

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, dan Nifas

2.1.1 Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. (Varney Midwifery Edisi 4 Vol.1 : 2007 : 492)

Kehamilan adalah matarantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Chandranita Manuaba : 2010 : 75)

2. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil

1. Sistem endokrin
 - a. Hormon Estrogen dan Progesterone

Produksi estrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil. Sedangkan progesterone lebih banyak dari estrogen. Pada akhir kehamilan produksinya sekitar 250 mg/hari. Progesterone menyebabkan penyimpanan lemak dalam jaringan subkutan di abdomen, punggung, dan paha atas. Lemak tersebut berguna untuk cadangan energy pada masa kehamilan dan menyusui.

b. Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan karena ditekan oleh estrogen dan progesterone plasenta.

c. Cortisol

Pada awalnya kehamilan, kadar kortisol turun secara mencolok. Seiring dengan bertambahnya kehamilan, kadar kortisol meningkat. Fungsi kortisol untuk mempertahankan homeostasis dan meningkatkan gula darah.

d. Aldesteron, Renin, dan Angiostensin

Setelah minggu ke 15 kehamilan, aldesteron meningkat besar sekali, menyebabkan retensi natrium dan air. Kadar aldesteron, rennin dan angiostesin yang meningkat menyebabkan naiknya volume intravaskuler.

e. HCG (Human Chorionic Gonadotropin)

Sel trofloblast ovum yang baru mengalami fertilisasi mengeluarkan hormone HCG yang berfungsi mempertahankan corpus luteum. Corpus luteum menghasilkan lebih banyak hormone estrogen dan progesterone yang menyebabkan endometrium terus tumbuh dan menyimpan zat-zat gizi dalam jumlah besar. Kadar HCG mencapai puncak pada sebelum 16 minggu, dari 18 minggu ke atas relative konstan.

f. HPL (Human Plasenta Laktogen) atau Chorionic Somatotropin

Merupakan hormone metabolic umum yang mempunyai dampak nutrisi spesifik bagi ibu dan fetus. Berfungsi membantu perkembangan payudara, sebagai hormone pertumbuhan, menyebabkan penurunan glukosa ibu sehingga menyediakan glukosa dalam jumlah lebih banyak bagi fetus untuk memenuhi nutrisi fetus, merangsang pelepasan asam lemak bebas dari tempat

penyimpanan lemak pada ibu, jadi memberikan sumber energy pengganti untuk metabolisme ibu.

g. Prolaktin

Selama kehamilan terdapat peningkatan kadar prolaktin di dalam plasma ibu mencapai konsentrasi rata-rata 150 mg/ml sebagai akibat kenaikan sekresi estrogen. Sebaliknya setelah kelahiran ada penurunan konsentrasi prolaktin plasma sekalipun pada wanita menyusui. Prolaktin berfungsi mempersiapkan dan menjaga kelangsungan laktasi. (Indrayani, Buku Ajar Asuhan Kebidanan, 2011, hal 108-110)

2. Sistem kardiovaskular

pada kehamilan normal akan terjadi perubahan invasi trofoblas ke dalam lapisan otot arteri spiral, yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi dilatasi spiral. Invasi trofoblas juga memasuki jaringan sekitar arteri spiral, sehingga jaringan matriks menjadi gembur dan memudahkan lumen arteri spiral mengalami distensi dan dilatasi. Distensi dan vasodilatasi lumen arteri spiral ini memberi dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vaskuler, dan peningkatan aliran darah pada daerah utero plasenta. (Sarwono :2009 :533)

a. Volume

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

jantung akan bertambah kira-kira 30 %. Nilai normal HB pada ibu hamil adalah 10,5- 14,0 gr%. (Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998 , hal. 109)

b. Sel darah

b. Sel darah merah meningkat jumlahnya, namun penambahan plasma jauh lebih besar sehingga konsentrasi dalam darah menjadi lebih dan jumlah leukosit meningkat sampai 10.000/ml dan produksi trombosit pun meningkat. Jumlah protein, albumin dan globulin menurun pada triwulan pertama dan meningkat perlahan-lahan pada akhir kehamilan, sedangkan betaglobulin dan bagian-bagian fibrinogen terus meningkat. (Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998 , hal. 109)

3. Sistem respirasi

Pada wanita hamil, kebutuhan O₂ meningkat kira-kira 20 %. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur hamil 32 minggu. Oleh sebab itu ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25 % dari biasanya. (Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998 , hal. 109)

4. Traktus digestivus

Karena pengaruh hormon estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat sehingga :

- c. Penegluaran air liur berlebihan (hipersalivasi).
- d. Terjadi mual dan pusing terutama pagi hari (morning sickness).
- e. Muntah (emesis gravidarum).
- f. Progesteron menyebabkan gerak usus berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi. (Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998 , hal. 109)

5. Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang memulai membesar, sehingga timbul sering kencing. Gangguan ini terjadi lagi pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, menyebabkan kandung kencing tertekan dan timbul gangguan sering kencing kembali. Pada glomerulus bertambah sekitar 69 % oleh karena hemodilusi. Ureter lebih membesar selama kehamilan karena pengaruh progesteron, ureter kanan lebih membesar daripada ureter kiri karena lebih banyak mendapat tekanan dari kolon dan sigmoid di sebelah kiri dan tekanan rahim yang membesar sehingga terjadi perputaran rahim ke arah kanan. (Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998 , hal. 110)

6. Kulit

Terjadi hiperpigmentasi antara lain striae gravidarum, livide dan alba pada areola mammae dan papilla mammae, linea nigra dan alba, chloasma gravidarum (pada pipi), hiperpigmentasi disebabkan oleh pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior. (Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998 , hal. 110)

7. Metabolisme

- a. Terjadi peningkatan metabolisme basal (BMR) sehingga 15-20% terutama pada trimester terakhir.
- b. Keperluan protein meningkat untuk pertumbuhan, perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan dan persiapan laktasi, kebutuhan protein kurang lebih $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
- c. Kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg/lebih per 100 cc.

d. Metabolisme mineral.

- 1) Kalsium :1,5 gram sehari untuk pertumbuhan tulang 30-40 gram.
- 2) Fosfor :2 gram/hari.
- 3) Zat besi :± 800 mg / 30-50 mg/hari.
- 4) Air :cenderung mengalami retensi cairan.

8. Tulang dan gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen melunak, juga terjadi sedikit pelebaran pada tulang persendian. Apabila kebutuhan kalsium janin kurang dari pemberian makanan, maka kekurangan itu akan diambil dari kalsium pada tulang-tulang ibu. Oleh sebab itu pemberian tambahan kalsium pada ibu yang hamil sangat penting untuk mencegah osteoporosis. (Mochtar Rustam, Sinopsis Obstetri, 1998, hal. 38).

3. Perubahan psikologis dalam masa kehamilan

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Sejumlah ketakutan muncul, wanita mungkin merasa cema dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Depresi ringan

merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain lebih lanjut dan lebih menutup diri karena perasaan rentannya.

Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. Alternatif posisi dalam berhubungan seksual dan metode alternative untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau dapat menimbulkan perasaan bersalah jika wanita merasa tidak nyaman dengan cara- cara tersebut. Berbagi perasaan secara jujur dengan pasangan dan konsultasi menjadi sangat penting. (Varney Midwifery edisi 4 vol.1 : 2007 : 504)

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

1. Faktor usia

Usia ideal ibu hamil adalah 16-35 thn. Ibu hamil pada umur ≤ 16 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Ibu yang hamil pada umur ≥ 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan yang menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

2. Status gizi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang cukup sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar bisa memenuhi kebutuhan atau nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya, sekaligus bagi persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman. Selama proses kehamilan, bayi sangat membutuhkan zat-zat penting yang hanya dapat dipenuhi dari ibu. Kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu hamil kalori 2500 kalori, protein 85 gr/hr,

kalsium 1,5 gr/hr, zat besi 30 mg/hr. Pemenuhan gizi seimbang selama hamil akan meningkatkan kesehatan bayi dan ibu, terutama dalam menghadapi masa nifas sebagai modal awal untuk menyusui. (Asrinah : 2010 : 87)

3. Gaya hidup

Selain pola makan, yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang, ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang perempuan hamil, misalnya kebiasaan begadang, berpergian jauh dengan kendaraan bermotor dan lain-lain.

a. Substance abuse

Beberapa jenis obat-obatan bisa menghambat terjadinya kehamilan atau membahayakan bayi dalam kandungan. Jika ibu minum obat secara teratur, misalnya untuk mengatasi epilepsy atau diabetes, mintalah nasihat dokter saat memutuskan untuk hamil. Aspirin dan sulfanilamide cukup aman pada awal kehamilan, namun banyak yang belum diketahui mengenai efek jangka panjang pada janin.

b. Perokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan perokok berat kita harus waspada akan resiko keguguran, kelahiran premature, BBLR, bahkan kematian janin. (Asrinah : 2010 : 88)

4. Faktor psikologis

a. Stresor internal

Meliputi faktor-faktor pemicu stress ibu hamil yang berasal dari ibu sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat mempengaruhi perkembangan bayi, yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir. Anak akan tumbuh dengan kepribadian yang kurang baik, tergantung pada kondisi stress yang dialami oleh ibunya.

b. Stresor eksternal

Pemicu stress yang berasal dari luar bentuknya sangat bervariasi. Misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan dan masih banyak kasus lain.

c. Dukungan keluarga

Pada setiap tahap usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Ibu harus melakukan adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi, di mana sumber stress terbesar terjadi karena sedang melakukan adaptasi terhadap kondisi tertentu. Dalam menjalani proses ini, ibu hamil sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga, dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

d. Substance abuse

Kekerasan yang dialami oleh ibu hamil di masa kecil akan sangat membekas dan sangat mempengaruhi kepribadiannya. Ini perlu diperhatikan karena pada klien yang mengalami riwayat ini, tenaga kesehatan harus lebih maksimal dalam menempatkan diri sebagai teman atau pendamping yang bisa

dijadikan tempat bersandar bagi klien dalam masalah kesehatan, Klien dengan riwayat ini biasanya tumbuh dengan kepribadian yang tertutup.

e. Partner abuse

Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap perempuan adalah perempuan yang telah bersuami. Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai kekerasan yang terjadi akan membahayakan ibu dan bayinya. Efek psikologis yang muncul adalah gangguan rasa nyaman ibu. Sewaktu-waktu ibu akan mengalami perasaan terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. (Asrinah : 2010: 89)

5. Faktor lingkungan, social, budaya, ekonomi.

a. Kebiasaan adat istiadat

Ada beberapa kebiasaan adat istiadat yang merugikan kesehatan ibu hamil. Tenaga kesehatan harus mampu menyikapi hal ini secara bijaksana, jangan sampai menyinggung kearifan local yang sudah berlaku di daerah tersebut. Penyampaian mengenai pengaruh adat bisa melalui berbagai cara, misalnya melalui media massa, pendekatan tokoh masyarakat dan penyuluhan yang menggunakan media efektif. Namun, tenaga kesehatan juga tidak boleh mengesampingkan adanya kebiasaan yang sebenarnya menguntungkan bagi kesehatan.

b. Fasilitas kesehatan

Adanya fasilitas kesehatan yang memadai akan sangat menentukan kualitas pelayanan kepada ibu hamil. Deteksi dini terhadap kemungkinan adanya penyulit akan lebih cepat diambil. Fasilitas kesehatan sangat menentukan atau berpengaruh terhadap upaya penurunan angka kematian ibu (AKI)

c. Ekonomi

Tingkat social ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat social ekonomi yang baik, otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi juga akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas. Selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir. Ibu akan lebih fokus untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya sebagai seorang ibu. Sementara pada ibu hamil dengan kondisi ekonomi yang lemah, ia akan mendapatkan banyak kesulitan, terutama mengenai pemenuhan kebutuhan primer. (Asrinah : 2010 : 90)

6. Ketidaknyamanan dan cara mengatasinya

Tabel 4.1 ketidaknyamanan dan cara mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil (trimester I dan III)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap
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.
6.	Sakit punggung atas dan bawah (trimester II dan III)	a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

(Asrinah : 2010 : 111)

7. Tanda dan bahaya kehamilan

Tanda-tanda bahaya dalam kehamilan antara lain :

- a. Perdarahan pervaginam.
- b. Nyeri abdomen.
- c. Kondisi hipertensi
 - 1) Gangguan penglihatan, kabur, melihat ada bintik hitam.
 - 2) Bengkak di muka atau jari dan ujung sakrum.
 - 3) Nyeri kepala hebat, kadang-kadang atau terus menerus.
 - 4) Otot sangat sensitif atau kejang-kejang.
 - 5) Nyeri epigastrium (sakit perut hebat).
- d. Infeksi
 - 1) Panas – demam.
 - 2) Kencing panas
 - 3) Diare.
- e. Diabetes melitus.
- f. Pengeluaran cairan dari vagina : air ketuban.
- g. Janin tidak bergerak sebanyak biasanya. Minimal gerakan bayi terjadi 3 kali dalam 3 jam. (Bobak, , 2000, hal. 358)

8. Kebutuhan dasar ibu hamil

Kebutuhan fisik ibu hamil trimester III

1. Nutrisi

a. Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan oleh ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Ibu hamil untuk memenuhi kalorinya dianjurkan untuk makan minimal makan 3x / hr dengan nasi 1 piring(242 kkal) satu potong ayam goreng (138 kkal), tempe (320 kkal) dan susu (146 kkal). Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeklampsia. Total penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 9-13 kg selama hamil.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 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), tempe (30,7 gram), 1 butir telur (6,1 gram) dan susu (7,86 gram)). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

d. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. 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 the, coklat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarin) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta. (Asrinah : 2010 : 95)

2. Personal hygiene (Kebersihan pribadi)

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme, sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal doueche*.

3. Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil :

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara,
- d. Memakai sepatu dengan hak rendah.
- e. Pakaian dalam keadaan selalu bersih.

4. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut kosong dapat merangsang gerak peristaltic usus. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih.

Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan saat ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi. (Asrinah : 2010 : 96)

5. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini :

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur.
- b. Perdarahan per vaginam.
- c. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.
- d. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri.

6. Mobilisasi, bodi mekanik

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur malam. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini, dibutuhkan sikap tubuh yang baik.(Asrinah : 2010 : 97)

7. Exercise / senam hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak member I manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara

mencejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu member dorongn serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah.(Asrinah : 2010 : 98)

8. Istirahat / tidur

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.

9. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut

- a. Biaya : Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin (tabulin), atau menabung di bank.
- b. Penentuan tempat serta penolong persalinan
- c. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.
- d. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.

- e. Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain).
- f. Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama).
- g. Persiapan persalinan yang tidak kalah pentingnya adalah transportasi, misalnya jarak tempuh dari rumah dan tujuan memutuskan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan. (Asrinah : 2010 : 107)

9. Standar Asuhan Kehamilan

1) Timbang berat badan.

Secara perlahan berat badan ibu hamil akan mengalami kenaikan antara 9-13 kg selama kehamilan atau sama dengan 0.5 kg per minggu atau 2 kg dalam satu bulan. Penambahan BB ibu selama kehamilan sebagian besar terdiri atas penambahan BB bayi, plasenta, serta air ketuban dan sebagian lagi berasal dari penambahan BB ibu sendiri (Hanni Umami: 2010: 10)

2) Ukur Tekanan Darah.

Tekanan darah normal antara 90/60 hingga 140/90 dan tidak banyak meningkat selama kehamilan. (Hanni Umami: 2010: 10)

3) Ukur Tinggi Fundus Uteri

Uterus semakin membesar seiring dengan penambahan usia kehamilan, pemeriksaan tinggi fundus uteri dilakukan dengan membandingkan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir), dan diukur dengan menggunakan palpasi (metode jari) atau meteran terhadap TFU. (Hanni Umami: 2010: 10)

4) Imunisasi Tetanus Toksoid

Tabel 4.2 :Pemberian ImunisasiTT

Imunisasi TT	Selang waktu minimal	Lama perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	
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/ seumur hidup

(Hanni Ummi: 2010: 11)

5) Beri Tablet Darah

Selama kehamilan seorang ibu hamil minimal harus mendapatkan 90 tablet tambah darah (Fe), karena sulit mendapatkan zat besi dengan jumlah yang cukup dari makanan. Ingatkan bahwa zat besi menyebabkan mual, konstipasi, serta perubahan warna feses, maka saran yang dianjurkan adalah minum tablet zat besi pada malam hari untuk menghindari perasaan mual, tablet besi sebaiknya diberikan saat diketahui ibu tersebut hamil sampai 1 bulan sesudah persalinan. (Hanni Ummi: 2010: 11)

6) Tes terhadap PMS (Penyakit Menular Seksual)

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. (Hanni Ummi: 2010: 12)

7) Temu Wicara/ Konseling tentang :

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. (Hanni Umami: 2010: 12)

10. Pemeriksaan Fisik Kehamilan Dengan Kunjungan Ulang

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil digunakan untuk mengetahui kondisi pasien secara menyeluruh dari kepala sampai kaki. Langkah – langkah pemeriksaan fisik sebaiknya secara sistemis. Di awali dari :

1. Keadaan umum pasien : baik, cukup, atau lemah.
2. Kesadaran : compos mentis, somnolen, apatis, atau lainnya.
3. Tanda – tanda vital normalnya: pernafasan 16 – 24x/menit, nadi 80 – 100 x/menit, suhu 36,5 °C – 37,5 °C, tekanan darah 110/70 mmHg – 130/90. Adanya kenaikan sistolik melebihi 30 mmHg, dan kenaikan diastol 15 mmHg atau tekanan darah melebihi 140/90 mmHg harus diwaspadai sebab keadaan ini merupakan salah satu gejala pre eklmasia.
4. Pengukuran berat badan

Berat badan ibu hamil perlu dikontrol secara teratur paling tidak setiap kali kunjungan pemeriksaan kehamilan. Kenaikan berat badan wanita hamil rata-rata 6,5-16 kg. Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu

5. Pemeriksaan Head To Toe

Pemeriksaan tidak hanya dilakukan secara pandang tetapi sekaligus dengan rabaan, pemeriksaan diawali dari :

- a. Wajah : oedema pada wajah dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki. 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 proresi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen (Bobak, 2012).
- d. Dada : 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 hiperpigmentasi 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.

Pemeriksaan auskultasi DJJ: menentukan kesejahteraan janin dalam kandungan, membantu meyakinkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold terhadap presentasi dan posisi janin dalam kandungan. Normalnya 120 – 160 x/menit.

g. Genitalia eksterna dan anus

Odema pada vulva sebagai bendungan lokal atau bagian dari edema umum pada malnutrisi atau preeklamsia (Mayuputri, 2012). Varises pada kehamilan karena reaksi sistem 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 : odema bisa disebabkan karena tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki (Pondokiklan, 2010). Varises karena reaksi sistem 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).

6. Pemeriksaan panggul luar

Dilakukan pelvimetris klinis pada akhir trimester III jika panggul perlu dievaluasi kembali. Normalnya yaitu : 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.

11. Penatalaksanaan yang dilakukan oleh bidan pada setiap kunjungan TM

III

- a. Membina hubungan percaya antara bidan dan ibu hamil.
- b. Mendeteksi masalah dan mengatasinya.
- c. Memberitahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan.
- d. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan.
- e. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat (cara sehat bagi ibu hamil, nutrisi dan tanda- tanda bahaya kehamilan).
- f. Memberikan tablet besi.
- g. Mendiskusikan persiapan kelahiran bayi.
- h. Kewaspadaan khusus terhadap preeklamsi.
- i. Deteksi letak janin dan kehamilan ganda.
- j. Menjadwalkan kunjungan berikutnya(saminem: 2010: 55-56)

12. Pendekatan Resiko untuk Ibu Hamil

Tujuan pendekatan resiko :

Meningkatkan mutu pelayanan kepada semua ibu hamil, janin dan bayi baru lahir sebagai satu kesatuan (*one entity atau d'yad*), tetapi perhatian khusus dan lebih

intensip diberikan kepada mereka yang mempunyai peluang terjadinya resiko yang lebih besar.

Upaya untuk mencapai tujuan tersebut antara lain melalui :

- (1) Meningkatkan cakupan, kemudian kepada semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatang untuk deteksi dini secara pro-aktif, yaitu mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor resiko pada kehamilan.
- (2) Meningkatkan kualitas pelayanan dengan kondisi dan faktor resiko yang ada pada ibu hamil.
- (3) Meningkatkan akses rujukan yaitu pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan ibu sesuai dengan faktor resikonya melalui rujukan terencana bagi ibu/janin resiko tinggi masih sehat, Ibu Ada Gawat Darurat Obstetrik/ADGO misalnya eklampsi dan ibu dengan komplikasi dini.

Resiko adalah suatu ukuran yang statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan bayi. Ukuran resiko itu dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut **skor**. Skor merupakan bobot perkiraan dari berat atau ringannya resiko/bahaya. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi 3 kelompok :

- (1) Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Kehamilan tanpa masalah atau faktor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

(2) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat.

(3) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

Kehamilan dengan faktor resiko :

- a. Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat darurat bagi jiwa ibu dan atau bayinya, membutuhkan dirujuk dan tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan atau bayinya.
- b. Ibu dengan faktor resiko dua atau lebih, tingkat faktor resiko kegawatan meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter Spesialis.

Kelompok faktor resiko atau masalah pada ibu hamil dikelompokkan 3 dalam tiga kelompok I, II, III, berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat/tingkat resikonya. Kapan ditemukan : pada kehamilan muda atau lanjut.

(1) Cara pengenalan : adanya faktor resiko dapat dikenali oleh setiap orang dengan mudah atau diduga.

(2) Tingkat dan sifat resiko, sesuai dengan derajat kegawatannya :

- a) Ada Potensi Gawat Obstetrik / APGO, ada masalah yang perlu diwaspadai
- b) Ada Gawat Obstetrik / AGO, ada tanda bahaya awal
- c) Ada Gawat Darurat Obstetrik / AGDO, yang mengancam nyawa ibu dan bayi

Jumlah faktor resiko/masalah pada ibu Kelompok I, II, III

(1) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik / APGO

- a) 10 faktor resiko (7 terlalu, 3 pernah)
- b) Kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan.
- c) Tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit komplikasi dalam persalinan.

Tabel 2.3 Faktor resiko Kelompok I adalah :

No	Faktro Resiko (FR I)	Batasan-kondisi ibu
1.	Primi muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
2.	Primi tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3.	Primi tua sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4.	Anak terkecil ≤ 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 tahun
5.	Grande multi	Terlalu banyak anak 4 atau lebih
6.	Umur ≥ 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7.	Tinggi badan ≤ 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan : a. Hamil pertama b. Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan bayi cukup bulan dan hidup
8.	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu : a. Hamil yang kedua, yang pertama gagal b. Hamil ketiga atau lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali c. Hamil terakhir bayi mati
9.	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah infus atau tranfusi darah pada perdarahan paska persalinan
10.	Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini.

Sumber : Poedji Rochjati, 2013

(2) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik / AGO

- a. 8 faktor resiko
- b. Ada bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat

Tabel 2.4 Faktor resiko Kelompok II adalah :

No	Faktor Resiko (FR II)	Kondisi Ibu
11.	Penyakit ibu hamil :	
	a. Anemia	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-kunang
	b. Malaria	Panas tinggi, menggigil, keluar keringat, sakit kepala
	c. Tuberkulosis paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	d. Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak
	e. Kencing manis	Diketahui dengan diagnosis dokter dengan pemeriksaan lab
	f. PMS, dll	Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan lab
12.	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
13.	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa di banyak tempat
14.	Hamil kembar air / hydramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
15.	Hamil lebih bulan / hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih dari 2 minggu belum melahirkan
16.	Janin mati didalam rahim ibu	Ibu tidak merasakan gerakan janin lagi, perut semakin mengecil
	Kelainan letak :	Rasa berat (menggandol) menunjukkan letak dari kepala janin :
17.	Letak sungsang	a. Di atas perut: kepala bayi ada di atas dalam rahim
		b. Disamping perut: kepala bayi di dalam rahim
18.	Letak lintang	terletak di sebelah kanan atau kiri

Sumber : Poedji Rochjati, 2013

(3) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik / AGDO

- a. 2 faktor resiko
- b. Ada ancaman ibu dan bayi

Tabel 2.5 Faktor resiko Kelompok III adalah :

No	Faktor Resiko (FR III)	Kondisi Ibu
19.	Perdarah sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah waktu hamil, sebelum kelahiran bayi
20.	Preeklamsia berat / eklamsia	Pada 6 bulan lebih: sakit kepala/pusing. Bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine dan albumin Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

Sumber : Poedji Rochjati, 2013

Ibu dengan faktor resiko kelompok III sangat membutuhkan pengenalan dini, dirujuk dengan segera tepat waktu, penanganan adekuat dipusat rujukan dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayinya (Poedji Rochjati, 2003)

2.1.2 Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Helen Varney Vol. 2, 2007 : 672)

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. (Buku panduan APN, 2008 : 39)

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Sarwono Prawirohardjo, 2010 : 100)

2. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

- a. Penipisan dan pembukaan serviks
- b. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
- c. Cairan lendir bercampur darah “*show*” melalui vagina.(APN :2008 : 39)

3. Komponen Janin

- a. Letak

adalah hubungan antara sumbu panjang janin sumbu panjang ibu. Ada 3 kemungkinan letak janin : *Longitudinal, Lintang, dan Oblik*.

- b. Presentasi

ditentukan oleh bagian presentasi, yang merupakan bagian pertama janin yang memasuki pintu atas panggul. Ada 3 kemungkinan presentasi janin : *Sefalik, bokong, dan bahu*. Presentasi sefalik dapat berupa puncak kepala (verteks), sinsiput kening, atau wajah. Presentasi bokong dapat berupa bokong nyata, bokong penuh/komplet (paha fleksi dan tungkai ekstensi pada permukaan anterior tubuh), atau kaki yang membumbung (satu atau keduanya).

- c. Sikap Janin

adalah postur khas janin tersebut yang ditentukan dengan melihat hubungan bagian – bagian janin terhadap satu sama lain dan efeknya pada kolumna vertebralis janin. Sikap janin bervariasi menurut presentasi janin.

d. Posisi

adalah titik yang dipilih secara acak pada janin untuk setiap presentasi, yang dihubungkan dengan sisi kiri atau kanan panggul ibu. Posisi umumnya digunakan dengan menggunakan sebutan ubun – ubun kecil kiri depan (*LOA, left occipital anterior*), sakrum kanan lintang (*RST, right sacral transverse*), dan selanjutnya.

e. Variasi

adalah titik pada janin yang juga dipilih secara acak, yang digunakan untuk menentukan posisi dalam hubungannya dengan bagian anterior, lintang atau posterio pelvis.(Helen Varney Vol. 2, 2008 : 673)

4. Asuhan Persalinan Normal

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

a. Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

1) Membuat Keputusan Klinik

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

yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien. (Buku panduan APN, 2008 : 7)

2) Asuhan Sayang Ibu

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

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- b) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.

- g) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan / atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
 - h) Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
 - i) Hargai privasi ibu.
 - j) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
 - k) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
 - l) Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
 - m) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
 - n) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.
 - o) Siapkan rencana rujukan (bila perlu).(Buku panduan APN, 2008 : 14)
- 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.

PI adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat

menolong persalinan dan kelahiran bayi, saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pasca persalinan / bayi baru lahir atau saat menatalaksana penyulit.(Buku panduan APN, 2008 : 17)

4) Pencatatan (Dokumentasi)

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

Pencatatan rutin adalah penting karena :

- a) Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan.
- b) Dapat digunakan sebagai tolakukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik. Dari aspek metode keperawatan, informasi tentang intervensi atau asuhan yang bermanfaat dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya.
- c) Dapat dibagikan di antara para penolong persalinan . Hal ini menjadi penting jika ternyata rujukan memang diperlukan karena hal ini berarti lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir.(Buku panduan APN, 2008 : 34)

5) Rujukan

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

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

A (Alat) Bawa perlengkapan dan bahan – bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain – lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan – bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K (Keluarga) Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan / atau bayi dan mengapa ibu dan / atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan atau bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

- S (Surat) Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan / atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat – obatan yang diterima ibu dan / atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
- O (Obat) Bawa obat – obatan esensial padasaat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.
- K (Kendaraan) Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
- U (Uang) Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup mem beli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.(Buku Panduan APN, 2008 : 35)

5. Batasan Persalinan

a. Kala 1 Persalinan

Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala 1 persalinan terdiri atas 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten pada kala I persalinan :

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

Fase aktif pada kala I persalinan :

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.
- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm. Akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1cm per jam (multipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.(Buku panduan APN, 2008 : 40)

b. Kala II Persalinan

Persalinan kala 2 dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala 2 juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Gejala dan Tanda kala 2 persalinan :

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- 2) Ibu merasakn adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya.
- 3) Perineum menonjol.
- 4) Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. (Buku panduan APN, 79)

c. Menolong Kelahiran Bayi

1) Posisi Ibu Saat Melahirkan

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang (*Supine Position*). Apapun posisi yang dipilih oleh ibu, pastikan tersedia alas kain atau sarung bersih di bawah ibu dan kemudahan untuk menjangkau semua peralatan dan bahan – bahan yang diperlukan untuk membantu kelahiran bayi. Tempatkan juga kain atau handuk bersih diatas perut iu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir.(Buku panduan APN, 2008 : 87)

2) Pencegahan Laserasi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan persat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laerasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5 – 6 cm tengah membuka vulva (*crowning*)karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan. Episiotomi rutin tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan :

- a) Meningkatnya jumlah darah yang hilang dan risiko hematoma
- b) Kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomo rutin.
- c) Meningkatnya nyeri pascapersalinan di daerah perineum.
- d) Meningkatnya risiko infeksi (terutama jika prosedur PI diabaikan).

3) Melahirkan Kepala

Saat kepala bayi membuka vulva (5 – 6 cm), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3nya dibawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan empat jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.

Periksa tali pusat pada leher, jika ada lilitan cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian poyong tali pusat diantara 2 klem tersebut.(Buku panduan APN, 2008 : 91)

4) Melahirkan bahu

- a) Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.
- b) Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan kepala kearah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis.
- c) Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.

5) Melahirkan Seluruh Tubuh Bayi

- a) Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut.
- b) Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum.
- c) Tangan bawah (posterior) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir.
- d) Secara simultan, tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior.
- e) Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki.
- f) Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya.
- g) Letakkan bayi di atas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
- h) Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik. (Buku panduan APN, 2008 : 92)

d. Kala III Persalinan

Persalinan kala 3 dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

1) Manajemen Aktif Kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Penelitian *Prevention of Post Partum Hemorrhage Inversion – 2006* tentang praktik manajemen aktif kala III (*Active Management of Third Stage of Labor / AMTS*) di 20 rumah sakit Indonesia menunjukkan bahwa 30 % rumah sakit melaksanakan hal tersebut. Jika ingin menyelamatkan banyak ibu bersalin maka sudah sewajarnya jika manajemen aktif kala III tidak hanya dilatihkan tetapi juga di praktikkan dan menjadi standar asuhan persalinan.

Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama, yaitu :

a) Pemberian suntikan Oksitosin

Segera dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis). Jika oksitosin tidak tersedia, minta ibu untuk melakukan stimulasi puting susu atau menganjurkan ibu menyusukan dengan segera, Ini akan menyebabkan pelepasan oksitosin secara alamiah.

b) Penegangan Tali Pusat Terkendali

Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat diatas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkn tali pusat dengan satu tanag yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso

kranial). Lakukan secara hati – hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lakukan tekanan dorso kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar placenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir). Pada saat placenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil menjadi satu. Lakukan penarikan dngan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban.(Buku panduan APN, 2008 : 101)

c) Rangsangan Taktil (Masase) Fundus Uteri

1. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
2. Jelaskan tindakan pada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahanserta rileks.
3. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.
4. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
5. Periksa uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Ajarkan ibu dan keluarganya cara masase uterus

sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.

6. Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan. (Buku panduan APN, 2008 : 106)

e. Kala IV Persalinan

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Setelah plasenta lahir :

- 1) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya undud uteri setinggi atatu beberapa jari di bawah pusat.
- 3) Memperkirakan kehilangan darah.

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi 2 botol, ibu telah kehilangan 1 liter darah. Jika darah bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan 250 ml darah. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila

ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu (2000 – 2500 ml).

- 4) Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Derajat satu Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum (tak perlu dijahit jika tidak ada perdarahn dan aposisi luka baik).

Derajat dua Mukosa Vagina, Komisura Posterior, Kulit perineum, Otot perineum.

Derajat tiga Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot Perineum, Otot sfingter ani (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).

Derajat empat Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani, Dinding depan rektum (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).(Buku panduan APN, 2008 : 115)

- 5) Evaluasi keadaan ibu

- a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- b. Masase uterus untuk membuat kontraksi uetrus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.

- c. Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai dengan apa yang diperlukan.
- d. Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- e. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus mejadi lembek.
- f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberikan ASI.
- g. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
- h. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.(Buku Panduan APN, 2008 : 116)

2.1.3 Nifas

1. Pengertian

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran plecenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode pemulihan pasca partum ini berlangsung sekitar enam minggu.(Helen Varney, 2008 : 958)

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plecenta lahir dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu.(Ambarwati, 2010 : 1)

Puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal.(Chandranita Manuaba, 2010 : 200)

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas normal dibagi menjadi dua, yaitu :

a) Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

b) Tujuan Khusus

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati / merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana.(Ambarwati, 2010 : 2)

3. Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahap :

a) Puepurium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b) Puerpurium intermedial

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

c) Remote Puerpurium

Wakny yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktupersalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu, bulanan, tahunan.(Ambarwati, 2010: 3)

4. Program dan Kebijakan Teknis

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

Tabel 4.3 waktu dan tujuan kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
II	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundud dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

		<ul style="list-style-type: none"> c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.
III	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

(Prawirohardjo, 2010 : 123)

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a) Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi

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

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

a. Autolysis

Proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan. Sitoplasma sel yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

b. Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot – otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan bergenerasi menjadi endometrium yang baru.(Ambarwati, 2010 : 74)

c. Efek Oksitosin (kontraksi)

Intensita kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera. Setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahn. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

2) Lochea

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

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

a. Loche Rubra / Merah (Kruenta)

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

b. Lochea Sanguinolenta

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

c. Lochea Serosa

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

d. Lochea Alba / Putih

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

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartumseunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta*. (Ambarwati, 2010 : 78)

3) Cervik

Serviks mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam – hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang – kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga ada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2 – 3 jari, pada minggu keenam postpartum serviks menutup.

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 - 8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa

postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae.

Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke – 4.

5) Perineum

Latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya. Pengencangan ini sempurna pada akhir puerperium dengan latihan setiap hari.(Ambarwati, 2010 : 79)

b) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 – 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.

c) Perubahan Sistem Perkemihan

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

) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

d) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen retundum kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6 – 8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat – seratelastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. (Ambarwati, 2010 : 80)

e) Perubahan Endokrin

1) Hormon Plasenta

Selama periode pascapartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon – hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Hormon Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum.

2) Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi. (Ambarwati, 2010 : 82)

3) Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

4) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama an ovulasi.(Ambarwati, 2010 : 83)

f) **Perubahan Tanda – Tanda Vital**

1) Suhu Badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak

turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

2) Nadi

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

3) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkina tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi padapostpartum dapat menandakan terjadinya pre eklampsi postpartum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasn selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan.(Ambarwati, 2010 : 84)

g) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari dari volume darah dan entrasi. Apabila ada persalinan

pervagina hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kardis pada penderita vitium cordia. (Ambarwati, 2010 : 85)

h) Perubahan Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. (Ambarwati, 2010 : 86)

6. Masalah yang sering ditemukan pada masa nifas

- a. Nyeri pada perinium
- b. Cemas dengan keadaannya dan bayinya
- c. Masalah pada payudara dan menyusui. (Ari Sulistiowati :2009 :126)

7. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

a) Gizi

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyetatkan bayi. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur,

tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung :

1) Sumber tenaga (energi)

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

2) Sumber Pembangun (Protein)

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

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

Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah – buahan segar.(Ambarwati, 2010 : 98)

b) Ambulasi Dini

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

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.

- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan, dan lain – lain selama ibu masih dalam masa perawatan.

c) Eliminasi

1) Miksi

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

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

2) Defekasi

Biasanya 2 – 3h hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka dibrikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga.(Ambarwati, 2010 : 105)

d) Kebersihan Diri

1) Perawatan Perineum

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

2) Perawatan Payudara

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

Anjurkan ibu supaya istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tanggasecara perlahan – lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.(Ambarwati, 2010 : 107)

f) Seksual

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

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

g) Latihan Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah Senam Kegel. Senam Kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergantian pada otot – otot dasar panggul. Senam Kegel mempunyai beberapa manfaat antar lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan haemorroid, meningkatkan pengendalian atas urin. (Ambarwati, 2010 : 108)

h) Keluarga Berencana

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

Biasanya ibu postpartum tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, oleh karena itu Amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan. (Ambarwati, 2010 : 114)

8. Tanda Bahaya Ibu Nifas

- a) Infeksi nifas : keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas.
- b) Demam nifas : demam masa nifas oleh sebab apapun

- c) Morbiditas puerperalis : kenaikan suhu badan sampai 38 0C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama puerperium kecuali hari pertama. Suhu diukur 4 kali sehari secara oral. (Sinopsis Obstetri Jilid 4, hal 420)
- d) Sub involusi : proses mengecilnya uterus terganggu, faktor penyebabnya antara lain sisa-sisa placenta dalam uterus, adanya mioma uteri, endometritis dll. Pada peristiwa lochea bertambah banyak dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.
- e) Perdarahan nifas sekunder bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan. Perdarahan ini bisa timbul pada minggu kedua nifas. Sebab-sebabnya adalah subinvolusi, kelainan kongenital uterus, inversio uterus, mioma uteri dll. (Ilmu Kebidanan : hal 703)

9. Perubahan Psikologis

- a) Tahap I : taking in
 - 1) Periode ketegangan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan
 - 2) Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri
 - 3) Ibu mudah tersinggung, menjadi pasif terhadap lingkungan
 - 4) Sering menceritakan tentang pengalaman melahirkan secara berulang-ulang.
- b) Tahap II : taking hold
 - 1) Hari ke 3-10 hari
 - 2) Merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab merawat bayinya
 - 3) Perawatan sangat sensitive, mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati

- 4) Memerlukan dukungan yang lebih dari suami dan keluarga untuk menerima penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya
- c) Tahap III : letting go
- 1) Menerima tanggung jawab dan peran barunya menjadi Ibu 10 hari setelah melahirkan
 - 2) Sudah mulai menyesuaikan diri ketergantungan bayinya
 - 3) Mempunyai keinginan untuk merawat diri dan bayinya sendiri.
(Bobak,2005:512)

2.1 Managemen Varney

Teori Manajemen Kebidanan menurut Varney

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga pemeriksaan pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti aturan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatakan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Varney, dalam bukunya, menjelaskan bahwa proses penyelesaian masalah merupakan salah satu teori yang dapat dipergunakan dalam manajemen

kebidanan. Varney mengatakan bahwa seorang bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam melakukan analisis, bidan akan menemukan diagnosis atau masalah potensial ini. Kadangkala bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu dan mungkin juga melakukan kolaborasi konsultasi, bahkan mungkin harus segera merujuk klien.

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 :

2.2.1 Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

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

2.2.2 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. Masalah sering menyertai diagnosis. Berikut daftar diagnosis kebidanan yang telah memenuhi standar nomenklatur, antara lain : Kehamilan normal, Partus normal, syok, Denyut Jantung Janin (DJJ) tidak normal, abortus, solusio plasenta, amnionitis, anemia berat, atonia uteri, postpartum normal, infeksi mammae, pembengkakan mammae, presentasi bokong, presentasi dagu, disporprosi kepala panggul (DKP), presentasi ganda, eklampsi, kehamilan ektopik, hidramnion, presentasi muka, persalinan semu, kematian janin, haemorrhagic antepartum (HAP), haemorrhagic postpartum (HPP), inersia uteri, inversion uteri, bayi besar, mekonium, kehamilan ganda, partus macet, posisi oksipito posterior, posisi oksipito melintang, plasenta previa, pre-eklampsia berat (PEB), pre-eklampsia ringan (PER), ketuban pecah dini, partus prematurus, prolapsus tali pusat, partus fase laten lama, partus kala II lama, retensio plasenta, sisa plasenta, ruptur letak lintang, dan lain-lain.

2.2.3 Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

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

2.2.4 Langkah IV: Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodek atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama perempuan tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu persalinan. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat, di mana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu). Dari data yang dikumpulkan akan menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter, misalnya prolaps tali pusat.

2.2.5 Langkah V: Merencanakan 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.

2.2.6 Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

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

2.2.7 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. (Asrinah, 2010 : 161)

2.3. Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1. Kehamilan

1) Pengkajian

Subyektif

Umur ibu 16-35 thn

- a. Keluhan yang dirasakan seperti: Sesak napas, Sering berkemih, sakit punggung atas dan bawah, dan keputihan.
- b. Riwayat kunjungan
TM I : 1X, TM II : 1X, dan TM III : 2X
- c. Riwayat obstetri
Ibu memiliki anak < 4, anak terakhir umur lebih dari 2 tahun dan kurang dari 10 tahun, ibu tidak pernah gagal kehamilan, tidak ada penyulit dalam melahirkan sebelumnya, dan melahirkan sebelumnya secara vaginam. Tidak pernah melahirkan bayi kurang 2500 gram dan lebih dari 4000 gram.
- d. Pergerakan anak dengan frekuensi pergerakan 3 kali dalam 3 jam terakhir.
- e. Penyuluhan yang sudah didapat:
Nutrisi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda-tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara/laktasi, seksualitas, persiapan persalinan.
- f. Pola kesehatan fungsional
 1. Nutrisi : makan 3x / hr dengan nasi 1 piring nasi, satu potong ayam goreng, 1 potong tempe, susu dan minum 6-8 gelas/hr.

2. Eliminasi : terjadi perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi serta Kencing lebih sering (polinuria)

3. Istirahat

Istirahat 2 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari.

g. Riwayat psikosocial trimester III

Cemas akan kehidupan bayinya dan kehidupannya sendiri.

Obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum: Baik, Kesadaran : Composmentis

b. Tanda vital

Suhu : 36,5°C- 37,5⁰C , Nadi : 80-100 x/menit, Tekanan darah :

100/70 sampai 130/90 mmHg, Pernafasan : 16-24 X/ menit

c. antropometri

TB ibu lebih dari 145 cm Kenaikkan BB selama hamil 9-13 kg, Ukuran

lila > 23,5 cm

d. Pemeriksaan fisik

1) Muka: cloasma gravidarum, tidak odema dan tidak pucat.

2) Mata: konjungtiva merah muda, sklera putih

3) Payudara: puting susu menonjol, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, Colostrum sudah keluar.

4) Abdomen: tidak ada luka bekas operasi. Adanya linea livedae.

a. Leopold I : Tfu 3 jari dibawah proc. Xyphoideus, Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting

b. Leopold II : Teraba seperti bagian papan, kertas, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin

c. Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting, divergen.

d. Leopold IV : kepala janin sudah masuk PAP (divergen)

TBJ : 2500- 4000 gram

DJJ : 120 x/ mnt- 160 x/mnt teratur

5) Genetelia

Tidak odema, dan tidak ada varises.

6) Ekstremitas

Tidak odema dan varises, kuku jari tidak pucat, acral hangat, reflek +

e. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

Darah

a. Hb 10,5 gr % sampai 14,0 gr%

b. Urine

Albumin dan reduksi (-)

2) Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

b. Masalah : Sesak napas, Sering berkemih, sakit punggung atas dan bawah, dan keputihan.

c. Kebutuhan : Berdasarkan masalah yang terjadi

Sering berkemih (Nutrisi), keputihan (personal hygien), sesak nafas (istirahat), sakit punggung (aktivitas dan istirahat).

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

4) Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Tidak ada

5) Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu dapat memahami keadaan dan keluhan yang dirasakan berkurang

Kriteria hasil :

1. Ibu dan janin dalam keadaan baik
2. Ibu mampu memahami penjelasan yang diberikan tenaga kesehatan

Intervensi:

- a. Bina hubungan percaya antara bidan dan ibu hamil.
- b. Deteksi masalah dan mengatasinya.
- c. Beritahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan.
- d. Ajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan.
- e. Ajarkan dan mendorong perilaku yang sehat (cara sehat bagi ibu hamil, nutrisi, istirahat, aktivitas, dan personal hygien)
- f. Berikan tablet besi.
- g. Mendiskusikan persiapan kelahiran bayi.
- h. Beritahu tanda bahaya kehamilan
- i. Jadwalkan Kunjungan berikutnya.

2.3.2. Persalinan

1) Pengkajian

Subyektif

a. Keluhan utama:

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan servik (min 2 kali dalam 10 menit), keluar lendir bercampur darah, keluar air ketuban dari jalan lahir

b. Riwayat kehamilan sekarang

Trimester III : Sesak napas, Sering berkemih, sakit punggung atas dan bawah, dan keputihan.

c. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

Riwayat ibu dan riwayat kesehatan keluarga tidak pernah menderita penyakit jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, DM, Hipertensi dan TORCH.

Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik, Kesadaran : Composmentis

2) Tanda vital

Suhu : 36,5°C- 37,5⁰C , Nadi : 80-100 x/menit, Tekanan darah: 100/70 sampai 130/90 mmHg, Pernafasan : 16- 24 X/ menit

3) Atropometri

TB ibu > 145 cm, Kenaikkan BB selama hamil 9-13 kg, Ukuran lila > 23,5 cm.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Muka : tidak odema, tidak pucat, dan cloasma gravidarum

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih,

b) Abdomen : hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae

1. Leopold I : Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoides, Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting

2. Leopold II : Teraba seperti bagian papan, kertas, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin

3. Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting

4. Leopold IV : kepala janin sudah masuk PAP (divergen)

DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit teratur

TBJ: 2500 gram- 4000 gram

c) Genetalia :

Pengeluaran pervaginam lendir darah (blood slym)

d) VT yang diperhatikan :

Perabaan servix : ditemukan servix lunak, mendatar, tipis, pembukaan,

Keadaan ketuban utuh/sudah pecah, Turunnya kepala : H III teraba

sebagian kecil dari kepala, Ada tidaknya caput dan bagian yang menumbung

5) Usia kehamilan: 37-42 minggu

6) Pemeriksaan penunjang

- a) kadar Hb normal 10,5 gr % sampai 14,0 gr%
- b) albumin dan reduksi urine negative

Interpretasi Data Dasar

1. Diagnose : GPAPIAH, usia kehamilan, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. Dengan Kala I fase laten/ aktif
2. Masalah : cemas, nyeri saat ada kontraksi.
3. Kebutuhan : dukungan psikologis, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan posisi, pengurangan rasa sakit

Antisipasi Dignosa dan Masalah Potensial

Kala 1 memanjang, distonsia bahu,

Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Tidak ada

Intervensi

KALA I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan untuk primi selama 13-14 jam dan untuk multi selama 10-11 jam, terjadi pembukaan lengkap.

Kriteria Hasil :

- a. K/U ibu dan janin baik
- b. DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
- c. Terdapat tanda gejala Kala II
- d. UUK berada pada bawah sinpisis (sudut jam 12)

Intervensi

- a. Ajukan informed consent pada ibu dan keluarga terhadap setiap tindakan medis yang akan dilakukan.
- b. Berikan Asuhan sayang ibu dan beri dukungan emosional.
- c. Persiapkan ruangan, perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat yang diperlukan
- d. Lakukan observasi dan pengisian partograf
- e. Lakukan persiapan rujukan

KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan untuk primi selama 2 jam dan untuk multi 1 jam diharapkan bayi lahir spontan.

Kriteria Hasil :K/U ibu dan janin baik, Bayi lahir spt, menangis kuat

Intervensi

- 1) Dengar dan lihat adanya tanda gejala kala II.
 - a) ibu merasa aada dorongan kuat untuk meneran
 - b) ibu meraskan tekanan pada rektum dan vagina
 - c) perineum tampak menonol.
 - d) vulva dan sfingter ani membuka.
- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
 - a) menggelar kain ditempat resusitasi
 - b) menispkan oksitosin 10 unit, dan spuit 3cc dalam partus set.
- 3) Pakai celemek.

- 4) Lepaskan dan menyimpan 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. 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 dibawaharcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 22) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
- 23) 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 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 selama 30 menit diharapkan plasenta lahir spontan.

Kriteria Hasil :K/U ibu baik, Plasenta lahir spontan dan lengkap

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 perit ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uteru skearah belakang (dorso-kranial).
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat debgan arah sejajar lantaidan 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 masase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkntraksi.
- 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 tidak ada komplikasi.

Kriteria hasil :K/U ibu baik, Kontraksi uterus baik (keras dan bulat), Tidak terjadi perdarahan, Dapat mobilisasi dini

Intervensi

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Biarkan bayi di atas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.
- 44) Timbang berat badan bayi. Mengolesi mata dengan salep tetrasiklin 1%, kemudian injeksi vit. K 1 mg Intra Muskuler di pahakiri
- 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 masase 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 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) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% , membalik bagian dalam keluar dan rendam selam 10 menit
- 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

Subyektif

Nyeri pada luka jahitan, mules, nyeri dan bengkak pada payudara, cemas.

- a. Pola kebiasaan

1. Nutrisi

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pasca partum mencapai 500 kkal.

2. Eliminasi

- a. BAB : harus dilakukan dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar
- b. BAK : pasien harus dapat BAK dalam 6 jam pertama post partum, buang air kecil biasanya akan sulit dalam 24 jam pertama.

3. Seksual

Untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri atau setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran.

Obyektif

1) Riwayat persalinan

a) Ibu :

Kala I pada primi berlangsung 14 jam pada multi 11 jam, kala II berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Kala III pada primi dan multi berlangsung 15 menit

Komplikasi : tidak ada

Plasenta : Maternal dan fetal: lengkap, Berat : Berat 500 – 600 gr,

Panjang tali pusat : 50 – 55 cm, Insersi : marginal, Perdarahan : < 500 ml

2) Bayi

Lahir : Spt B, JK ♂/♀, BB: 2500gr – 4000gr, PB: > 45 cm, A-S: > 8, Cacat bawaan : tidak ada, Masa gestasi : > 38 minggu/< 40 minggu

2) Pemeriksaan TTV

Suhu tubuh $37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C , nadi 80-100x/mnt, Tekanan Darah 100/70 mmHg- 140/90 mmHg, pernafasan 20-25x/mnt.

3) Pemeriksaan fisik

a) Mata: konjungtiva merah muda, seklera putih.

- b) Mammae : Perawatan mammae telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
- c) TFU :
1. Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari bawah pusat.
 2. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat symphysis dengan berat 500 gram.
 3. Pada 2 minggu post partum, TFU diatas symphysis dengan berat 350 gram.
 4. Pada 6 minggu post partum, TFU mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.
- d) Vulva dan vagina: vulva dan vagina dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil, sementara labia menjadi lebih menonjol. Perineum menjadi kendur dan Pada postpartum hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya.

Lokhea

1. Lokhea Rubra / merah (Kruenta): hari 1 sampai ke 4 masa postpartum.
 2. Lokhea Sanguinolenta: hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.
 3. Lokhea Serosa : hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.
 4. Lokhea Alba / Putih: 2 sampai 6 minggu postpartum.
- e) Ekstermitas: simetris, tidak ada odem dan varises.

2) Interpretasi data dasar

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

Masalah : nyeri pada luka jahitan, nyeri dan bengkak pada payudara.

Kebutuhan :

- a. HE perawatan luka jahitan
- b. HE perawatan payudara dan laktasi
- c. HE kebutuhan nutrisi
- d. Dukungan emosional

3) Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada

5) Intervensi

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan keluhan ibu dapat berkurang

Kriteria hasil :

K/U ibu dan bayi baik, TTV dalam batas normal, involusi berjalan normal

Intervensi

6-8 jam post partum

- a. Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Deteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Berikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
- d. Berikan asi awal.
- e. Lakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
- f. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

6 hari post partum dan 2 minggu post partum

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

6 minggu post partum

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