

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah suatu proses dan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan nidasi hasil konsepsi, (Sarwono, 2003)

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.

Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. (Hanafiah, 2008)

2. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Ibu hamil Trimester III

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

1) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc, (Sulistyawati, 2011).

2) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan, (Sulistyawati, 2011).

3) Bentuk

Tabel 2.1 Bentuk uterus Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Bentuk dan Konsistensi Uterus
Bulan pertama	Seperti buah alpukat. Isthmus rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih lunak, keadaan ini disebut tanda hegar
2 bulan	Sebesar telur bebek
3 bulan	Serbesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, rahim terasa tipis, itulah sebabnya bagian-bagian janin ini dapat dirasakan melalui perabaan dinding perut

b. Ovarium

Ovarium berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran esterogen dan progesterone, (Sulistyawati, 2011).

c. Vagina dan vulva

Oleh karena pengaruh esterogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut tanda chadwicks, (Sulistyawati, 2011).

2. Sistem urinaria

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Pada akhir kehamilan,

peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung, (Sulistyawati, 2011).

3. Sistem gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone, (Sulistyawati, 2011).

4. Sistem metabolisme

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

5. Payudara

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba noduli-noduli, akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan areola payudara. (Asrinah, 2010).

6. Sistem endokrin

Hormon plasenta

Sekresi hormon plasenta dan HCG dari plasenta janin mengubah organ endokrin secara langsung. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan produksi globulin meningkat dan menekan produksi tiroksin,

kortikosteroid dan steroid, akibatnya plasma yang mengandung hormon-hormon ini akan meningkat jumlahnya, (Asrinah, 2010).

7. Sistem pernapasan

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O_2 . Di samping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari biasanya, (Asrinah, 2010).

3. Perubahan Adaptasi dan Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester ke ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau bayinya lahir dengan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya (Asrinah, 2010).

4. Ketidaknyaman Pada Ibu Hamil Trimester III

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil (trimester I dan III)	a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya b. Perbanyak minum saat siang hari c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia. d. Batasi minum kopi, teh, soda
2.	Keputihan (terjadi pada trimester I, II, III)	a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap

3.	Mengidam (trimester I)	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak perlu ikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan b. Jelaskan tentang bahaya makanan yang tidak bisa diterima, mencakup gizi yang diperlukan serta memuaskan rasa mengidam atau kesukaan menurut kultur.
4.	Napas sesak (trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab fisiologinya. b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. c. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
5.	Mual dan muntah (trimester I)	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari bau atau faktor penyebabnya. b. Makan biskuit kering atau roti sesaat sebelum bangun dari tempat tidur di pagi hari. c. Makan sedikit tapi sering. d. Hindari makanan yang berminyak dan berbau. e. Istirahat sesuai kebutuhan.
6.	Sakit punggung atas dan bawah (trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
7	Gatal-gatal	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin B b. Memakai pakaian berbahan lembut, longgar dan tanpa ikat pinggang c. Taburkan bedak atau body cream pada kulit

Tabel 2.2 Ketidaknyamanan pada ibu hamil, (Asrinah, 2010)

5. Poodji Rochyati

- a. Primi para muda umur kurang dari 16 tahun
- b. Primi tua umur diatas 35 tahun
- c. Primi skunder dengan umur anak terkecil diatas 5 tahun
- d. Tinggi badan kurang dari 145 cm
- e. Riwayat kehamilan yang buruk:
 - 1) Pernah keguguran
 - 2) Pernah persalinan prematur, lahir mati

- 3) Riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forceps, operasi S.C)
- 4) Pre-Eklampsi-Eklampsi
- 5) Gravida serotinus
- 6) Kehamilan perdarahan antepartum
- 7) Kehamilan dengan kelainan letak.

f. Kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan

6. Pemeriksaan Trimester III

- a. Pada primigravida gerakan janin dirasakan pertama kali oleh ibu pada usia kehamilan 18-20 minggu, sedangkan pada multi gravida dapat dirasakan lebih awal, yaitu usia 16 minggu.
- b. Pada umumnya 10 gerakan terjadi dalam jangka waktu 20 menit hingga 2 jam. Bila melebihi jangka waktu 3 jam, maka harus dicatat dan diadakan pengawasan lebih cermat terhadap DJJ.

7. Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah:

Ukurannya	Definisi	Keterangan
Distansia spinarum	- Jarak antara kedua spina anterior superior kanan atau kiri	- Sekitar 24-26 cm
Distansia kristarum	- Jarak terpanjang antara kedua krista iliaka kanan dan kiri	- Antara 28-30 cm - Kurang 2-3 cm dari ukuran normal kemungkinan panggul patologis
Distansia obliqua eksterna	- Jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior sinistra - Jarak spina iliaka anterior superior dekstra dan spina iliaka interior superior sinistra	- Merupakan ukuran silang - Untuk menentukan apakah panggul simetris atau tidak

Konyugata eksterna (Boudoloque)	- Jarak antara bagian atas simfisis dengan spina L5	Sekitar 18 cm
Distansia tuberum	- Jarak tuber isciadika kanan dan kiri	- Jarak sekitar 10,5 cm - Jarak kurang dari normal, akan menunjukkan sudut simfisis kurang dari 90 derajat

Tabel 2.3 Pengukuran panggul, (Manuaba, 2007)

8. Standar Pelayanan Antenatal Care

(1) Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan

Penimbangan 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 resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*), (Kementrian kesehatan RI, 2012).

(2) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan proteinuria) (Kementrian kesehatan RI, 2012).

(3) 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 beresiko 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) (Kementrian kesehatan RI, 2012).

(4) 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. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu (Kementrian kesehatan RI, 2012).

Usia kehamilan di hitung sejak terjadi amenore, yaitu hari pertama menstruasi terakhir atau melalui perhitungan tinggi fundus uteri :

- a. 36 minggu setinggi tiga jari bawah prosesus xifoideus
- b. 32/40 minggu setinggi pertengahan pusat – prosesus xifoideus
- c. 28 minggu setinggi tiga jari atas pusat
- d. 24 minggu setinggi pusat
- e. 20 minggu setinggi tiga jari bawah pusat
- f. 16 minggu setinggi pertengahan simfisis – pusat
- g. 12 minggu setinggi tiga jari atas simfisis

Pada primigravida kepala masuk pintu atas panggul pada minggu ke 36. Pada multigravida kepala masuk PAP pada permulaan inpartu (Saminem, 2009).

Taksiran Berat Janin (TBJ) =

[Tinggi fundus uteri (dalam cm) – N] x 155

N = 13 bila kepala janin belum melewati pintu atas panggul

N = 12 bila kepala janin berada di atas spina iskiadika

N = 11 bila kepala janin berada dibawah spina iskiadika (Arif Mansjoer, 2001).

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

Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap, (BKKBN, 2005).

TT1 dapat diberikan sejak di ketahui postif hamil dimana biasanya di berikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan

Tabel 2.4 Pemberian Imunisasi

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

(Depkes, 2009: 1)

(6) Beri Tablet Darah

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 (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

(7) Periksa Laboratorium (Rutin Atau Khusus)

Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah dan haemoglobin darah.

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin kurang dari 11 gr% pada trimester I dan 10,5 gr% pada trimester II (Saifudin, A. 2001).

c. Pemeriksaan protein dalam urine

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklamsi pada ibu hamil.

d. Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga. (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

2.1.2 Inpartu/Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan, (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta, (Sulistiyawati, 2010).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (JNPK-KR, 2003).

2. Jenis persalinan

1. Menurut proses berlangsungnya persalinan

a) Persalinan Normal (spontan)

Adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

b) Persalinan Buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan dari tenaga luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

c) Persalinan Anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari tenaga luar tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

2. Menurut tua/umur kehamilan

a) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr

b) Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram

c) Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

d) Partus matures atau a'terme

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

e) Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu, (Yanti, 2010).

3. Tahapan persalinan

Kala I (pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3-10 cm.

Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan

pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam.

Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatah hisnya kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

Kala III (pelepasan plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dai 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus maka plasenta lepas dari lapisan Nitabuch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda berikut

1. Uterus menjadi berbentuk bundar
2. Uterus mendorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi pendarahan

Kala IV (observasi)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap pendarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan sebagai berikut

1. Tingkat kesadaran pasien
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital; tekanan darah, nadi dan pernafasan
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya pendarahan. Pendarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc, (Sulistyawati Ari, 2010).

4. Tujuan Asuhan Persalinan

1. Secara konsisten dan sistematis menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti cuci tangan, penggunaan sarung tangan, sanitasi lingkungan dan proses ulang (sterilisasi) peralatan bekas pakai
2. Memberikan asuhan yang diperlukan, memantau kemajuan, dan menolong proses persalinan serta kelahiran bayi.
3. Memberikan asuhan sayang ibu di setiap tahapan persalinan, kelahiran bayi dan masa nifas, termasuk memberikan penjelasan bagi pasien dan keluarganya tentang proses persalinan dan kelahiran bayi serta menganjurkan suami atau anggota keluarga untuk berpartisipasi dalam proses persalinan dan kelahiran bayi.
4. Merencanakan persiapan dan melakukan rujukan tepat waktu dan optimal bagi pasien di setiap tahapan persalinan dan tahapan bayi baru lahir

5. Menghindari berbagai tindakan yang tidak perlu dan atau berbahaya seperti pemasangan kateter urin, tindakan episiotomi, amniotomi sebelum terjadi pembukaan lengkap, meminta pasien meneran secara terus menerus, dan penghisapan lendir secara rutin pada bayi baru lahir (Sulistiyawati, 2010).

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Faktor power

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

2. Faktor passanger

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin.

3. Faktor passage

Passage atau faktor jalan lahir

4. Faktor psikologi ibu

Keadaan psikologi ibu memengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi suami dan orang-orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin yang tanpa didampingi suami atau orang-orang yang dicintainya. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu yang memengaruhi pada kelancaran proses persalinan.

5. Factor penolong

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian meternal neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi, (Asrinah, 2010).

6. Sebab mulainya persalinan

1. Teori penurunan hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his.

2. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorialis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

3. Teori distensi rahim

- a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b) Setelah melewati batas tersebut akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

4. Teori iritasi mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin) maka akan timbul kontraksi uterus.

5. Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.

a) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.

b) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk kontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

6. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

a) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

b) Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

7. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F_2 atau E_2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga diosokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam

air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan, (Sulistyawati, 2010).

7. Tanda masuk dalam persalinan

Terjadinya his persalinan

Karakter dari his persalinan

1. Pinggang terasa sakit menjalar ke depan.
2. Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
3. Terjadinya perubahan pada serviks.
4. Jika pasien menambah aktifitasnya, misal dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan

1. pendataran dan pembukaan.
2. Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.
3. Terjadi pendarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

Pengeluaran Cairan.

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditergetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misal ekstraksi vakum, atau *sectio caesaria*, (Sulistyawati, 2010).

8. Kebutuhan dasar ibu bersalin

1. Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan biasanya diliputi perasaan takut, khawatir, cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut bisa meningkatkan nyeri, otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah, yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan. Ada lima kebutuhan dasar bagi perempuan dalam persalinan menurut Lesser dan Keane

- a. Asuhan fisik dan psikologis
- b. Kehadiran seorang pendamping secara terus menerus.
- c. Pengurangan rasa sakit.
- d. Penerimaan atas sikap dan perilakunya.
- e. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman.

2. kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan berjalan lebih lambat selama persalinan.

3. kebutuhan eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat. Bila pasien tidak mampu berkemih sendiri, dapat dilakukan kateterisasi, karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.

4. Positioning dan aktifitas

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa normal, tanpa disadari, dan mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks, bisa mungkin bidan tidak boleh memaksa pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya. Sebaliknya peranan bidan adalah untuk mendukung ibu dalam posisi apapun, menyarankan alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi diri sendiri maupun bagi bayinya.

5. Pengurangan rasa sakit

Ada studi yang mendukung teori bahwa nyeri pada kala satu persalinan adalah akibat adanya dilatasi serviks, segmen bawah rahim, adanya tahanan yang berlawanan, tarikan serta perlukaan pada jaringan otot maupun ligamen-ligamen yang menopang struktur di atasnya. Teori tersebut dapat dijelaskan melalui faktor faktor berikut,

1. Regangan dari otot halus memberikan rangsangan pada nyeri visceral.
 2. Intensitas dan lamanya nyeri berhubungan dengan munculnya tekanan intrauterin yang berpengaruh pada dilatasi dari struktur tersebut.
 3. Saat serviks diperlebar secara cepat pada perempuan yang tidak bersalin misal pada saat dilakukan tindakan digital atau kuret, mereka mengalami nyeri seperti yang dialami oleh ibu bersalin.
- (Yanti, 2010)

2.1.3 Teori Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Sulistyawati, 2009)

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. (Ambarwati Eny, 2010)

2. Tahapan Masa Nifas

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

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. (Ambarwati Eny, 2010)

3. Tujuan Asuhan Masa Nifas

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

3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana, (Saifuddin, 2006).

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

1) Pengerutan rahim (involusi)

Involusi 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

Tabel 2.5 Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

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

(Suherni, 2009)

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan:

a. Lochea rubra/Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan mekonium

b. Lochea Sanguinolenta

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

c. Lochea Serosa

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

d. Lochea Alba/Putih

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan selaput jaringan yang mati. Berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk disebut lochea purulenta. Pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut lochea stasis, (Ambarwati Eny, 2010).

3) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak mengangah seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri oleh korpus uteri yang dapat

mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke 6 post partum, serviks sudah menutup kembali, (Sulistyawati Ari, 2009).

b) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Penurunan hormon esterogen pada masa post partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4, (Ambarwati Eny, 2010).

c) Perineum

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

2. 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. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, ambulasi awal. bila ini tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama proses persalinan berlangsung. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum, (Sulistiyawati Ari, 2009).

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan, (Ambarwati Eny, 2010).

5. Perubahan Tanda Vital

1) Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

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 perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya preeklampsia post partum

4) Pernafasan

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 Ari, 2009).

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

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

1. Fase taking in
 - a) Periode ketergantungan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan
 - b) Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri
 - c) Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya
 - d) Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung
 - e) Ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.
2. Fase taking hold
 - a) Berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan
 - b) Merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab merawat bayinya
 - c) Perasaan sangat sensitive, mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati
 - d) Memerlukan dukungan yang lebih dari suami dan keluarga untuk menerima penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya
3. Fase letting go
 - a) Menerima tanggung jawab dan peran barunya menjadi ibu
 - b) Berlangsung 10 hari setelah melahirkan
 - c) Sudah mulai menyesuaikan diri ketergantungan bayinya

- d) Mempunyai keinginan untuk merawat diri dan bayinya sendiri,
(Ambarwati Eny, 2010).

6. Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

1. Kebutuhan Nutrisi

- a. Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori
- b. Makan dengan diet seimbang, cukup protein, mineral dan vitamin
- c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui
- d. Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas
- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 UI (Sulistyawati Ari, 2009).

2. Ambulasi Dini

Disebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ibu sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum (Ambarwati Eny, 2010).

3. Eliminasi

a. Miksi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi post partum

b. Defekasi

Dalam 24 jam pertama pasien sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan di usus maka akan sulit untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama semakin mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus, (Sulistyawati Ari, 2009)

4. Kebersihan Diri

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

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit bayi. Kulit ibu yang kotor karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi
- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali sehari.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ibu selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- e. Jika mempunyai luka episiotomy, hindari untuk menyentuh daerah luka, (Sulistyawati Ari, 2009).

5. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Anjurkan ibu untuk:

- 1) Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan
- 2) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur
- 3) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan
- 4) Mengatur kegiatannya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang hari kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam, (Sulistyawati Ari, 2009).

6. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post partum sampai dengan 6 minggu), (Yanti, 2011).

7. Keluarga Berencana

Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu.

Kontrasepsi yang cocok untuk ibu masa nifas antara lain Metode Amenorhea Laktasi (MAL), pil progestin (mini pil), suntikan progestin, kontrasepsi implant, dan alat kontrasepsi dalam rahim.

7. Program dan Kebijakan Teknis

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

Tabel 2.6 Frekuensi kunjungan masa nifas :

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri. d. Pemberian asi awal. e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan dia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah persalinan / sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan). c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.
III	2 minggu post partum	Sama seperti diatas (6 hari post partum)
IV	6 minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dia alami atau bayinya. b. Memberikan konseling KB secara dini.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Helen Varney

1. Pengumpulan Data Dasar

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

1. Data Subjektif

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

2. Data Objektif

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

2. Interpretasi Data Dasar

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

Standar nomenklatur diagnosis kebidanan :

- a. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan

- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan,
(Asrinah, 2010)

3. **Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial**

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

4. **Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera**

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

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama perempuan tersebut bersama bidan terus menerus, (Asrinah, 2010).

5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya.

Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap bisa dilengkapi, (Asrinah, 2010).

6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana, (Asrinah, 2010).

7. Evaluasi

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

2.3 Penerapan Askeb

2.3.1 Kehamilan

I. Data Subjektif

a. Identitas

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. (Suryati 2011)

16-35 tahun (score puji rohyati)

b. Keluhan utama

keluhan yang di rasakan oleh klien pada tribulan ketiga yaitu sering kencing, keputihan, sesak nafas dan nyeri punggung (Asrinah, 2010)

c. Riwayat kebidanan

1) Kunjungan

a. 1 kali pada trimester pertama

b. 1 kali pada trimester kedua

c. 2 kali pada trimester ketiga (Sulistyawati Ari, 2010).

2) Riwayat menstruasi

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

b) Siklus : biasanya sekitar 23-32 hari, (Sulistyawati, 2010).

d. Riwayat obstetri yang lalu

Jumlah kehamilan jumlah anak hidup kelahiran premature, keguguran jenis perslinan, riwayat perdarahan, tekanan darah tinggi, berat bayi lahir, masalah/kelainan lain, (Saminem, 2010).

e. Riwayat kehamilan sekarang

1. Keluhan

- 1) Keluhan pada TM 1 : mual dan muntah, kelelahan atau fatigue, keputihan, mengidam, sering buang air kecil
- 2) Keluhan pada TM 2 : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki
- 3) Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, sering buang air kecil, leukore/keputihan, (Asrinah, 2010)

2. Pergerakan anak pertama kali :

ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir, (Varney 2007).

3. Frekwensi pergerakan janin dalam 3 jam terakhir :

Gerakan janin dalam 24 jam minimal sebanyak 10 kali (Asrinah, 2010).

4. Imunisasi yang sudah di dapat :

Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ke 3 (interval minimal 6 bulan dari dosis kedua) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke 3 dan

status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke empat, (Sulistyawati Ari, 2009).

f. Pola Kesehatan Fungsional

1. Nutrisi

kalori yang dibutuhkan 2500 kkl, didapatkan dari karbohidrat, lemak, dan protein. sekitar 0,5 gr/kg atau sebutir telur ayam sehari. Dan banyak minum 1,5-2 liter/hari.

2. Eliminasi

sering kembung, konstipasi serta Kencing lebih sering (polinuria)

3. Istirahat

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

4. Aktivitas

Ibu hamil boleh bekerja seperti biasa, cukup istirahat dan makan teratur, jangan berpergian terlalu lama dan melelahkan.

5. Seksual

Koitus tidak dihalangi kecuali bila ada sejarah, sering abortus/premature, perdarahan pervaginam. Pada minggu terakhir kehamilan koitus harus hati-hati, bila ketuban sudah pecah koitus dilarang, dikatakan orgasme pada hamil tua dapat menyebabkan kontraksi uterus- partus prematurus.

6. persepsi dan pemeliharaan kesehatan :

Ibu hamil tidak boleh mempunyai kebiasaan Seperti merokok dan minum obat – obatan

g. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada kehamilan, persalinan dan nifas ini, (Ambarwati Eny, 2010).

h. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya (Ambarwati Eny, 2010).

i. Riwayat psiko-sosial-spiritual trimester III

1. Emosional : Cenderung malas, lebih sensitiv, minta perhatian lebih, gampang mceemburu.
2. Psikologis : Merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya, khawatir bayi yang dilahirkan dalam keadaan tidak normal.
3. Spiritual : Ibu hamil pantang makanan yang berasal dari daging, ikan, dan gorengan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan pada janin.
4. Sosial : Adanya suatu dukungan positif dari keluarga, dan dengan adanya suatu peran yang aktif dari keluarga (Sulistyawati, 2011).

II. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda –tanda vital
 - 1) Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg
 - 2) Nadi : 80-100 kali / menit
 - 3) Pernafasan : 16-20 Kali / menit
 - 4) Suhu : 36,5-37,5⁰ C, (Jannah, 2012).

2. Antropometri

- a. BB : Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan yaitu 4 kg pada kehamilan trimester I. 0.5 kg/minggu pada kehamilan trimester II sampai III. Totalnya sekitar 15-16 kg, (Sulistyawati Ari, 2009).
- b. Tinggi Badan : > 145 cm
- c. Lingkar Lengan Atas : standart minimal untuk ukuran Lingkar Lengan Atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23.5 cm, (Kusmiati, 2010).
- d. Taksiran persalinan : untuk menentukan taksiran persalinan (HPL) biasanya digunakan rumus Neagle, yaitu sebagai berikut.

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

(Sulistyawati Ari, 2009).

- e. Usia Kehamilan : Rumus Mc.Donald yaitu Tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu, (Kusmiati, 2010).

3. Pemeriksaan fisik

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

- i. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi TFU 3 jari di bawah px
- a) Leopold I : teraba bagian keras, bulat, melenting pada fundus
- b) Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan
- c) Leopold III : Diatas simphisis teraba bagian yang bulat, tidak melenting dan lunak yaitu bokong
- d) Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul, (Rukiyah dan Yulianti, 2010).
- e) TFU Mc. Donald : 29-30 cm, (Baihaqi, 2010).
- f) TBJ/EFW: taksiran berat janin ditentukan berdasarkan rumus Johnson Toshack. $TBJ = [TFU \text{ (dalam cm)} - N] \times 155$.
- N = 13 bila kepala belum melewati PAP
- N = 12 bila kepala masih berada diatas spina ischiadika
- N = 11 bila kepala masih berada di bawah spina ischiadika
- g) DJJ : normal 120–160 x/menit dan teratur (Baety, 2012).
- j. Genetalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak odema, tidak varises.
- k. Ekstremitas : pemeriksaan ekstermitas atas untuk melihat adanya edema pada jari
- Pemeriksaan ekstermitas bawah untuk melihata adanya edema pada pergelangan kaki dan pretibia, reflek tendon dalam pada

kuadrisep(kedutan lutut (knee-jerk)), varices dan tanda homans, jika ada indikasi, (Varney 2007) .

4. Pemeriksaan panggul

- a) Distancia Spinarum : 24-26 cm.
- b) Distancia cristarum : 28-30 cm.
- c) Conjugata eksterna : 18-20 cm
- d) Lingkar panggul : 80-90 cm
- e) Distancia tuberum : 10,5 cm, (Jannah, 2012).

5. Pemeriksaan laboratorium

- a. Darah : Hb Trimester III : 11,0-12,2 gr%, (Medforth, 2011).
- b. Urine : Reduksi : negatif
Albumine : negative

6. Pemeriksaan lain :

USG : USG umumnya dilakukan pada 6 minggu terakhir kehamilan untuk melihat posisi janin dan posisi plasenta (Rahmawati, 2012).

III. Assesment

a. Interpretasi data dasar

- 1) Diagnosa : G PAPIAH, UK, hidup, tunggal, letak, intra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan ibu dan janin
- 2) Masalah : sesak nafas, insomnia, cemas meningkat, epulis, sering berkemih, rasa tidak nyaman diperineum, Braxton Hicks, kram tungkai, edema mata kaki sampai tungkai.

3) Kebutuhan : HE aktivitas, istirahat, nutrisi, hygiene, (Varney, 2007).

b. Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

c. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera :

Tidak ada

IV. Planning

Intervensi

- a. Bina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga suatu mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika diperlukan.
- b. Deteksi masalah yang dapat diobati sebelum menjadi bersifat mengancam.
- c. Cegah masalah seperti tetanus neonatorium, anemia defisiensi besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan.
- d. Mulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- e. Dorong perilaku yang sehat (nutrisi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).
- f. Lakukan kewaspadaan khusus mengenai hipertensi dalam kehamilan (tanya ibu mengenai gejala hipertensi, pantau tekanan darahnya, edema, proteinuria), (Asrinah, 2010).

2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

keluhan yang dirasakan oleh klien yaitu sejak kapan perut terasa nyeri (mules), jarak setiap rasa sakit, lamanya rasa sakit, dan sudah mengeluarkan lendir bercampur darah, atau cairan, (Manuaba, 2010).

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

3. Riwayat Kehamilan Sekarang

a. Pergerakan anak pertama kali : ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir, (Varney, 2007).

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

4. Pola Kesehatan Fungsional

a) Nutrisi : Menjelang persalinan ibu diperbolehkan makan dan minum sebagai asupan nutrisi yang dipergunakan nanti untuk kekuatan mengejan.

b) Eliminasi : Keinginan untuk berkemih pada ibu inpartu sering terganggu dengan adanya kontraksi, setiap 4 jam kandung kemih harus segera dikosongkan supaya tidak menghambat penurunan bagian terendah janin, (Sumarah, 2009).

c) Istirahat : Pada proses persalinan klien dapat miring kiri tujuannya memperlancar proses oksigenasi pada bayi . Klien dapat mengatur teknik relaksasi atau istirahat sewaktu tidak ada kontraksi.

Dengan mengatur teknik relaksasi / istirahat dapat membantu mengeluarkan hormon endorfin dalam tubuh, (Yanti, 2009).

- d) Aktivitas : Ibu yang berada pada persalinan harus mampu berambulasi ketika dan selama ia menginginkannya. Berjalan pada awal persalinan dapat menstimulasi persalinan. Ibu bebas berjalan, duduk di kursi menggunakan toilet, tidak hanya berbaring di tempat tidur saja, (Varney 2007).

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda –tanda vital
 - a) Tekanan darah : 110/70 – 130/90 mmHg.
 - b) Nadi : 80 -100 x /menit, teratur.
 - c) Pernafasan : 16- 20 x / menit, teratur.
 - d) Suhu : 36,5 °C – 37, 5⁰ C aksila, (Jannah, 2012)

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sama halnya pada kehamilan akan tetapi terjadi perubahan pada pemeriksaan abdomen dan genetalia

- 1) Abdomen :
 - a) Leopold I : sama dengan penerapan askeb pada kehamilan
 - b) Leopold II : sama dengan penerapan askeb pada
 - c) Leopold III : sama dengan penerapan askeb pada kehamilan

d) Leopold IV : mengetahui bagian janin yang ada di bawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum. Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul.

Dengan metode perlimaian:

(1) 5/5 : jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.

(2) 4/5 : jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

(3) 3/5 : jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

(4) 2/5 : jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.

(5) 1/5 : jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.

(6) 0/5 : jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Depkes RI, 2008:44).

e) TFU Mc.Donald : sama dengan penerapan askeb pada kehamilan

f) TBJ : sama dengan penerapan askeb pada kehamilan

g) DJJ: sama dengan penerapan askeb pada kehamilan

- h) His : pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit dalam kontraksi 40 detik atau lebih (Depkes RI, 2008)
- 2) Genetalia : vulva vagina tidak odema dan varices, tidak ada condiloma accuminata, terdapat pengeluaran lendir bercampur darah.
3. Pemeriksaan dalam : VT Ø 1-10 cm, eff 25-100%, ketuban (negatif/positif), jernih, letak kepala ⊕ , denominator, hodge I-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin, (Mochtar, 2011).

ASSESSMENT

1. Interpretasi data dasar

- a. Diagnose : G PAPIAH, UK, hidup, tunggal, letak, intra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu dan janin.
- b. Masalah : Klien khawatir / takut akan dirinya dengan kondisi saat ini. Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng – kenceng, (Reeder, 2011).
- c. Kebutuhan :

Berikan asuhan sayang ibu

KIE teknik relaksasi

2. Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada

PLANNING

Kala I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama untuk multigravida tidak lebih dari 7 jam dan untuk primigravida 13 jam diharapkan terdapat tanda dan gejala kala II

Kriteria Hasil :

1. k/u ibu & janin baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah <140/90, Nadi 60-100 x/menit, Suhu 36,5-37,5⁰C, pernafasan 16-20x/menit) dan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
2. His semakin adekuat dan teratur ($\geq 3x$ dalam 10 menit lama ≥ 40 detik)
3. terdapat penurunan kepala janin
4. terdapat pembuka dan penipisan serviks
5. pembukaan lengkap 10 cm eff 100 %
6. terdapat dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka

1. Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.
Rasionalisasi : Alih informasi antara bidan dengan klien.
2. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
Rasionalisasi : dengan mempersiapkan ruangan sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses persalinan.
3. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

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

4. Beri asuhan sayang ibu

1) Berikan dukungan emosional.

Rasionalisasi : Keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan

2) Atur posisi ibu.

Rasionalisasi : Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasionalisasi : Pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan.

4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasionalisasi : Tidak mengganggu proses penurunan kepala.

5) Lakukan pencegahan infeksi.

Rasionalisasi : Terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang, (JNPK, 2008).

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

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

6. Observasi DJJ setiap 30 menit.

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

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

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

8. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

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

Kala II

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

Kriteria Hasil :

1. k/u ibu & janin baik
2. TTV dalam batas normal (Tekanan darah $<140/90$, Nadi 60-100 x/menit, Suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$, pernafasan 16-20x/menit) dan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
3. Ibu kuat meneran
4. Bayi lahir spontan B
5. Tangis bayi kuat
6. Bayi bergerak aktif
7. Warna kulit kemerahan

Intervensi

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

13. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu ada dorongan untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan,berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika belum ada dorongan untuk meneran
15. Letakkan handuk bersih diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Periksa adanya lilitan tali pusat, dan mengendorkan tali pusat.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran pada saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggahh kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari-jari lainnya). Kemudian letakkan bayi diatas perut ibu.
25. Nilai segera bayi baru lahir.
26. Keringkan tuuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpaa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan membiarkan bayi diatas perut ibu.
27. Letakkan kain bersih dan kering pada perut ibu. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

Kala III

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

Kriteria Hasil :

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

Intervensi

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

38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.
39. Lakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, dan selaput ketuban lengkap dan utuh.

Kala IV

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

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

Intervensi

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan
43. Membiarkan bayi diatas perut ibu
44. Menimbang berat badan bayi, tetesi mata dengan salep mata, injeksi vit k (paha kiri)
45. Memberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit k

46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginaan
47. Mengajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi dan kandung kemih
50. Memeriksa pernafasan dan temperatur tubuh
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk mendekontaminasi cuci dan bilas perlatan setelah didekontaminasi
52. Membuang bahan – bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban lendir dan darah
54. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan menganjurkan mobilisasi dini
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan rendam selama 10 menit
57. Mencuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir
58. Melengkapi Partograf

2.3.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Nifas

I. Subyektif

- 1) Keluhan Utama (PQRST) : Nyeri pada luka jahitan, mules , nyeri dan bengkak pada payudara, cemas
- 2) Riwayat obstetri yang lalu
- 3) Pola Kesehatan Fungsional
 - a. Nutrisi : Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pasca partum mencapai 500 kkal.
 - b. Eliminasi :
 - a) BAB : harus dilakukan dalam 24 jam pertama.
 - b) BAK : pasien harus dapat BAK alam 6 jam pertama post partum.
 - c. Istirahat : Beristirahat yang cukup (8 jam sehari) sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya.
 - d. Aktivitas : Membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan.
 - e. Seksual : Setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran.
 - f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan
 - a) Mengonsumsi tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari.
 - b) Mengonsumsi vitamin A 200.000 IU, (Suherni, 2009).
- 4) Riwayat Psikososiospiritual

Adanya respon positif dari ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayi, (Sulistyawati Ari, 2009).

II. OBYEKTIF

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

- a. Payudara : membesar, adanya hiperpigmentasi areola, kebersihan cukup, colostrums sudah keluar, (Sofian, 2011).
- b. Abdomen : TFU: 2 jari bawah pusat, Kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, (Suherni, 2009).
- c. Genetalia : Terdapat lochia rubra (cruenta), oedema, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus, (Suherni, 2009).

III. ASSESMENT

1. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH, 2 jam post partum
- c. Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaren payudara, keringat berlebih, Nyeri perineum, (Varney, 2007).
- d. Kebutuhan : HE mobilisasi, nutrisi, aktivitas, personal hygiene.

2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Tidak ada

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

IV. PLANNING

Tujuan : Ibu dapat mengetahui penyebab dan cara mengatasi masalah

- Kriteria Hasil : a. Ibu tidak cemas
- b. k / u ibu baik
- c. Tidak terjadi HPP

Intervensi

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

Tabel 2.7 frekuensi kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah perdarahan masa nifas oleh kaena atonia uteri - Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan ; rujuk bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. - Pemberian ASI awal - Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. - Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. - Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. - Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
III	2 minggu post	Sama seperti diatas (6 hari setelah persainan)

	partum	
IV	6 minggu Post partum	- Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. - Memberikan konseling untuk KB secara dini

(Suherni, 2009)