

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Sarwono, 2010).

Berdasarkan pertimbangan fisik dan mental usia terbaik melahirkan adalah antara 16 – 35 tahun, sehingga sangat dianjurkan bagi setiap wanita dapat menikah di atas usia 16 tahun (Siregar, 2013). Kehamilan usia muda (\leq 16 tahun) memuat resiko yang tidak kalah berat, pasalnya emosional belum stabil dan ibu mudah tegang. Dampaknya yaitu berupa keguguran, persalinan prematur, BBLR, kelainan bawaan, mudah terjadi infeksi, anemia kehamilan. Sedangkan resiko bagi ibunya yaitu mengalami perdarahan, abortus, persalinan lama. Pada wanita usia di atas 35 tahun kemungkinan akan mengalami kehamilan kembar, berisiko alami diabetes gestasional, tekanan darah tinggi, persalinan sesar, resiko janin memiliki kelainan kromosom, seperti sindrom down.

2. Perubahan Fisiologi Ibu Hamil Trimester III

1) Uterus Atau Rahim

Pada usia kehamilan 28 minggu tinggi fundus berada 3 jari diatas pusat. Pada kehamilan 32 minggu tinggi fundus uteri setengah jarak prosesus xypoideus dan pusat pada kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri sekitar satu jari dibawah prosesus xypoideus dan kepala bayi belum masuk pintu atas panggul. Pada kehamilan 40 minggu fundus uteri atas turun setinggi tiga jari dibawah prosesus xypoideus dan pada saat ini kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (Sarwono, 2006).

2) Payudara

Selama kehamilan payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat lepas dari pengaruh hormon saat kemamilan yaitu estrogen, progesteron, somatomamotropin.

Akibat pengaruh dari hormon akan terjadi penimbunan air dan garam sehingga payudara menjadi lebih besar. Proses pembesaran ini akan menyebabkan syaraf tertekan dan menimbulkan rasa sakit pada daerah disekitar puting susu atau areola tampak lebih jelas, puting susu makin menonjol akibat pengaruh hormon pula terjadi rangsangan pengeliran kolostrum (cairan) (Mellyna, 2001).

3) Sirkulasi Darah

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa factor, antara lain: meningkatkan kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahi, terjadi

hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter, pengaruh hormon estrogen dan progesterone makin meningkat. Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah. Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, 2010).

4) Sistem Respirasi

System pernapasan wanita hamil mengalami perubahan karena kebutuhan oksigen bertambah sekitar 18 % ventilasi meningkat sekitar 40 %. Kapasitas pertukaran udara pada satu pernapasan normal naik dari 500 ml menjadi 700 ml dan rasional volume atau sisa udara yang tertinggal waktu menghembuskan nafas .

5) System Pencernaan

Organ ginjal mengalami perubahan selama kehamilan. Ginjal bertambah panjang dan berat, fungsi penyaringan pun semakin meningkat sehingga zat – zat dan vitamin yang larut dalam air hilang terbawa oleh air seni. Pembesaran rahim berputar kekanan karena adanya usus disebelh kiri akibatnya rahim akan menekan pipa saluran air seni sebelah kanan. Kondisi ini akan menyebabkan pengeluaran air seni dan ureter terhambat.

6) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan apabila kepala janin mulai turun kepintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul oleh kandung kemih yang tertekan (Sarwono, 2006).

7) Metabolisme

Perubahan metabolisme selama kehamilan mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk perubahan janin meningkatkan volume darah ibu dan persiapan laktasi.

3. Kebutuhan Ibu Hamil Pada Trimester III

1) Nutrisi

Dalam masa kehamilan kebutuhan zat – zat gizi meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang janin. Pemeliharaan kesehatan ibu dan persediaan laktasi baik untuk ibu maupun janin. Kekurangan nutrisi dapat mengakibatkan anemia, abortus, partus prematur, insersia uteri, dan lain – lain. Sedangkan kelebihan nutrisi akan menyebabkan kegemukan, pre eklamsia, janin besar, dan sebagainya. Dengan frekuensi 3x sehari dalam 1 piring terdiri dari nasi 1 piring sedang (100 gram) atau dapat ditukar dengan roti 3 potong sedang (70 gram), kentang 2 biji sedang (210 gram), kue kering 5 buah besar (50 gram), mi basah 2 gelas (200 gram), singkong 1 potong besar (210 gram), jagung biji 1 piring (125 gram), talas 1 potong besar (125 gram), ubi 1 biji sedang (135 gram). Sedangkan untuk ikan (40 gram) dapat ditukar dengan 1 potong kecil ikan asin (15 gram), 1 sendok makan teri kering (20 gram), 1 buah sedang hati ayam (30 gram), 1 butir telur ayam negeri (55 gram). Sayuran 1

mangkuk (100 gram), diantaranya buncis, kol, kangkung, wortel, kacang panjang, sawi, dan lainnya. Tempe 2 potong sedang (50 gram) dapat ditukar dengan tahu 1 potong besar (110 gram), 2 potong oncom kecil (40 gram). Susu sapi 1 gelas (200 cc) dapat ditukar dengan 4 sendok makan susu skim (20 gram), 2/3 gelas yogurt, 1 potong kecil keju (35 gram).

Agar perkembangan janin berjalan dengan baik, dan ibu hamil dapat menjalani hari – hari kehamilannya dengan sehat. Makanan yang dikonsumsi ibu hamil harus mengandung gizi sebagai berikut :

a. Kalori

Selama kehamilan terjadi peningkatan kalori sekitar 80.000 kkal sehingga dibutuhkan penambahan kalori sebanyak 300 kkal/ hari. Makanan sumber kalori dapat diperoleh dari kentang, singkong, tepung, cereal, nasi, dan gandum.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 60 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang hijau 7,85 gram / 1 mangkok sedang) atau hewani (ayam (25,07 gram), 1 butir telur (7 gram), 2 potong sedang tempe (7 gr). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 800 mg. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah kacang kedelai rebus ½ cangkir (87 mg), bayam rebus ½ cangkir (138 mg). Jeruk 1 buah ukuran

sedang (52 mg). Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

d. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 15 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Zat besi dapat diperoleh pada 1 cangkir cereal (8,1 mg), 1 cangkir bayam matang (3,2 mg), ½ cangkir kacang kedelai rebus (4,2 mg). Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

e. Air

Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel, darah, getah bening, dan cairan vital tubuh lainnya. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu, dan jus tiap 24 jam. Sebaiknya membatasi minuman yang mengandung kafein seperti teh, coklat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarín) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta. (Asrinah , 2010).

2). Obat-Obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami

lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam memberikan terapi dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Sulistyawati, 2011).

3). Lingkungan Yang Bersih

Salah satu pendukung untuk keberlangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar kuman dan zat toksik yang berbahaya bagi ibu dan janin akan terminimalisasi (Sulistyawati, 2011).

4). Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak (Sulistyawati, 2011).

5). Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapan yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis (Sulistyawati, 2011).

6). Istirahat Dan Rekreasi

Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu

hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal pada perut bawah sebelah kiri (Sulistyawati, 2011).

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. istirahat yang di butuhkan oleh ibu hamil yaitu 2 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

7). Kebersihan Tubuh

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Jika tidak dibersihkan (dengan mandi), maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit (Sulistyawati, 2011).

8). Perawatan Payudara

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara yaitu hindari pemakaian bra yang terlalu ketat, bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat (Sulistyawati, 2011).

9). Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena

adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya adalah otot usus. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis (Sulistyawati, 2011).

10). Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti abortus, perdarahan pervaginam. Koitus dilakukan dengan hati – hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Sulistyawati, 2011).

11). Persiapan Persalinan

Meskipun hari perkiraan persalinan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari sebelumnya. Ini dimaksudkan agar jika terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. Beberapa yang perlu disiapkan yaitu biaya, tempat, baju ibu dan bayi, surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES) (Sulistyawati, 2011).

12). Aktivitas

Aktivitas yang beresiko pada wanita hamil adalah aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri terlalu lama sepanjang hari, mengangkat sesuatu yang berat, paparan terhadap suhu atau keterlambatan yang ekstrim tinggi atau rendah, pekerjaan dengan paparan radiasi (Romauli, 2011).

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama.

4. Pengaruh Gaya Hidup Terhadap Kehamilan

a) Kebiasaan minum jamu

Minum jamu merupakan salah satu kebiasaan yang beresiko bagi wanita hamil, karena efek minum jamu dapat membahayakan tumbuh kembang janin, seperti menimbulkan kecacatan, abortus, BBLR, partus prematurus, kelainan ginjal dan jantung janin, asfiksia neonatorium, kematian janin dalam kandungan dan malformasi organ janin (Romauli, 2011).

b) Perokok/Alkoholik

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan dirinya dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok dapat ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan merokok berat kita harus waspada akan risiko keguguran, kelahiran prematur, BBLR, bahkan kematian janin (Sulistyawati, 2011).

5. Tanda – Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut adalah

a. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit

kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat, kadang – kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang.

b. Penglihatan kabur

Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak misalnya pandangan kabur berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre eklamsia.

c. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre eklamsia.

d. Keluaran cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm, normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala.

e. Gerakan janin tidak terasa

Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Asrinah, 2010).

6. Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Masa Kehamilan Trimester III

Trimester 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. Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6 dan dalam 12 jam terakhir sebanyak 10 kali gerakan. Libido meningkat, dan kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasa merasa aneh atau jelek. Di samping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil (Asrinah, 2010).

7. Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Selama kehamilan, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologi dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang perempuan mengatakan betapa bahagianya dia akan menjadi seorang ibu, dan dia telah memilih sebuah nama untuk bayinya yang akan dilahirkan. Namun tidak jarang ada perempuan yang merasa khawatir kalau terjadi masalah dalam kehamilannya, khawatir akan kehilangan kecantikannya, atau khawatir kemungkinan bayinya tidak normal. Sebagai seorang bidan, anda harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu memberi dukungan dan memperhatikan keprihatinannya, kekhawatiran dan pernyataan-pernyataan (Asrinah, 2010).

8. Standar Pelayanan Antenatal Care

- 1) Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal :
 - a. Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0 – 13 minggu)
 - b. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14 – 27 minggu)
 - c. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28 – 40 minggu)(Sulistyawati, 2011)

- 2) Pelayanan standar, yaitu 7T

- a. Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan

Penimpangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

- b. Ukur Tekanan Darah

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

c. Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/ LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil risiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan / tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

d. Ukur Tinggi Fundus Uteri

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

e. Tentukan Presentasi Janin Dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Deyut jantung janin baru dapat didengarkan pada usia kehamilan 16 minggu. Normalnya 120 – 160 x/menit. Jika ≤ 120 x/menit maka bradikardia, sedangkan ≥ 160 x/menit maka takikardia.

f. Pemberian imunisasi TT lengkap

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi TT5 (*TT long life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

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

g. Pemberian Tablet Besi (Fe) Minimal 90 Tablet Selama Kehamilan

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

h. Lakukan tes penyakit menular seksual (PMS)

PMS yang terjadi selama kehamilan berlangsung akan menyebabkan kelainan atau cacat bawaan pada janin dengan segala akibatnya, oleh karena itu tes terhadap pMS perlu dilakukan agar dapat didagnosa secara dini dan mendapatkan pengobatan secara tepat (Ummi, 2010).

- i. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Sulistyawati, 2011).

Temu wicara mengenai persiapan tentang segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan penting dilakukan. Hal ini penting bila karena bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, ibu dapat segera mendapat pertolongan yang tepat, karena kematian ibu sering terjadi karena 3T, yaitu sebagai berikut:

- a. Terlambat mengenali bahaya
- b. Terlambat untuk dirujuk
- c. Terlambat mendapat pertolongan yang memadai (Ummi, 2010).

9. Ketidaknyamanan Umum Pada Ibu Hamil Trimester III

- a. Konstipasi (susah buang air besar)

Pencegahan : Dengan cukup minum air putih 8 gelas/hari, banyak makan – makanan yang berserat, cukup istirahat.

- b. Hemoroid

Pencegahan :Hindari konstipasi, mengurangi bengkak dan sakit dengan merendam bokong dengan air hangat.

- c. Kram Pada Kaki

Pencegahan :Massage dan hangatkan otot yang terserang, latihan (senam), diet yang mencakup kalsium.

- d. Oedema

Pencegahan: Kaki ditinggikan jika tidur, hindari berdiri lama dan duduk lama, posisi miring jika berbaring.

e. Sering buang air kecil

Pencegahan: Kosongkan saat terasa ada dorongan berkemih, batasi minum bahan diuretic alami (teh, kafein), jangan mengurangi minum malam hari (Sulistyawati, 2011).

10. Pemeriksaan Umum Pada Kehamilan

1. Pengukuran berat badan

Berat badan ibu hamil perlu dikontrol secara teratur paling tidak setiap kali kunjungan pemeriksaan kehamilan. Peningkatan berat badan 0,5 kg/minggu, total untuk keseluruhan 11,5 – 16 kg (Sulistyawati, 2011).

2. Taksiran persalinan : usia kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau postdate rumus tafsiran persalinan (+7) (-3) (+1) ((Manuaba, 2012).

3. Usia Kehamilan : 40 minggu (9 bulan 7 hari) (sarwono, 2010).

4. Pemeriksaan fisik

a. Wajah : jika oedema pada wajah dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki. Sedangkan Pucat disebabkan timbul anemia karena defisiensi zat besi (pondokiklan, 2010). Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi pada dahi, pipi, hidung dikenal sebagai cloasma gravidarum (Kusmiyati, 2010).

b. Mata : konjungtiva pucat bisa disebabkan karena anemia kehamilan. Sclera kuning bisa dikarenakan adanya kelainan hepar.

- c. Mulut dan gigi : gingivitis disebabkan peningkatan vaskularitas dan provesi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen (Bobak, 2012).
- d. Dada : jika sesak nafas bisa dilihat adanya retraksi dada akibat ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar (Bobak, 2012). Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara pada TM III (Depkes, 2002).
- e. Mamae : puting susu menonjol, kolostrum hyperpigmentasi areola dan papila mamae dengan pemijatan colostrum keluar pada TM III (Depkes, 2002).
- f. Abdomen: mengetahui TFU dan perkembangan janin, apabila tinggi fundus uteri 3 -4 cm lebih kecil dari pada usia gestasi dalam minggu, uterus disebut “kecil untuk usia gestasi”. Adanya luka bekas operasi bisa disebabkan komplikasi yang lalu (Artikel gizi dan kesehatan kehamilan, 2010).

Palpasi leopold :

- 1). Leopold I : menentukan tinggi fundus uteri, usia kehamilan, bagian janin yang terdapat dalam fundus uteri.
- 2). Leopold II : menentukan batas samping kanan dan kiri ibu, letak punggung janin, letak memanjang atau melintang janin.
- 3). Leopold III : menentukan presentasi (bagian terbawah janin), membedakan presentasi kepala dan bokong.
- 4). Leopold IV : menentukan apakah presentasi janin sudah masuk PAP. Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada

di atas tepi atas simfisis dan dapat di ukur dengan lima jari tangan (perlimaan).

1. 5/5 (Hodge I) jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
2. 4/5 jika sebagian (1/5) (Hodge I – II) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
3. 3/5 jika sebagian (2/5) (Hodge II – III) bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).

g. Genetalia eksterna dan anus

jika odema pada vulva sebagai bendungan local atau bagian dari edema umum pada malnutrisi atau preeklamsia (mayuputri, 2012). Varises pada kehamilan karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid. Apabila pecah akan berakibat fatal (mayuputri, 2012).

- h. Ekstremitas atas dan bawah : jika odema bisa disebabkan karena tekanan rahim yang membesar pad vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki (pondokiklan, 2010). Sedangkan jika varises, karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid (mayuputri, 2012). Reflek terutama lutut, reflek lutut negative bisa dikarenakan penyakit urat saraf (pondokiklan, 2010).

5. Pemeriksaan panggul luar

Pemeriksaan panggul, pemeriksaan pada ibu hamil primigravida, penting untuk mengetahui ada tidaknya panggul sempit. Sedangkan pemeriksaan panggul pada multigravida dengan riwayat persalinan sebelumnya spontan melalui jalan lahir, tidak wajib, kecuali jika riwayat SC (admin, 2012). Pemeriksaan panggul dilakukan pada usia kehamilan ≥ 32 minggu pada setiap pemeriksaan antenatal (varney 2003). Normalnya : Distansia spinarum (23 – 26 cm), Distansia kristarum (26 – 29 cm), Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm), Distansia tuberum (10 – 11 cm), Lingkar panggul (80 – 90 cm) (Saminem, 2009).

6. Pemeriksaan laboratorium

a). Pemeriksaan urine urine meliputi pemeriksaan protein untuk mengetahui adanya gejala peeklamsia yaitu komplikasi kehamilan yang umumnya ditandai oleh peningkatan TD dan odema kaki (artikel gizi, 2010). Adanya glucose dalam urine wanita hamil harus dianggap sebagai gejala penyakit diabetes kecuali kalau dapat membuktikan bahwa hal lain yang menyebabkan (pondokiklan, 2010).

b). Untuk mendeteksi anemia pada kehamilan dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) ibu hamil. Pemeriksaan dilakukan pada minggu ke 28. Bila kadar hemoglobin ≤ 11 g/dl pada kehamilan dinyatakan anemia dan harus diberi suplemen tablet zat besi secara teratur 1 tablet/hari selama 90 hari.

11. Penatalaksanaan Trimester III

1. Membina hubungan percaya antara bidan dan ibu hamil.
2. Mendeteksi masalah dan mengatasinya.
3. Memberitahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan.
4. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan.
5. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat, cara hidup sehat bagi ibu hamil, nutrisi, cara mengenali tanda bahaya kehamilan.
6. Memberikan tablet besi.
7. Mulai mendiskusikan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan ibu untuk menghadapi kondisi kegawatdaruratan.
8. Kewaspadaan khusus terhadap preeklamsia (tanyakan pada ibu mengenai gejala PER, pantau TD, evaluasi edema, periksa adanya proteinuria).
9. Palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan kembar.
10. Deteksi letak janin, kondisi yang menjadi kontraindikasi persalinan di luar RS.
11. Menjawabkan kunjungan ulang.
12. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan (Saminem, 2010).

12. Pendekatan Resiko untuk Ibu Hamil

1. Primi Muda

Ibu hamil pertama pada umur >16 tahun ,rahim dan panggul ibu seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya di ragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu, mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan

bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain: bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir, dan perdarahan dapat terjadi sesudah bayi lahir. Kebutuhan pertolongan medic, bila terdapat kelainan yaitu: janin tidak dapat lahir normal, biasa dengan tenaga ibu sendiri, persalinan membutuhkan tindakan, kemungkinan operasi sesar, dan bayi yang lahir kurang bulan membutuhkan perawatan khusus.

2. Primi Tua, Lama Perkawinan > dari 4 tahun

Ibu hamil pertama setelah menikah 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa yaitu suami istri tinggal satu rumah dan suami istri tidak sering keluar kota, dan tidak memakai alat kontrasepsi (KB). Keluarga sangat mendambakan anak bayi dengan nilai sosial tinggi (anak mahal). Bahaya nya yang mungkin dsapat terjadi pada primi tua adalah : selama hamil dapat timbul masalah, faktor resiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya preeclampsia dan persalinan tidak lancar. Kebutuhan pertolongan medic yaitu perawatan antenatal yang teratur, melakukan rujukan kehamilan dan bila memberi pengobatan, dan pengamatan persalinan ketat terhadap adanya gawat janin, 1 jam bayi tidak lahir, dilakukan tindakan atau operasi sesar.

3. Primi Tua pada Umur ibu > dari 35 tahun

Ibu yang hamil pertama pada umur > dari 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet, dan perdarahan. Bahaya yang dapat terjadi antara lain : Hipertensi, pre-eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan macet tidak lancar, perdarahan setelah bayi lahir, dan bayi lahir dengan berat badan

rendah, kebutuhan pertolongan medik yaitu : perawatan kehamilan, yang teratur agar dapat ditemukan penyaki-penyakit pada ibu secara dini dan pertolongan persalinan ada kemungkinan ditolong dengan tindakan atau operasi sesaar.

4. Anak terkecil Umur < 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dari rahim ibu masih butuh cukup istirahat, ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain : yaitu perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah, bayi premature dan bayi dengan berat badan lahir rendah. Kebutuhan pertolongan medic yaitu : perawatan kehamilan yang teratur dan pertolongnan persalinan ada kemungkinan dengan tindakan.

5. Primi Tua Sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir >dari 10 tahun yang lalu, ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan/persalinan yang pertama lagi. Umur ibu biasanya lebih bertambah tua. Kehamilan ini bisa terjadi pada anak pertama mati, janin di dambakan dengan nilai sosial tinggi. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan, penyakit ibu ,hipertensi diabetes dan lain-lain.

6. Grande Multi

Ibu pernah hamil/ melahirkan anak 4 kali atau lebih karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan: kesehatan

terganggu, anemia, kurang gizi, kekendoran, dinding perut, tampak ibu dengan perut menggantung, kekendoran dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini antara lain: kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim, pada kelainan letak lintang, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan. Kebutuhan pertolongan medis: perawatan kehamilan teratur agar gizi seimbang dan tidak anemis, sebaiknya persalinan ibu di tolong bidan di puskesmas atau rumah sakit.

7. Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan di dapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu.

8. Tinggi Badan 145 cm atau kurang

Terdapat 3 batasan dalam kelompok resiko ini

- a. ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional dalam hal ini ada 2 (dua) kemungkinan yang terjadi yaitu panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar. Dan panggul ukuran normal tetapi anaknya besar / kepala nya besar. Pada kedua kemungkinan itu bayi dapat lahir melalui operasi sesar.
- b. ibu hamil kedua dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi 7 hari atau kurang).
- c. ibu hamil, kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah < 2500 gram.

9. Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)

Dapat terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan kedua ,dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati <dari 7 hari kehamilan ketiga atau lebih kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran >dari 2 kali kehamilan kedua atau lebih kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.

10. Persalinan yang Lalu dengan Tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam: a. tindakan dengan tarikan tang/cunam/forcep/vacuum. b. Uri manual yaitu tindakan pengeluaran uri dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan pada keadaan bila ditunggu sampai ½ jam uri tidak dapat lahir sendiri dan setelah bayi lahir serta uri belum lahir terjadi perdarahan banyak >dari 500cc. c. ibu diberi infuse atau tranfusi pada persalinan lalu karena mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500cc, sehingga ibu mejadi syol dan membutuhkan infuse serta tranfusi darah.pemberian infuse atau transfuse tersebut merupakan tindakan yang dapat menyelamatkan ibu hamil. Tranfusi diberikan di Rumah Sakit.

11. Bekas Operasi Sesar

Ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu, pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas lupa operasi. Bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan atau persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim.

Keadaan ini dapat terjadi pada operasi sesar klasik (corporil), yaitu rahim ,tetap tidak pada bagian bawah dari rahim.

2.1.2 Persalinan

1. Definisi Persalinan

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

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

2. Sebab-Sebab Yang Menimbulkan Persalinan

Ada lima penyebab mulainya persalinan, yaitu sebagai berikut :

a. Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot uterus, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot uterus. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, namun pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori Oksitosin

Pada akhir kehamilan, kadar oksitosin bertambah. Oleh sebab itu, timbul kontraksi otot uterus.

c. Keregangan Otot

Uterus seperti halnya kandung kemih dan lambung. Jika dindingnya teregang karena isinya bertambah, timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Dengan bertambahnya usia kehamilan, semakin teregang otot-otot uterus dan semakin rentan.

d. Pengaruh Janin

Hipofisis dan kelenjar suprarenal janin tampaknya juga memegang peranan karena pada anensefalus, kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

e. Teori Prostaglandin.

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, diduga menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan melalui intravena, intraamniotik, dan ekstraamniotik menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Erawati, 2008).

3. Tanda Dan Gejala Persalinan

Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat, yaitu tanda yang muncul beberapa minggu sebelum ibu memasuki minggu atau hari persalinan. Tanda tersebut meliputi:

a. Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih ringan. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya

ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sulit, dan sering terganggu oleh rasa nyeri pada anggota gerak bagian bawah.

b. Pollakisuria

Pada akhir bulan ke-9, hasil pemeriksaan menunjukkan epigastrium kendur, fundus uterus lebih rendah daripada letak sebenarnya, dan kepala janin sudah mulai masuk pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga menstimulasi ibu untuk sering berkemih yang disebut pollakisuria.

c. False Labor

Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa terganggu oleh his pendahuluan yang sebenarnya hanya merupakan peningkatan kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan ini memiliki ciri-ciri berikut, nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah, tidak teratur, lamanya his singkat, tidak bertambah kuat dengan bertambahnya waktu dan jika berjalan, his berkurang, tidak ada pengaruh pada penipisan atau pembukaan serviks.

d. Perubahan Serviks

Pada akhir bulan ke-9, hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang sebelumnya tertutup, panjang, dan kurang lunak menjadi lebih lunak. Hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi pembukaan dan penipisan serviks. Perubahan ini berbeda pada masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm, namun pada sebagian besar primipara, serviks masih dalam keadaan tertutup

e. Energy Spurt

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan dimulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena bertambahnya usia kehamilan, ibu merasakan energi yang penuh satu hari sebelum persalinan. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktivitas yang dilakukannya, seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi dan persalinan menjadi lama dan sulit.

f. Gastrointestinal Upset

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda, seperti diare, obstipasi, mual, muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan (Erawati, 2008).

Tanda-tanda In partu, yaitu sebagai berikut :

a. Timbulnya his persalinan, yaitu his pembukaan dengan sifat sebagai berikut :

- 1) Nyeri melingkar dari punggung menyebar ke perut bagian depan.
- 2) Semakin lama, semakin singkat intervalnya, dan semakin kuat intensitasnya.
- 3) Jika berjalan, his bertambah kuat.
- 4) Mempunyai pengaruh pada penipisan dan atau pembukaan serviks.

b. Bloody show (Lendir bercampur darah dari jalan lahir)

Dengan penipisan dan pembukaan serviks, lendir dari kanalis servikalis keluar yang disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini

disebabkan oleh lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah uterus hingga beberapa kapiler darah terputus.

c. Ketuban pecah.

Ketuban pecah adalah keluarnya banyak cairan dengan tiba-tiba dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek, Ketuban biasanya pecah jika pembukaan serviks lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang sangat lambat. Akan tetapi, kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, bahkan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian, persalinan diharapkan akan terjadi dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

4. Faktor-faktor Penting Dalam Persalinan

a. Power :

- 1) His (kontraksi otot rahim).
- 2) Kontraksi otot dinding perut.
- 3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.
- 4) Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.

b. Pasanger

c. Janin dan plasenta.

d. Passage

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

e. Psikis Wanita

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

f. Penolong

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

5. Tahapan Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala yaitu:

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatan) hingga serviks membuka lengkap (10 cm) kala satu persalinan terdiri atau dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- d) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik.

2) Fase aktif

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Dan pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nuli

para atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

b. Kala II (Pengeluaran)

Kala II atau kala pengeluaran janin adalah tahap persalinan yang dimulai dengan pembukaan serviks lengkap sampai bayi keluar dari uterus. Kala II pada primipara biasanya berlangsung 1,5 jam dan pada multipara biasanya berlangsung 0,5 jam. Ada beberapa tanda dan gejala kala II persalinan :

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vaginannya.
- 3) Perineum terlihat menonjol.
- 4) Vulva dan vagina dan spingter ani terlihat membuka.
- 5) Peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (Erawati, 2008)

Tanda Pasti kala 2:

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap.
- 2) Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina (Asuhan Persalinan Normal, 2008:79).

Perubahan yang terjadi pada kala II, yaitu sebagai berikut :

- 1) Kontraksi (his). His pada kala II menjadi lebih terkoordinasi, lebih lama (25 menit), lebih cepat kira-kira 2-3 menit sekali. Sifat kontraksi uterus simetris, fundus dominan, diikuti relaksasi.

- 2) Uterus. Pada saat kontraksi, otot uterus menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek, kavum uterus lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah uterus dan serviks.
- 3) Pergeseran otot dasar panggul. Organ-organ yang ada dalam panggul adalah vesika urinaria, dua ureter, kolon, uterus, rektum, tuba uterina, uretra, vagina, anus, perineum, dan labia. Pada saat persalinan, peningkatan hormon relaksin menyebabkan peningkatan mobilitas sendi, dan kolagen menjadi lunak sehingga terjadi relaksasi panggul. Hormon relaksin dihasilkan oleh korpus luteum. Karena adanya kontraksi, kepala janin yang sudah masuk ruang panggul menekan otot-otot dasar panggul menekan otot-otot dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada rektum dan secara refleks menimbulkan rasa ingin mengejan, anus membuka, labia membuka, perineum menonjol, dan tidak lama kemudian kepala tampak di vulva pada saat his.
- 4) Ekspulsi janin. Ada beberapa gerakan yang terjadi pada ekspulsi janin, yaitu sebagai berikut :

- a) Floating

floating yaitu kepala janin belum masuk pintu atas panggul. Pada primigravida, floating biasa terjadi saat usia kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu, namun pada multigravida dapat terjadi pada kehamilan aterm atau bahkan saat persalinan.

b) Engagement

Engagement yaitu kepala janin sudah masuk pintu atas panggul. Posisi kepala saat masuk pintu atas panggul dapat berupa sinklitisme atau asinklitisme. Sinklitisme yaitu sutura sagitalis janin dalam posisi sejajar dengan sumbu panggul ibu. Asinklitisme yaitu sutura sagitalis janin tidak sejajar dengan sumbu panggul ibu. Asinklitisme dapat anterior atau posterior.

c) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam terjadi karena kepala janin menyesuaikan dengan pintu tengah panggul. Sutura sagitalis yang semula melintang posisi anterior posterior.

d) Ekstensi

Ekstensi dalam persalinan ini yaitu kepala janin menyesuaikan pintu bawah panggul ketika kepala dalam posisi ekstensi karena di pintu bawah panggul bagian bawah terdapat os sakrum dan bagian atas terdapat os pubis. Dengan adanya kontraksi persalinan, kepala janin terdorong ke bawah dan tertahan oleh os sakrum sehingga kepala dalam posisi ekstensi.

e) Putaran paksi luar

Putaran paksi luar terjadi pada saat persalinan yaitu kepala janin sudah keluar dari panggul. Kepala janin menyesuaikan bahunya yang mulai masuk pintu atas panggul dengan menghadap ke arah paha ibu (Erawati, 2008).

c. Kala III (Pengeluaran Uri)

Kala III persalinan (kala uri) adalah periode waktu yang dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta sudah dilahirkan seluruhnya. Tiga puluh persen kematian ibu di Indonesia terjadi akibat perdarahan setelah melahirkan. Dua pertiga dari perdarahan pascapersalinan terjadi akibat atonia uterus. Segera setelah bayi dan air ketuban tidak lagi berada dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung, dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan ukuran tempat plasenta. Karena tempat melekatnya plasenta tersebut lebih kecil, plasenta akan menjadi tebal atau mengerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan terus mengalami perdarahan hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dan tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, ibu dapat kehilangan darah 360-560 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak dapat sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dan plasenta segera setelah lepas dari dinding uterus merupakan tujuan manajemen kebidanan kala tiga yang kompeten.

Pelepasan plasenta dilihat dari mulainya melepas, yaitu sebagai berikut :

- 1) Pelepasan plasenta dapat dimulai dari tengah atau sentral (menurut Schultce) yang ditandai dengan keluarnya tali pusat semakin memanjang dari vagina tanpa adanya perdarahan per vagina.
 - 2) Pelepasan plasenta dapat dimulai dari pinggir (Menurut Duncan) yang ditandai dengan keluarnya tali pusat semakin memanjang dan keluarnya darah tidak melebihi 400 ml. Jika darah yang keluar melebihi 400 ml, berarti patologis.
 - 3) Pelepasan plasenta dapat bersamaan (menurut Ahfeld) (Erawati, 2008).
- d. Kala IV (Kala Observasi)

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

- 1) Tingkat kesadaran penderita.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Manuaba, 2010).

Tabel 2.1 Lamanya persalinan pada primi dan multi

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

(Sofian, 2011).

Tabel 2.2 Penurunan kepala janin menurut system persalinan

	Periksa dalam	Keterangan
= 5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan

= 4/5	H= I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk kedalam panggul
= 3/5	H=II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
= 2/5	H=III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
=1/5	H=III-IV	Kepala didasar panggul
=0/5	H=IV	Diperineum

(Maternal Neonatal, 2007).

6. Perubahan Fisiologis Pada Persalinan

1). Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Arti penting dan kejadian ini adalah untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya, sehingga diperlukan pengukuran diantara kontraksi. Jika seorang ibu dalam keadaan sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan rasa takutnya yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya. Oleh karena itu diperlukan asuhan yang mendukung yang dapat menimbulkan ibu rileks atau santai.

2). Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

3). Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena hal ini bisa merupakan tanda infeksi.

4). Perubahan Denyut Jantung

Perubahan yang mencolok selama kontraksi dengan kenaikan denyut jantung, penurunan selama acme sampai satu angka yang lebih rendah dan angka antara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama acme kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi terlentang. Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu di control secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Yanti, 2009).

5). Pernapasan

Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan, kenaikan pernapasan ini dapat disebabkan karena adanya nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar.

6). Perubahan Renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi aliran urin selama kehamilan. Kandung kencing harus sering di control setiap 2 jam yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian rendah janin & trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan.

7). Perubahan Saluran Cerna

Mobilitas dan absorsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak terpengaruh dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa (Yanti, 2009).

8). Perubahan Hematologis

Hematologis akan meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat sebelum persalinan pada hari pertama setelah persalinan, apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan, waktu koagulasi berkurang akan mendapat tambahan plasma selama persalinan. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progresif selama kala 1 persalinan sebesar 5000 s/d 15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap tidak ada peningkatan lebih lanjut.

9). Uterus

Kontraksi uterus terjadi mulai dari fundus dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen, kemudian berakhir dengan masa yang paling lama dan paling kuat pada fundus uterus. Kontraksi mencapai puncak secara bersamaan pada seluruh bagian uterus dan berkurang bersamaan dengan pembukaan serviks dan pengeluaran janin (Erawati, 2008).

10). Serviks

Pada kala I persalinan, serviks mengalami effacement (penipisan), yaitu panjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek. Serviks juga mengalami dilatasi (pembukaan) yang progresif. Pembukaan serviks di ukur dengan menggunakan ukuran sentimeter dengan jari tangan. Pada tahap persalinan ini, umumnya ibu akan mengeluarkan lendir darah (bloody show) sedikit atau sedang dari serviks (Erawati, 2008).

11). Pembentukan Segmen Atas Dan Bawah Uterus

Pada akhir kehamilan, uterus terbagi menjadi dua segmen yang secara anatomis berbeda, yaitu segmen atas uterus, tempat kontraksi, tebal, serta berotot. Sedangkan segmen bawah uterus, disiapkan untuk pengembungan dan pembukaan, lebih tipis, berkembang dari istmus, dan memanjang 8-10 cm (Erawati, 2008).

12). Penipisan Serviks

Serat otot yang mengelilingi lubang serviks akan tertarik ke atas oleh segmen atas uterus yang beretraksi. Serviks menyatu ke dalam segmen bawah uterus. Saluran serviks melebar ke arah lubang serviks. Pada

multigravida, lubang luar serviks mulai membuka sebelum penipisan selesai (Erawati, 2008).

13). Pembukaan Serviks

Pembukaan serviks adalah proses pembesaran lubang luar serviks dari tertutup rapat menjadi lubang yang cukup besar untuk kelahiran bayi. Pembukaan serviks yang lengkap berukuran 10 cm. Pembukaan serviks terjadi akibat kerja uterus dan tekanan yang berlawanan oleh kantong ketuban dan bagian janin yang turun. Kepala janin yang menekan serviks akan membantu pembukaan secara efisien. Tekanan pada serviks menyebabkan fundus uterus berkontraksi. (Erawati, 2008).

14). Janin

Janin dengan lambat melakukan manuver melewati panggul ibu (penurunan janin) (Erawati, 2008).

15). Kontraksi Dan Retraksi

Kontraksi tidak seluruhnya terjadi pada serat otot uterus, tetapi sebagian serat otot yang lain menahan sebagian dari pemendekatan otot uterus dan juga saat relaksasi tidak rileks sepenuhnya yang disebut retraksi. Durasi kontraksi dan retraksi bervariasi yang bergantung pada paritas, psikologis, posisi bayi, bentuk dan ukuran panggul, dan lain-lain (Erawati, 2008).

16). Perdarahan

Akibat pembukaan serviks, sumbatan pada serviks akan menghilang dan keluar lendir bercampur darah. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh halus yang pecah pada pelepasan korion (Erawati, 2008).

17). Kala II

Kala II atau Kala pengeluaran janin adalah tahap persalinan yang dimulai dengan pembukaan serviks lengkap sampai bayi keluar dari uterus. Kala II pada primipara biasanya berlangsung 1,5 jam dan pada multipara berlangsung pada 0,5 jam.

Perubahan yang terjadi pada kala II persalinan, antara lain :

- a. Kontraksi (His). His pada kala II menjadi lebih terkoordinasi, lebih lama (25 menit), lebih cepat kira-kira 2-3 menit sekali. Sifat kontraksi uterus simetris, fundus dominan, diikuti relaksasi.
- b. Uterus. Pada saat kontraksi, otot uterus menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek, kavum harus lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah uterus dan serviks.
- c. Pergeseran organ dasar panggul. Organ-organ yang ada dalam panggul adalah vesika urinaria, dua ureter, kolon, uterus, rektum, tuba uterine, uretra, vagina, anus, perineum dan labia. Pada saat persalinan, peningkatan hormon relaksin menyebabkan peningkatan mobilitas sendi, dan kolagen menjadi lunak sehingga terjadi relaksasi panggul. Hormon relaksin dihasilkan oleh korpus luteum (Erawati, 2008).

18). Kala III

Batasan kala III persalinan dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Ada dua tingkatan dalam kala III persalinan, yaitu pelepasan plasenta dari tempat implantasi dan pengeluaran plasenta dari kavum uteri. Setelah plasenta lepas dari tempatnya, plasenta akan berada di bagian bawah uterus atau bagian atas

vagina, dan kemudian keluar melalui vagina. Tanda-tanda klinis pelepasan plasenta, yaitu semburan darah, pemanjangan tali pusat, perubahan bentuk uterus dari toksid menjadi bentuk bundar (globular), perubahan posisi uterus yaitu uterus naik dalam abdomen (Erawati, 2008).

19). Kala IV

Setelah plasenta lahir, tinggi fundus uterus berkurang lebih dari dua jari di bawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada di antara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Dilakukan pemijatan uterus untuk menstimulasi uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus, yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah fundus uterus akan teraba keras saat di palpasi. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri (Erawati, 2008).

7. Perubahan Psikologis Pada Persalinan

Perubahan psikologi dan perilaku ibu, terutama yang terjadi pada fase laten, aktif, dan transisi pada kala satu persalinan dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Fase laten

Fase ini dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan terjadinya penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap hingga serviks membuka kurang dari 4 cm, pada umumnya berlangsung hingga 8 jam, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran tentang apa

yang akan terjadi. Secara umum, wanita tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi situasi tersebut dengan baik. Namun untuk wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu ketika wanita banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya sampai, seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas baginya bahwa akan segera bersalin (Yanti, 2009).

2. Fase aktif

Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm. Akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Pada saat kontraksi semakin kuat lebih lama, dan terjadi lebih sering , semakin jelas baginya bahwa semua itu berada di luar kendalinya.

3. Fase transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, menolak hal-hal yang ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar. Berbeda dari proses fisiologis yang umum terjadi pada kala satu persalinan, tetapi seperti perubahan fisik, seperti kontraksi dan perubahan serviks, perubahan psikologis dan perilaku ini cukup spesifik seiring

kemajuan persalinan. Berbagai perubahan ini dapat digunakan sebagai evaluasi kemajuan persalinan pada wanita dan bagaimana ia mengatasi tuntutan terhadap dirinya yang muncul dari persalinan dan lingkungan tempat ia bersalin. Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan. Antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan. Banyak bayi yang tidak direncanakan. Apabila kehamilan, bayi tidak diharapkan bagaimanapun aspek psikologis ibu akan mempengaruhi proses persalinan.

8. Pemeriksaan Umum Pada Persalinan

1. Pemeriksaan Fisik

Sama dengan pemeriksaan kehamilan, namun disini terjadi perubahan pada pemeriksaan diantaranya :

a. Leopold IV :

Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian dengan menggunakan perlimaan jari (Mochtar, 1998).

b. His :

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih

dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) (APN, 2008).

c. Denyut jantung janin :

Auskultasi : Denyut Jantung Janin untuk mengkaji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit dapat menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera (varney, 2008).

d. Genetalia :

Pengeluaran pervaginam, blood show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 - 48 jam. Peningkatan blood show merupakan tanda menjelang kala dua persalinan. Edema pada vulva akibat disproporsi sefalopelvik atau wanita mengejan terlampaui lama, hematoma akibat pembuluh darah yang pecah sehingga hematoma pada vulva. Varises merupakan reaksi system vena terutama dinding pembuluh darah seperti otot-otot ditempat lain, bahaya bagi persalinan bila pecah bisa berakibat fatal (Mayuputri, 2012). Vaginal Toucher di peroleh : serviks primigravida umumnya menipis 50-60% dan membuka selebar ujung jari sampai 1 cm. Sedangkan pada multigravida yang memasuki persalinan biasanya berdilatasi 1-2 cm. Keadaan ketuban pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala 1 persalinan. Apabila terjadi sebelum pembukaan lengkap maka kondisi tersebut disebut Ketuban Pecah Dini (KPD) (varney, 2008).

9. Kebutuhan Dasar Ibu Selama Persalinan

a. Dukungan fisik dan psikologis

Dukungan fisik dan psikologis tidak hanya diberikan oleh bidan, melainkan suami, keluarga, maupun teman. Dukungan dapat dimulai sejak awal ibu mengalami kehamilan. Dukungan fisik dan emosional harus sesuai dengan aspek asuhan sayang ibu.

b. Kebutuhan cairan dan nutrisi

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu, bahwa pemberian makanan padat dengan pasien yang memerlukan anastesi tidak disetujui. Motilitas. Absorpsi dan sekresi asam lambung menurun. Hal ini dapat menyebabkan makan dapat tertinggal di lambung sehingga dapat terjadi aspirasi pneumonia. Namun demikian, kebutuhan akan cairan masih diperbolehkan. Selama persalinan, ibu memerlukan minum dan sangat dianjurkan minum – minuman yang manis dan berenergi.

Sebagian ibu masih berkeinginan untuk makan selama fase laten persalinan, tetapi memasuki fase aktif, hanya ingin minum saja. Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/ tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan.

10. Mekanisme Persalinan Normal

Ada tiga faktor yang berperan penting pada persalinan, yang meliputi kekuatan pada ibu yaitu kekuatan his dan kekuatan mengejan (power), keadaan jalan lahir yaitu ukuran panggul dan otot dasar panggul (passage), janin, plasenta, dan air ketuban (passenger).

Mekanisme persalinan normal, adalah sebagai berikut :

- 1) Penurunan janin dan pembukaan serviks terjadi selama persalinan karena adanya dorongan kontraksi dan posisi serta mengejan selama kala II.
- 2) Kepala janin melitasi Pintu Atas Panggul (PAP) dalam keadaan sinklitisme, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP. Akan tetapi, kepala janin dapat juga dalam posisi asinklitisme anterior atau posterior, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP, baik lebih mengarah ke anterior ataupun posterior.
- 3) Dalam rongga panggul, kepala janin dalam posisi fleksi (ukuran yang paling kecil yaitu ukuran diameter sub oksipito bregmatika 9,5 cm).
- 4) Fleksi sangat penting bagi penurunan janin selama kala II. Melalui fleksi ini, diameter terkecil dari kepala janin dapat masuk ke dalam panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala janin berada di dasar panggul, tahanan semakin meningkat sehingga terjadi peningkatan fleksi yang sangat diperlukan agar diameter terkecil dapat terus turun.
- 5) Kepala janin yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi dan elastisitas pelvis dan tekanan intrauterin yang disebabkan oleh his yang berulang, kepala janin melakukan rotasi atau putar paksi dalam. Di dalam panggul, kepala

janin melakukan rotasi dan ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis. Dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala janin melakukan gerakan defleksi agar dapat dilahirkan.

- 6) Dengan adanya his, vulva lebih membuka, kepala janin lebih tampak, perineum semakin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum.
- 7) Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka, dan akhirnya dagu.
- 8) Sesudah kepala lahir, kepala melakukan rotasi yang disebut putaran paksi luar, yaitu gerakan kepala menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung bayi.
- 9) Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga di dasar panggul, bahu dalam posisi depan belakang dengan bahu depan tampak pada vulva vagina.
- 10) Selanjutnya, dilahirkan bahu depan lebih dahulu kemudian bahu belakang. Setelah bahu dilahirkan, tubuh bayi akan segera lahir mengikuti lengkung terus (Erawati, 2008).

11. Penggunaan Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf, adalah mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, serta mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara

normal. Dengan demikian, partograf juga dapat mendeteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama. Partograf harus digunakan :

- a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membantu keputusan klinik, baik persalinan normal maupun yang disertai penyulit.
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Sp.OG, bidan, dokter umum, residen, mahasiswa).

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, penggunaan partograf mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

Pencatatan Pada Temuan Partograf

- a. Informasi tentang ibu dicatat pada bagian awal (atas) partograf waktu kedatangan.
- b. Denyut jantung janin di catat setiap 30 menit, beri tanda titik pada garis yang sesuai, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik yang lain dengan garis yang tidak terputus.
- c. Warna dan adanya air ketuban, dikaji setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, dan periksa warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan

lambang berikut ini U (ketuban utuh), J (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), M (air ketuban sudah pecah dan bercampur darah), K (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban).

- d. Mulase (penyusupan kepala janin) gunakan lambang sebagai berikut :
- 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
 - 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
 - 2 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan.
 - 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.
- e. Kemajuan persalinan
- 1) Pembukaan serviks, dengan menggunakan metode pemeriksaan fisik, kaji dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.
 - 2) Penurunan bagian terendah janin atau presentasi janin, kaji dan catat penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin setiap kali melakukan pemeriksaan dalam. Akan tetapi, kadang kala penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks 7 cm. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai.

- 3) Garis waspada dan garis tindakan dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik pembukaan lengkap.
- f. Kontraksi uterus terdapat lima lajur kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya dalam satuan detik. Catat lamanya kontraksi dengan :
- 1) Memberi titik – titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
 - 2) Memberi garis – garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20 – 40 detik.
 - 3) Mengisi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.
- g. Obat – obatan dan cairan yang diberikan dicatat pada lajur kotak observasi kontraksi uterus. Oksitosin di dokumentasikan jika tetesan sudah di mulai, dan catat setiap 30 menit, dengan jumlah unit oksitosin yang diberikan (Erawati, 2008).

12. Penatalaksanaan kala I

- 1) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
Dimanapun persalinan dan kelahiran bayi terjadi, diperlukan hal – hal pokok seperti berikut ini :
 - a. Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik
 - b. Sumber air yang bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan dekontaminasi

- c. Air disinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan periksa dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir
 - d. Tempat tidur yang bersih untuk ibu
 - e. Meja tindakan untuk resusitasi bayi baru lahir
- 2) Mempersiapkan perlengkapan. Bahan – bahan dan obat – obatan yang diperlukan

Pada setiap persalinan dan kelahiran bayi :

- a. Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan
 - b. Periksa semua obat – obatan dan bahan – bahan sebelum dan setelah menolong persalinan
 - c. Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan – bahan sudah bersih dan siap pakai.
- 3) Persiapan rujukan

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan atau bayinya.

- 4) Memberikan asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk :

- a. Memberikan dukungan emosional

Dukungan dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

b. Membantu pengaturan posisi

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendampingnya untuk membantu ibu berganti posisi. Posisi tegak, seperti berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan.

c. Memberikan cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi.

d. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya 2 jam atau lebih sering jika terasa kandung kemih ibu penuh. Selama persalinan tidak dianjurkan melakukan kateterisasi karena dapat menyebabkan infeksi dan perlukaan saluran kemih ibu.

e. Pencegahan infeksi.

Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya.

5) Partograf

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- a. mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

- c. Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (APN, 2008).

13. Asuhan Persalinan Normal

Tujuan Asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya.

Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan Dan Kelahiran Bayi.

1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien.

2) Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu meliputi, panggil nama sesuai namanya, jelaskan semua asuhan dan perawatan, jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga, anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir, dengarkan dan tanggapilah pertanyaan ibu, berikan dukungan, anjurkan ibu untuk ditemani suami atau

keluarga, ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya, hargai privasi ibu, berikan minum atau makan, anjurkan untuk memeluk bayinya, dan mulai pemberian ASI (IMD), siapkan rujukan bila perlu.

3) Pencegahan infeksi

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

4) Pencatatan (Dokumentasi)

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

5) Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan (BAKSOKU) (APN, 2008).

2.1.3 Nifas (Puerperium)

1. Definisi Masa Nifas

Masa Nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati,2009).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil (Sofian, 2011).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (Saifuddin, 2009).

2. Tahapan Masa Nifas Terdiri Dari:

- a. Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau waktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna berminggu-minggu, bulanan, tahunan (Sofian, 2011).

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

a. Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram.

Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada akhir kala III persalinan, uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira-kira sama dengan besar uterus usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

- 1) Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterine.
- 2) Atrofi jaringan yang berpolifersi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta.
- 3) Efek oksitosin (kontraksi)

Intesitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar.

Tabel 2.3 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Involusi uterus	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari	Pertengahan antara pusat dan symphisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

(Ambarwati, 2009)

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara, segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat dan

menurun kira-kira 1 cm setiap hari. Pada hari ke-2 setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat. Pada hari ke-10 tinggi fundus uteri tidak teraba. Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi.

b. Lochea

Lochea adalah eksresi cairan dalam rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang cektotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

1) Lochea Rubra/Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanogu (rambut bayi) dan mekonium.

2) Lochea Sanguinolenta

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

3) Lochea Serosa

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

4) Lochea Alba/ Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum (Ambarwati, 2009).

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Bentuknya seperti corong karena korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa memasuki rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke-6 postpartum serviks menutup (Ambarwati, 2009).

d. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 - 8 minggu

postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu-4 (Ambarwati, 2009).

e. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila ini tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia (Sulistyawati, 2009).

f. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit akan buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Dinding kandung kemih memperlihatkan edem dan hiperemia, kadang-kadang edem trigonum yang menimbulkan aloktasi dari uretra sehingga menjadi retensio urine (Sulistyawati, 2009).

g. Perubahan System Musculuskeletal

Ligament, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena sempurna terjadi pada pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat-serat elastic kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Ambarwati, 2009).

h. Perubahan Sistem Endrokin

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum. Sedangkan hormon 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. Dan pada hypotalamik pituitary ovarium, lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Kadar Estrogen setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Sulistyawati, 2009).

i. Perubahan Tanda Vital

1) Suhu Badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik, sedikit ($37,5^{\circ}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya, pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi post partum.

4) Pernapasan

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

j. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran darahnya terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah persalinan bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine (Sulistiyawati, 2009).

k. Perubahan Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrogen dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah makin meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetapi tetap tinggi dalam beberapa hari post partum. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama (Sulistiyawati, 2009).

4. Pemeriksaan Fisik Masa Nifas

a. Payudara :

Payudara akan menjadi lebih besar, kencang, dan lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal dan dimulainya laktasi. Hari ke-2 postpartum sejumlah colostrum cairan yang disekresi oleh payudara selama 5 hari pertama setelah kelahiran bayi dapat diperas dari putting susu (Ambarwati, 2008).

b. Abdomen :

Dinding abdomen menjadi lembek (kendor, keriput, striae gravidarum bila ada maka gambaran ini tidak hilang akan tetapi berubah menjadi merah (paduan perinatal, 2009). Uterus berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat. Kandung kemih berkaitan dengan penurunan tinggi fundus dan masalah atau penyulit dalam berkemih.

c. Genetalia :

Odema vagina akibat penekanan kepala bayi saat lah lahir dan perlahan akan kembali ke bentuk semula. Ukuran vagina dan ruggae vagina akan kembali normal dalam jangka waktu 3 minggu. Dinding vagina lebih kendor dibanding sebelumnya. Beberapa hari pertama serviks masih dalam keadaan terbuka, dan dalam jangka waktu 7 hari seharusnya sudah kembali (panduan perinatal, 2009). Anus : haemoroid pada saat mengejan akan keluar yang diderita ibu sebelumnya dan terasa nyeri. Keadaan perineum : pada keadaan dimana bagian tubuh mengalami robekan maka saraf disekitar luka akan menjadi sangat peka dan timbul nyeri, namun semakin sering bergerak, maka nyeri akan semakin berkurang. Lokhea rubra/merah : Keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum.

5. Perawatan Pasca Persalinan

a. Mobilisasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur telentang selama 8 jam pasca persalinan. Setelahnya, ibu boleh miring-miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan

tromboemboli. Pada hari ke-2, ibu diperbolehkan duduk, hari ke-3 berjalan, dan hari ke-4 atau ke-5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi tersebut memiliki variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka (Sofian, 2011).

b. Diet

Makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya, makan-makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran, dan buah-buahan (Sofian, 2011).

c. Perawatan Payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. Apabila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH, seperti tablet lynoral dan parlodel. Sangat dianjurkan agar seorang ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayi tersebut (Sofian, 2011).

d. Laktasi

Untuk menghadapi masa laktasi sejak kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae yaitu, proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar, alveoli, dan bertambahnya jaringan lemak serta pengeluaran cairan susu jolong (colostrum), yang berwarna kuning-putih susu, dari duktus laktiferi, hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam (Sofian, 2011).

6. Program Dan Kebijakan Teknis

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

Tabel 2.4 Asuhan Kunjungan Masa Nifas Norma

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 Jam Post partum	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri ➤ Pemantauan keadaan umum ibu ➤ Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (bonding attachment) ➤ ASI eksklusif
II	6 Hari Post partum	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus dibawah umbilikalis, dan tidak ada tanda – tanda perdarahan abnormal. ➤ Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan ➤ Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup ➤ Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi ➤ Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit
III	2 Minggu Post partum	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus dibawah umbilikalis, dan tidak ada tanda – tanda perdarahan abnormal. ➤ Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan ➤ Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup ➤ Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi ➤ Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit
IV	6 Minggu Post partum	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas ➤ Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda – tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi

(Ambarawati, 2010).

7. Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas

a. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

1) Periode “Taking In”

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu (Sulistyawati, 2009).

2) Periode “Taking Hold”

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya. Berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan tehnik bimbingannya, jangan sampai menyinggung

perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif (Sulistyawati, 2009).

3) Periode “Letting Go”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya haik ibu, kebebasan, dan hubungan sosial (Sulistyawati, 2009).

8. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1). Kebutuhan gizi ibu menyusui

a. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 – 500 kalori. Sebaiknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan mengurangi produksi ASI.

b. Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan 3 gelas susu, 2 butir telur, 5 putih telur, 120 gram keju, 1 gelas yoghurt, 120 – 140 gram ikan atau daging, 200 – 240 gram tahu atau setara 5 – 6 potong kecil.

c. Kalsium dan vitamin

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui

meningkat menjadi 5 porsi per hari. Setara dengan 50 – 60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium. Sedangkan vitamin A (200.00 unit) dibutuhkan ibu nifas agar dapat memberikan vitamin pada bayinya melalui ASI.

d. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya tiga porsi sehari. 1 porsi setara dengan $\frac{1}{8}$ semangka, $\frac{1}{4}$ mangga, $\frac{3}{4}$ cangkir brokoli, $\frac{1}{2}$ wortel, $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ cangkir sayuran hijau yang telah dimasak.

e. Karbohidrat kompleks

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan 4 porsi per hari. Satu porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ cangkir nasi, $\frac{1}{4}$ jagung pipil, 1 porsi sereal atau oat, 1 iris roti dari bijian utuh, $\frac{1}{2}$ kue dari bijian utuh, 2 – 6 biskuit kering, $\frac{1}{2}$ cangkir kacang – kacangan, $\frac{2}{3}$ cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/ pasta dari bijian utuh.

f. Cairan

Konsumsi cairan sedikitnya 3 liter tiap hari, kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu, dan sup.

2). Ambulasi Dini

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 post partum 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.

4). Kebersihan diri

Menjaga seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi, membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluannya.

5). Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Istirahat siang sekitar 1 jam, dan istirahat malam 8 jam.

6). Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual berkisar 4-6 minggu (> 40 hari) atau ketika cairan yang dikeluarkan dari liang senggama setelah melahirkan (perdarahan postpartum) sudah berhenti maka dapat dilakukan hubungan seksual. Perdarahan ini berasal dari dalam rahim dan terjadi pada semua ibu, terlepas dari bagaimana cara mereka melahirkan

7). Latihan atau senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan sejak awal mungkin dengan catatan ibu

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

9. Tanda Bahaya Nifas

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan ≥ 500 cc pasca persalinan dalam 24 jam pertama

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

b. Infeksi nifas

Semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman ke dalam alat – alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas. Faktor predisposisi infeksi nifas yaitu partus lama, tindakan operasi persalinan, perdarahan ante partum, infeksi nosokomial.

c. Demam

Kenaikan suhu ≥ 38 °C selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum.

Faktor predisposisi KPP, partus lama, malnutrisi.

d. Bendungan ASI

- 1) Suhu tidak ≥ 38 °C
- 2) Terjadi minggu pertama post partum
- 3) Nyeri tekan pada payudara

e. Mastitis

Peradangan pada mammae, kuman masuk melalui luka pada puting susu.

- 1) Suhu tidak ≥ 38 °C
- 2) Terjadi minggu kedua post partum
- 3) Bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan (Sulistyawati, 2009).

10. Ketidaknyamanan umum pada Masa Nifas

1. Nyeri Setelah Lahir

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus-menerus. Lebih umum terjadi pada wanita dengan paritas tinggi dan pada wanita menyusui, pada wanita dengan paritas tinggi karena penurunan tonus otot uterus secara bersamaan menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-bentar), sedangkan pada wanita menyusui dikarenakan isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofisis posterior, pelepasan oksitosin tidak hanya memicu reflex let down (pengeluaran asi) pada payudara akan tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah lahir akan hilang, jika uterus tetap berkontraksi dengan baik, yang memerlukan kandung kemih kosong.

2. Keringat Berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana, yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering. Perawatan juga harus dilakukan dengan memastikan hidrasi wanita tetap baik. Dengan meminum segelas air setiap satu jam saat ia terjaga menjadi pelengkap perawatan ini.

3. Pembesaran Payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Payudara mulai distensi, tegang dan nyeri pada saat disentuh, kulit terasa hangat saat disentuh, dengan vena dapat terlihat, dan tegang di kedua sisi payudara. Putting payudara lebih keras dan menjadi sulit bagi bayi untuk menghisapnya. Meskipun pembesaran payudara bukanlah proses inflamasi, peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan, demam lebih tinggi dari 38°C menunjukkan adanya mastitis atau infeksi lain.

Tindakan untuk menurunkan nyeri bergantung pada apakah wanita menyusui, ibu menyusui sebaiknya bahwa kompres hangat pada saat menyusui secara sering, dan penggunaan analgesik ringan dapat menghilangkan ketidaknyamanan pembesaran payudara. Bagi ibu menyusui segera setelah melahirkan, menyusui secara sering pada kedua payudara dan menghindari penggunaan suplemen atau memompa payudara untuk mengeluarkan air susu ke dalam botol susu, menurunkan kecenderungan terjadinya pembesaran (distensi) payudara yang sangat nyeri.

4. Nyeri Perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomy dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut. Melakukan pengencangan perineum atau latihan kegel meningkatkan sirkulasi ke area tersebut sehingga meningkatkan

penyembuhan. Tindakan ini merupakan salah satu tindakan kenyamanan perineum yang paling bermanfaat dan sering kali menghasilkan akibat dramatis dalam memfasilitasi kemudahan pergerakan dan membuat wanita lebih nyaman. Pengencangan perineum dapat memberi efek berlawanan jika wanita mendapat episiotomi mediolateral, pengencangan perineum pada situasi ini akan menarik ujung posterior garis jahitan karena potongan insisi secara diagonal menilang otot, dan dapat sangat nyeri.

5. Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut merobek jahitannya atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya pada saat proses persalinan, konstipasi mungkin bisa lebih lanjut diperberat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat 3 atau empat.

Perubahan diet menjadi diet tinggi serat dan tambahan asupan cairan dapat mengurangi masalah ini, jika wanita mengalami episiotomy hingga derajat 3 atau empat maka penggunaan pelunak feses dan laksatif dapat membantu mencegah wanita mengejan. Penggunaan pelunak feses ini pun harus dibatasi agar tidak ketergantungan.

6. Hemoroid

Wanita yang mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari. Jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumatis dan menjadi lebih edema pada saat wanita mendorong bayi pada kala 2 persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan. Tindakan

pemulihan dapat digunakan dalam kombinasi (kecuali dingin dan hangat selama rentang waktu yang sama).

2.2 Tinjauan Teori Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Buku 50 tahun IBI, 2007).

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, dan masyarakat (Depkes RI, 2005).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 2007).

Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu karangan lengkap yang dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

1) Langkah I: Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini berisi semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Yang

terdiri dari data subjektif data objektif. Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Yang termasuk data subjektif antara lain biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikologi spiritual, pengetahuan klien.

Data objektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data fokus. Data objektif terdiri dari pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi), Pemeriksaan penunjang (laboratorium), cacatan baru dan sebelumnya (Suryani, 2008).

2) Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan, karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahan.

Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa "kemungkinan wanita hamil", dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini ialah bahwa wanita tersebut mungkin tidak

menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada tri semester ketiga merasa takut tidak termasuk dalam kategori nomenklatur standar diagnosa. Tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut. Interpretasi data meliputi diagnosa kebidanan, Masalah, Kebutuhan. Diagnosa yang dimaksud adalah GPAPIAH UK, minggu, tunggal, hidup, letkep, intrauterin, keadaan umum ibu dan janin baik dengan. Masalah yang sering muncul yaitu cemas, takut, dan sebagainya. Kebutuhan yang dimaksud adalah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pada masalah yang telah dialami (Suryani, 2008).

Diagnosis yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar Nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan, yaitu : diakui dan telah di sahkan oleh profesi, berhubungan langsung dengan praktisi kebidanan, memiliki ciri khas kebidanan, didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3) Langkah III: Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial

ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman (Suryani, 2008).

4) Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/ kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/ masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/ segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5) Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan Secara Menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari

masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang baru serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6) Langkah VI: Pelaksanaan Asuhan

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

menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Suryani, 2008).

7) Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah - langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik (Suryani, 2008).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.3.1 Kehamilan

1. Pengkajian

a. Subyektif

- 1) Usia 16 – 35 tahun
- 2) Keluhan utama konstipasi, hemoroid, kram pada kaki, oedema, sering buang air kecil.
- 3). Riwayat obstetri
 - a. Riwayat kehamilan : hamil pertama kawin < 4 tahun, jarak kehamilan 2 – 5 tahun, kehamilan tunggal, kehamilan cukup bulan.
 - b. Riwayat persalinan : tidak ada riwayat tindakan persalinan

- c. Riwayat post natal : tidak ada riwayat plasenta manual
- 4). Kunjungan ibu hamil minimal 4x, yaitu pada trimester I 1x, trimester II 1x, trimester III 2x.
- 5). Ibu hamil akan dapat merasakan gerakan janinnya dalam 3 jam terakhir sebanyak 3 kali.
- 6). Penyuluhan yang di dapat selama hamil antara lain, nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara, seksualitas, dan persiapan persalinan.
- 7). Pola fungsi kesehatan ibu hamil seperti :
- a. Pola nutrisi, dianjurkan mendapat
1. frekuensi makan 3x sehari, dengan 1 piring terdiri dari nasi 1 piring sedang atau dapat ditukar dengan roti 3 potong sedang, kentang 2 biji sedang, kue kering 5 buah besar, mi basah 2 gelas, singkong 1 potong besar, jagung biji 1 piring, talas 1 potong besa, ubi 1 biji sedang. Sedangkan untuk ikan dapat ditukar dengan 1 potong kecil ikan asin, 1 sendok makan teri kering, 1 buah sedang hati ayam, 1 butir telur ayam negri. Sayuran 1 mangkuk, diantaranya buncis, kol, kangkung, wortel, kacang panjang, sawi, dan lainnya. Tempe 2 potong sedang dapat ditukar dengan tahu 1 potong besar, 2 potong oncom kecil. Susu sapi 1 gelas besar dapat dditukar dengan 4 sendok makan susu skim, 2/3 gelas yogurt, 1 potong kecil keju.
- b. Pola eliminasi untuk BAK terjadi 7-8 kali sehari, BAB terjadi 1 kali sehari.

- c. Pola istirahat pada siang hari 1 -2 jam, untuk menjaga kesehatan selama hamil, dan istirahat malam 8 jam.
- d. Pola aktivitas, jika ibu hamil terlalu berat aktivitasnya dikhawatirkan menimbulkan penyulit masa hamil.
- e. Pola seksual pada saat trimester ketiga libido meningkat.
- f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi alkohol, narkoba, jamu, dan mempunyai binatang peliharaan harus dihindari.

8). Riwayat psiko – socio – spritual

Riwayat emosional, rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.

b. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda – tanda vital (Tekanan Darah 110/70 mmHg – 130/90 mmHg, Nadi 80 – 100 x/menit, Suhu, 36,5 ° C – 37,5 ° C, Pernafasan 18 – 24 x/menit.
- b) Pemeriksaan antropometri untuk trimester III cukup berat badan, peningkatan berat badan 0,5 kg/minggu, total untuk keseluruhan 11,5 – 16 kg.

b. Pemeriksaan Khusus (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- a) Wajah : Tidak pucat, tidak oedema.

- b) Mata : Sklera putih, conjungtiva merah muda, tidak pucat, tidak ada benjolan pada palpebra.
- c) Dada : Irama nafas teratur, tidak ada retraksi dinding dada.
- d) Mamae : Puting susu menonjol, hyperpigmentasi areola dan papila mamae dengan pemijatan colostrum keluar.
- e) Abdomen : Pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas operasi.
1. Leopold I : TFU 3 jari bawah processus xypoidius, pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting.
 2. Leopold II : Pada sebelah kanan atau kiri perut ibu teraba panjang, keras, dan datar.
 3. Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, melenting dan tidak dapat digoyangkan.
 4. Leopold IV : bagian terendah janin masuk PAP 3/5 (Hodge III), 4/5 (Hodge II), 5/5(Hodge I) .
 5. DJJ : 120 – 160 x/ menit.
 6. TBJ : 2500 – 4000 gram.
- f) Genetalia : Tidak ada oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran pada kelenjar bartholine dan skene.
- g) Ekstremitas : Atas : tidak oedema, Bawah : turgor kulit baik, tidak ada oedema.

- c. Ukuran pemeriksaan panggul seperti distancia spinarum 24 – 26 cm, distancia cristarum 28 – 30 cm, conjugata eksterna 18 – 20 cm, lingkaran panggul 80 – 90 cm, distancia tuberum 10,5 cm.
- d. Pemeriksaan laboratorium meliputi Hb 11 – 14 gr %, sedangkan hasil reduksi negatif dan albumin negatif.

2. Interpretasi Data Dasar

Assesment

- a. Diagnosa : GPAPIAH UK 36 – 40 minggu, aterm, hidup, tunggal, letak kepala \cup , jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik
- b. Masalah : konstipasi, hemoroid, kram pada kaki, oedema, sering buang air kecil.
- c. Kebutuhan : HE mengenai penyebabnya, pola nutrisi, pola istirahat, personal hygiene, pola istirahat.

3. Antisipasi Terhadap Diagnosa/Masalah Potensial

Tidak ada

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Tidak ada

5. Planning

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan, ibu hamil dapat mengerti penyebab dari masalah yang dialami dan cara mengatasinya

Kriteria Hasil : Ibu hamil mampu menjelaskan kembali

Intervensi

- 1) Bina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu hamil
- 2) Beritahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan saat ini
- 3) Deteksi masalah dan cara mengatasinya
- 4) Ajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan
- 5) Diskusikan tentang persiapan kelahiran bayi
- 6) Ajarkan cara mengenali tanda bahaya kehamilan
- 7) Berikan tablet besi
- 8) Jadwalkan kunjungan ulang

2.3.2 Persalinan

1. Pengkajian

a. Subyektif

- 1) Keluhan yang dirasakan oleh ibu kenceng – kenceng semakin sering dan teratur, mengeluarkan lendir bercampur darah.
- 2) Pola fungsi kesehatan meliputi :
 - a) Pola nutrisi makanan ringan seperti roti kering, biskuit, dan sebagainya, minum air putih lebih sering.
 - b) Pola eliminasi setiap 2 jam sekali atau lebih atau jika kandung kemih penuh harus dikosongkan.
 - c) Pola Istirahat dianjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - d) Pola Aktivitas berbaring ditempat tidur sambil miring kiri, jalan – jalan.
- 3) Riwayat Psikososiospiritual, seperti dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu mamperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung, dukungan tersebut dapat berupa membantu wanita

berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, menciptakan kamar bersalin yang nyaman, memberikan sentuhan, berada disisi pasien, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Fisik

Sama dengan pemeriksaan kehamilan, namun disini terjadi perubahan pada pemeriksaan leopold IV

Leopold IV : 5/5 (Hodge I), 4/5 (Hodge I - II), 3/5 (Hodge II - III),
2/2 (Hodge III +), 1/5 (Hodge IV).

His : 3 x dalam 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik.

Genetalia : tidak ada oedem, tidak varices, tidak ada pembesaran kelenjar bartolini dan terdapat pengeluaran lendir dan darah, terdapat cairan ketuban atau tidak, tidak ada nyeri tekan, VT : \emptyset 1 – 10 cm, eff 10- 100%, ket (+/ -) jernih, keruh, bercampur mekonium, berbau, let-kep Ψ , denominator UUK kanan depan, H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi.

2. Interpretasi Data

Assessment

- a. Diagnosa : GPAPIAH UK 36 - 40 minggu, tunggal, hidup, letkep U, inpartu kala I fase laten / aktif.
- b. Masalah : Nyeri sewaktu persalinan
- c. Kebutuhan : KIE tentang keadaannya saat ini
Dukungan emosional
KIE teknik relaksasi

3. Identifikasi Diagnosa Masalah Dan Diagnosa Potensial

Tidak ada

4. Identifikasi akan kebutuhan segera

Tidak ada

5. Planning

Kala I

Tujuan : Setelah dilakukan tindakankala I fase laten 8 jam (primi maupun multi), fase aktif primi (1 jam 1 cm), multi (1 jam 2 cm).

Kriteria Hasil : Adanya tanda gejala kala II

1. Dorongan meneran
2. Tekanan anus
3. Perineum menonjol
4. Vulva membuka

Intervensi

- 1) Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
- 2) Persiapkan perlengkapan, bahan – bahan dan obat – obatan yang diperlukan

- 3) Persiapan rujukan jika sewaktu – waktu ada kegawatdaruratan
- 4) Berikan asuhan sayang ibu seperti :
 - a. Dukungan emosional
 - b. Atur posisi yang nyaman
 - c. Pemberian asupan nutrisi dan cairan
 - d. Anjurkan ibu untuk ke kamar mandi saat ada dorongan untuk berkemih
 - e. Lakukan pencegahan infeksi
- 5) Observasi DJJ, His, nadi tiap 30 menit
- 6) Observasi kemajuan persalinan tiap 4 jam sekali, tekanan darah tiap 2 jam sekali.

Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \leq 1 jam diharapkan bayi lahir spontan.

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

Intervensi

1. Dengarkan dan melihat adanya tanda gejala kala II.
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
3. Pakai celemek.
4. Lepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk kering atau tisu.
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

6. Masukkan oksitosin kedalam spuit (menggunakan tangan kanan yang memakai sarung tangan steril), dan meletakkan di partus set.
7. Bersihkan vulva dan perineum dari arah depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, lakukan amniotomi dengan menggunakan $\frac{1}{2}$ kocher.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
10. Periksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi.
11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman.
12. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
13. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu ada dorongan untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika belum ada dorongan untuk meneran.
15. Letakkan handuk bersih diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian, dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi

defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.

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

Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 15 - 30 menit diharapkan plasenta lahir.

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

Intervensi

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi baik.
29. Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
Setelah 1 menit setelah bayi lahir.
30. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat kearah distal dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Setelah 2 menit pemberian oksitosin.
31. Gunting tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi). Pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut.
32. Ikat tali pusat dengan benang steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
33. Tengkurapkan bayi pada perut/dada ibu (skin to skin) menyelimuti tubuh bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi kemudian biarkan bayi melakukan inisiasi menyusu dini.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang (dorso-kranial).
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.
39. Lakukan massase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, dan selaput ketuban lengkap dan utuh.

Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan bayi baik, tidak terjadi perdarahan dan komplikasi

Intervensi

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Biarkan bayi diatas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.

44. Timbang berat badan bayi. Mengolesi mata dengan salep mata tetrasiklin 1%, kemudian injeksi vit. K 1 mg Intra Muskuler di paha kiri. (Dilakukan oleh asisten)
45. Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (uniject) di paha kanan antero lateral.
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit pada 1 jam kedua pascapersalinan.
47. Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
49. Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pascapersalinan.
50. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Pastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan menggunakan larutan klorin 0,5%.

56. Bersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
57. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Lengkapi partograf, memeriksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

2.3.3 Nifas

1. Pengkajian

a. Subyektif

1) Keluhan Utama

Ibu nifas adalah nyeri saat lahir, keringat berlebih, pembesaran payudara, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid.

2) Pola kesehatan fungsional meliputi :

a) Pola nutrisi :

1. Karbohidrat 4 porsi per hari, 1 porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ piring nasi.
2. Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan 3 gelas susu, 2 butir telur, 5 putih telur, 1 gelas sedang yoghurt, tahu 5 – 6 potong kecil, sedangkan sayuran 3 porsi sehari, dengan 1 porsi setara dengan $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ mangkuk kecil sayuran hijau yang dimasak.
3. Kalsium 5 porsi per hari, atau setara dengan 1 cangkir susu krim.
4. Kebutuhan cairan, minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
5. Vitamin A 1 x 1 yang diperoleh dari petugas kesehatan.

- b) Pola eliminasi dalam 6 jam pertama postpartum ibu harus dapat buang air kecil, dan untuk buang air besar dalam 24 jam pertama.
 - c) Pola istirahat, istirahat siang kira – kira 2 jam, sedangkan istirahat malam 7 - 8 jam.
 - d) Pola Seksual, secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti.
 - e) Pola personal hygiene, mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK paling tidak dalam waktu 3 jam supaya ganti pembalut.
- 3) Riwayat psikososiospritual
- Ibu setelah melahirkan, ia akan mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menajalani proses pembelajaran yang diperlukan tetang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya.

b. Obyektif

- 1) Pemeriksaan Fisik
 - a) Tanda – tanda vital :
 - 1. Suhu : naik sedikit dalam 24 jam post partum (37, 5 – 38 ° C), dan akan kembali normal pada hari ke-3 post partum.
 - 2. Nadi : lebih cepat yaitu antara 60 – 100 x/menit.
 - 3. Tekanan darah : tidak mengalami perubahan, jika mengalami penurunan maka diakibatkan oleh perdarahan, dan kenaikan merupakan terjadinya pre eklamsia post partum.
 - 4. Pernafasan : keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan nadi. Bila pernafasan lebih cepat, kemungkinan tanda – tanda syok.

- b). Payudara : ASI keluar colostrum.
- c). Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras.
- d). Genetalia : Vagina timbul rugae/kerutan – kerutan, perineum terdapat luka jahitan akibat robekan jalan lahir, adanya lochea rubra.

2. Interpretasi Data Dasar

Assesment

- a. Diagnosa : PAPIAH post partum 6 jam
- b. Masalah : nyeri setelah lahir, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid.
- c. Kebutuhan : He penyebabnya, mobilisasi, aktivitas, personal hygiene.

3. Antisipasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Tidak ada

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Tidak ada

5. Planning

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan nifas sesuai dengan standar asuhan kunjungan nifas.

Intervensi

Kunjungan 1 (6 – 8 jam)

1. Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
2. Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.

3. Berikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
4. Pemberian ASI awal.
5. Lakukan hubungan antara Ibu dan BBL.
6. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

Kunjungan II (6 hari)

1. Pastikan involusi berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
2. Nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
3. Pastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
4. Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
5. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

Kunjungan III (2 minggu)

1. Pastikan involusi berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
2. Nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
3. Pastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
4. Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

5. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

Kunjungan IV (6 minggu post partum)

1. Menanyakan penyulit – penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
2. Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda – tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.