.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah.

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah di pompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada

kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

7. Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon placenta

Hormon placenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke3 post partum.

2) Hormone pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena redahnya kadar estrogen dan progesteron

4) Kadar estrogen

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

8. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah placenta dilahirkan

Ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun setelah melahirkan karena ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

2.3.7 Perubahan Psikis

1. Post Partum Blues

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

- 1) Sangat emosional
- 2) Cemas
- 3) Semangat hilang
- 4) Khawatir

- 5) Mudah tersinggung
- 6) Sedih tanpa sebab
- 7) Menangis berulang kali

2. Depresi post partum

Adalah keadaan yang menimpa sebagian kecil wanita dan lebih parah dari post partum blues

Tanda dan gejalanya :

- 1) Tidak mau makan dan minum
- 2) Mereka seakan tidak mau mengasuh bayi dan dirinya

2.3.8 Adaptasi psikologi post partum

Periode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa post partum yaitu :

1. Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
2. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi.
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
4. Pengaruh budaya.

Satu atau dua hari post partum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ibu hanya menuruti nasehat, ragu-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, masih menggebu mem-bicarakan pengalaman persalinan. Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap :

1) Taking In

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

- b) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.
- d) Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah.
Nafsu makan yang kurang menandakan proses pengembalian kondisi ibu tidak berlangsung normal

2) Taking Hold

- a) Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- b) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (misalnya eliminasi)
- c) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ibu terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

3) Letting Go

- a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ibu harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.
- c) Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum. (Bahiyatun,2009)

2.3.9 Tanda bahaya nifas

1. Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

- 1) Setelah anak dan plasenta lahir
- 2) Perkiraan perdarahan – kadang bercampur amonion, urine, darah.

- 3) Akibat kehilangan darah bervariasi – anemia
- 4) Perdarahan dapat terjadi lambat – WASPADA TERHADAP SHOCK

2. Infeksi nifas

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

Faktor Predisposisi Infeksi Nifas

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

2.3.10 Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas

1. Kebutuhan gizi dan menyusui

- A. Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
- B. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin.
- C. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.
- D. Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas.
- E. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI.

2. Ambulasi dini

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

- A. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- B. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- C. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara perawatan bayi.

Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam ke jam sampai hitungan hari.

3. Eliminasi

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

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

4. Kebersihan diri

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

- A. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi.
- B. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.

C. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.

D. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluanya.

5. Istirahat

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

6. Seksual

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

7. Latihan atau senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas di lakukan sejak awal mungkin dengan cacatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum (Sulistyawati, 2011)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Helen Varney

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan

dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

2.2.1 Pengumpulan Data Dasar

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

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

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari segala yang berhubungan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Asrinah, 2010).

1. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien ataupun keluarganya.

2. Data Objektif

Data Objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pengamatan maupun pengukuran yang dilakukan oleh bidan dan memiliki standart normal.

2.2.2 Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah di interpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

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

Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

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

(Muslihatin, 2009).

2.2.3 Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

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

2.2.4 Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan

Segera

Bidan mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu

mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan (Soepardan, 2008).

2.2.5 Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

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

2.2.6 Melaksanakan perencanaan

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

2.2.7 Evaluasi

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

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas

2.3.1 Kehamilan

I. SUBYEKTIF

1. Biodata
 - a. Umur : < 20 tahun alat reproduksi belum siap dan > 35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya persalinan prematur (Stanhope, 2007)
2. Keluhan utama : P : penyebab keluhan, Q : kualitas/ berapa kali, R : penjaran sampai seberapa, S : skala parah atau tidak menurut pasien, T : waktunya kapan, (Feryanto, 2011).

Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya : leukorea, peningkatan frekuensi berkemih, nokturea, nyeri ulu hati, konstipasi, hemoroid, insomnia, nyeri pada ligamentum teres uteri, nyeri punggung bawah (nonpatologis), hiperventilasi dan sesak napas (nonpatologis), kesemutan pada jari (Varney, 2007).

3. Riwayat Kebidanan :

Kunjungan : pertama/ ulang ke....

kunjungan Ante-Natal Care (ANC) minimal 1 kali pada trimester I(usia kehamilan 0-13 minggu), satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu), dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu),

(Sulistyawati, 2011)

Riwayat menstruasi :

1. Menarce : Menarce merupakan usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarce sekitar 12 sampai 16 tahun(Sulistyawati, 2011)

2. Siklus : Merupakan jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya, dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari, (Sulistiyowati, 2011).

3. Banyaknya : Sebagai acuan biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Atau berapa kali mengganti pembalut dalam sehari (Sulistiyawati, 2011)

HPHT : perhitungan usia kehamilan dapat dilakukan dengan menanyakan pada ibu hamil tersebut kapan hari pertama haid terakhir, kemudian dihitung perminggu secara manual (Indrayani, 2011)

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

Dikaji jumlah kehamilan karena menentukan apakah pasien primi, multi atau grandemultipara, anak yang hidup untuk mengetahui jarak kehamilan yang dulu dengan sekarang, kelahiran prematur dan riwayat keguguran.

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu apakah kehamilannya berjalan dengan normal atau ada permasalahan seperti kehamilan dengan tekanan tinggi atau pre-eklamsia, IUGR, polihidramnion/oligohidramnion. Riwayat persalinan dengan forceps, vacuum, SC, partus lama. Riwayat nifas seperti perdarahan, infeksi, masalah dalam menyusui maupun masalah psikologi. Berat badan bayi juga penting digali untuk memberikan gambaran kapasitas dari pelvic/panggul ibu (Indrayani, 2011)

5. Riwayat kehamilan sekarang

a. Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, mual, sering buang air kecil (Kusmiati, 2009)

b. Pergerakan anak pertama kali : ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir. Primigravida dirasakan pada usia kehamilan 18-20 minggu, sedangkan multigravida dirasakan pada usia kehamilan 14-16 minggu (Varney, 2008)

- c. Frekwensi pergerakan standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam.
(medforth, 2011)
- d. Penyuluhan yang sudah di dapat :
Nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda-tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara/laktasi, seksualitas, persiapan persalinan, KB.
- e. Imunisasi selama kehamilan sangat penting untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Asrinah, 2010).

6. Pola kebiasaan sehari – hari

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. (Sulistyowati, 2009)

- 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). Nyeri pinggang merupakan keluhan yang sering terjadi pada ibu hamil Trimester III.

c) Pola Istirahat :

Istirahat malam 6-8 jam sehari. Istirahat siang 1-2 jam sehari. (Sulistiyowati, 2009)

d) Pola Aktivitas :

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)

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)

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)

7. Riwayat kesehatan yang lalu berisi penyakit yang pernah diderita seperti : Diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal, jantung asma (Saminem, 2010).

8. Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal, jantung asma, TORCH (Sulistiyowati, 2009)

9. Riwayat psiko-sosial-ekonomi

(Status perkawinan, respon terhadap kehamilan dan persalinan riwayat KB dukungan keluarga pengambil keputusan dalam keluarga, rencana tempat dan penolong persalinan (Saminem, 2010)

II. OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda –tanda vital
 - 1) Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg (Saifudin, 2004).
 - 2) Nadi : 80-100 kali/menit (Sulistiyowati, 2009).
 - 3) Pernafasan : 16-20 Kali / menit (Eviana, 2011).
 - 4) Suhu : 36,5⁰C-37,5⁰C (Eniyati, 2012).

2. Antropometri

- a. Berat badan ibu hamil bertambah 12-15 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan $\pm \frac{1}{2}$ kg per minggu. Peningkatan berat badan pada trimester pertama 1 kg, pada trimester kedua 3 kg, dan pada trimester ketiga 6 kg (Sulistiyawati, 2009).
- b. Tinggi Badan : > 145 cm
- c. Lingkar Lengan : >23,5 cm (Kusmiati, 2010).
- d. Taksiran persalinan : Rumus Naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL, EDC = Expected Date of Confinement). Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Caranya

yaitu tanggal hari pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3 (Kusmiyati, 2010).

- e. 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)

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum
- b. Rambut : Kebersihan cukup, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
- c. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- d. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
- e. Telinga : tampak simetris, tidak terdapat serumen, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran
- f. Hidung : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, septum nasi di tengah
- g. Leher :Leher tentukan adanya bendungan vena di leher (misalnya, pada penyakit jantung), pembesaran kelenjar gondok, atau pembesaran kelenjar limfa.
- h.. Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-
- i. Mamae : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- j. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.
- 1) Leopold I : teraba bagian lunak, bulat,tidak melenting pada fundus (Firman, 2010).

- 2) Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan (Sulistiyowati, 2009).
- 3) Leopold III : Diatas simphisis teraba bagian yang bulat, melenting dan keras yaitu kepala (Sulistiyowati, 2009).
- 4) Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

TFU Mc. Donald : Usia Kehamilan 28-40 minggu tinggi fundus adalah 33 cm (± 2 cm) (Sarwono, 2009).

TBJ : taksiran berat janin ditentukan berdasarkan rumus Johnson Toshack. $TBJ = [TFU \text{ (dalam cm)} - N] \times 155$.

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

- j. Genetalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak odema, tidak varises(Firman, 2010).
- k. Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak, reflek patella +/+ (Varney 2008).

4. Pemeriksaan Panggul

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

(Sofian, 2012).

5. Pemeriksaan Laboratorium

1) Darah : TM I : 11 g/dl

TM 2 : 10,5 g/dl

TM 3 : 11 g/dl

(Malee, 2008)

2) Urine : - Reduksi (-)

- Albumin (-)

6. Pemeriksaan lain :

USG : Secara umum dianjurkan pemeriksaan USG sebanyak 3kali, yaitu pada trimester 1,2 dan 3. USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi janin bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin (Feryanto, 2011).

2.3.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G...PAPIAH, UK....., Anak Hidup atau mati, anak tunggal atau kembar, letak anak, intra uterin atau ekstra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita(Firman, 2010).
2. Masalah : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, pusing, varises pada kaki/vulva, nyeri pinggang (Kusmiati, 2009).
3. Kebutuhan : meningkatkan kebersihan, batasi minum bahan diuretik alamiah, bangun perlahan-lahandari posisi istirahat, hindari jangan berdiri terlalu lama. KIE ketidaknyamanan normal yang dialami ibu

2.3.3 Antisipasi terhadap diagnosa dan masalah potensial.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Beberapa diagnosa potensial yang mungkin dapat ditemukan pada pasien kehamilan,yaitu IUGR, eklamsi, atonia uteri (Sulistyawati, 2011).

2.3.4 Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan.

Dalam pelaksanaannya terkadang bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) di mana bidan harus segera melakukan

tindakan untuk menyelamatkan pasien, misalnya melakukan kolaborasi dengan dokter dan petugas kesehatan lainnya yang sesuai dengan bidangnya (Sulistyawati, 2011).

2.3.5 Intervensi

1. Jelaskan mengenai ketidaknyamanan normal yang dialaminya
2. Sesuai dengan usia kehamilan ajarkan ibu tentang materi pendidikan kesehatan pada ibu hamil.
3. Diskusikan mengenai rencana persiapan kelahiran dan jika terjadi kegawatdaruratan.
4. Ajari ibu untuk mengenal tanda-tanda bahaya, pastikan ibu untuk memahami apa yang dilakukan jika menemukan tanda bahaya.
5. Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya.

(Sulistyawati, 2009).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

A Subyektif

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah 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).

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda –tanda vital

a) Tekanan darah : 110/70 – 120/80 mmHg (Saifudin, 2004).

b) Nadi : 80 -100 x /menit (Sulistyowati, 2009).

c) Pernafasan : 16- 20 x / menit (Eviana, 2011).

d) Suhu : 36,5 ⁰C – 37, 5⁰ C (Eniyati, 2012).

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

Muka : simetris, tidak pucat, tidak oedema, terdapat cloasma gravidarum

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

Payudara : simetris, terdapat hyperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak lecet, colostrum belum keluar

Abdomen : simetris, tidak ada luka bekas operasi,tidaka ada striae gravidarum dan linia nigra pembesaran sesuai usia kehamilan janin, Kandung kemihkosong

Leopold I : Menentukan tinggi fundus uteri , pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)(Firman, 2010).

Leopold II : pada sebelah kanan/ kiri perut ibu teraba panjang, keras dan datar (punggung janin)(Sulistyowati, 2009).

Leopold III : pada bagian bawah uterus teraba bulat, keras, melenting (kepala) (Sulistyowati, 2009).

Leopold IV : bagian terendah janin sudah masuk PAP(Eniyati, 2011).

TFU Mc. Donald : Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm (± 2 cm) (Sarwono, 2009).

TBJ/EFW : taksiran berat janin ditentukan berdasarkan rumus Johnson

Toshack. $TBJ = [TFU \text{ (dalam cm)} - N] \times 155$.

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

Genetalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak odema, tidak varises (Firman, 2010).

Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak, reflek patella +/- (Varney 2008).

Pemeriksaan dalam : tentukan konsistensi dan pendataran serviks menguku besarnya permukaan menilai selaput ketuban menentukan presentasi dan seberapa jauh bagian terbawah telah melalui jalan lahir (Eniyati, 2012).

2) Interpretasi data dasar

a. Diagnosa : G...PAPIAH, UK....., Anak Hidup atau mati, anak tunggal atau kembar, letak anak, anak intra uterin atau ekstra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita, inpartu kala I fase laten/ aktif.

b. Masalah : cemas, gelisah, takut

a. Kebutuhan : KIE tentang keadaan ibu saat ini

Berikan dukungan emosional

KIE tentang tehnik relaksasi

3) Antisipasi terhadap diagnose dan masalah potensial.

1. Potensial Kala I Lama

2. Potensial Infeksi

3. Partus Macet

4. Inersia Uteri

5. Gawat Janin

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan.

Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya berdasarkan diagnosa masalah dan diagnosa.

5) Intervensi

1. KALA I

1. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 13 jam (pada primigravida) dan \pm 7 jam (pada multigravida) diharapkan diharapkan tanda dan gejala kala II dan terjadi pembukaan lengkap.

Kriteria Hasil :

1. DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
1. Tanda-tanda vital dalam batas normal.
2. TD sistole 100 - 140 mmHg dan diastole 60 - 90 mmHg
3. Suhu 36,5 – 37,5⁰C.
4. Nadi 60 - 100 x/menit.
5. Pernafasan 16 - 24 x/menit.
6. His semakin adekuat dan teratur (\geq 3x dalam 10 menit lama \geq 40 detik)
7. Terdapat penurunan kepala janin
8. Terdapat pembukaan dan penipisan serviks
9. Terdapat tanda dan gejala kala II
 - a. Pembukaan lengkap 10 cm
 - b. Ada doran, teknus, perjol, vulka

a) Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.
2. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

3. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
4. Beri asuhan sayang ibu
 - 1) Berikan dukungan emosional.
 - 2) Atur posisi ibu.
 - 3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
 - 4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.
 - 5) Lakukan pencegahan infeksi.
5. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.
6. Anjurkan pasien untuk tirah baring
7. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.
8. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

2. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan < 1 jam pada multigravida dan < 2 jam pada primigravida diharapkan bayi lahir spontan pervaginam, tidak ada gawat janin.

Kriteria : Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan.

a) Intervensi

- 1) Mengenali tanda dan gejala Kala II (Dorongan meneran, Tekanan pada anus, Perineum menonjol, Vulva membuka)
- 2) Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukan spuit kedalam partus set
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.

- 5) Memakai sarung tangan DTT/steril pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukan oksitosin 10 unit kedalam spuit yang telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan servik.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
- 10)Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
- 11)Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman.
- 12)Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman.
- 13)Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 14)Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan memberi cukup cairan.
- 15)Menganjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.
- 16)Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 17)Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 18)Memakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan.

- 19) Melindungi perineum dengan tangan kanan yg dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan kepala tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala.
- 20) Memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat.
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
- 22) Memegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah simpisis, kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
- 24) Menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dengan ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.
- 25) Menilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.
- 26) Mengeringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam Rahim.

3) KALA III

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

Kriteria Hasil :

- a. Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta : uterus globuler dan TFU berkurang, tali pusat semakin panjang, ada semburan darah tiba-tiba.
- b. Plasenta lahir lengkap

- c. Kotiledon lengkap
 - d. Selaput ketuban utuh
 - e. Tidak terjadi perdarahan
 - f. Kontraksi uterus baik
 - g. Kandung kemih kosong.
- a) Intervensi
- 28) Memberi tahu ibu bahwa dia akan disuntik Oksitosin
 - 29) Menyuntikkan oksitosin secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
 - 30) Menjepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat bayi kearah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama
 - 31) Menggantung tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan lain melindungi perut bayi) penggantungan diantara kedua klem ikat tali pusat
 - 32) Memberikan bayi pada ibunya menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai IMD
 - 33) Mengganti handuk yang basah dengan kering serta bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi
 - 34) Memindahkan klem pada tali pusat, hingga berjarak 5-6 cm dari vulva
 - 35) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atau symphysis untuk mendeteksi dan tangan lain meregangkan tali pusat
 - 36) Melakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain mendorong ke arah atas belakang secara hati – hati untuk mencegah inversio uteri

- 37) Meletakkan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga placenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir
- 38) Melahirkan placenta dengan kedua tangan dan memilih searah jarum jam kemudian ditempatkan pada tempatnya
- 39) Meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dan gerakan memutar dan melingkar sehingga uterus berkontraksi
- 40) Memeriksa kedua sisi placenta bagian maternal dan fetal

4) KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 2 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan.

Kriteria Hasil :

- a. k/u ibu baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah 110/70-130/80 mmhg, Nadi 60-100 x/menit, Suhu 36,5-37,5⁰C, pernafasan 16-20x/menit)
 - b. Uterus berkontraksi dengan baik
 - c. Tidak terjadi perdarahan
 - d. Dapat mobilisasi dini
 - e. Kandung kemih kosong.
- a) 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 perlatan 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

1) Pengkajian

a. SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Ketidaknyamanan pada masa puerperium : nyeri setelah lahir (after pain), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid (Varney, 2008)

2. Pola Kesehatan Fungsional

- 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).

- 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, diet cairan, obat-obat analgesic dan perineum yang sakit (Suherni, 2009).

- 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).

- Pola aktivitas :

Mobilisasi dini bertahap dan melakukan aktifitas seperti biasa.

- Pola seksual:

Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, ada kepercayaan / budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seksual setelah 40 hari atau 6 minggu, oleh karena itu perlu dikompromikan antara suami dan istri (Suherni, 2009).

- Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alkohol, narkoba, obat-obatan, jamu, binatang peliharaan

3. Riwayat Psikososiospiritual

Perubahan psikologis pada masa nifas diantaranya

Perubahan secara normal :

- a. Taking in : periode ini terjadi sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung
- b. Taking hold : berlangsung 2-4 hari post partum, ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tuayang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- c. Letting go : terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan keluarga.

Perubahan abnormal :

1. Post partum blues

Tanda dan gejalanya antara lain : sangat emosional, cemas, semangat, hilang, khawatir, mudah tersinggung, sedih tanpa sebab, menangis berulang kali, menarik diri, reaksi negatif terhadap bayi dan keluarganya.

2. Depresi post partum

Tanda dan gejalanya :

- a. Tidak mau makan dan minum
- b. Mereka seakan tidak mau mengasuh bayi dan dirinya

Periode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat.

b. OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmetis
- c. Keadaan emosional: kooperatif
- d. Tanda –tanda vital
 - a) Tekanan darah: 110/70-120/80 mmHg (Saifudin, 2004).
 - b) Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit(Sulistyowati, 2009).
 - c) Pernafasan : 16-20 Kali / menit (Eviana, 2011).
 - d) Suhu : 36,5-37,5⁰ C(Eniyati, 2012).
- e. Pemeriksaan Fisik
 - a. Wajah : Wajah tentukan ada atau tidaknya kloasma gravidarum, edema wajah, keadaan selaput mata (pucat atau merah) (Firman, 2010).

- b. Payudara : pembesaran, puting susu (menonjol/mendatar, tidak ada nyeri dan lecet pada puting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal (Suherni, 2009).
- c. Abdomen : tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih kosong/penuh (Suherni, 2009).
- d. Genetalia : pengeluaran lochea (jenis warna, jumlah, bau), odema, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus (Suherni, 2009).
- e. Ekstremitas bawah : pergerakan, gumpalan darah pada otot kaki yang menyebabkan nyeri, edema, varises (Suherni, 2009).

2) Interpretasi Data Dasar

- a) Diagnosa : PAPIAH Post partumjam/hari ke.....
- b) Masalah : Ketidaknyamanan pada masa puerperium adalah : nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid(Varney, 2007).
- c) Kebutuhan : Kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya (Sulistyawati, 2009)

3) Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

1) Intervensi

Kunjungan I : 6-8 jam.

- a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.

- b. Mendeteksi dan perawatan 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. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara pencegahan hipotermia.