

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Pengertian

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terjadi dari ovulasi pelepasan ovum, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi pertumbuhan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Kehamilan normal adalah keadaan ibu sehat, tidak ada riwayat obstetric buruk, ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan, pemeriksaan fisik dan laboratorium normal (Saiffudin, 2009).

Proses permulaan kehamilan ketika bersatunya sel telur (ovum) dan sperma atau disebut fertilisasi. Ovum yang telah dibuahi ini segera membelah diri sampai stadium morula selama 3 hari dan bergerak kearah rongga rahim oleh rambut getar tuba (silia) dan kontraksi tuba, hasil konsepsi tiba dalam kavum uteri pada tingkat blastula (Prawirahardjo, 2005).

2) Tanda Kehamilan Pada Trimester III

Pada tahap terakhir ini bisa terjadi merupakan tahap yang paling menentukan proses persalinan. Pada trimester ke-3 ini akan terjadi sesak nafas, rasa ingin buang air kecil lebih sering, terjadi pembengkakan pada pergelangan kaki, pada wajah dan jari, muncul wasir, terjadi kebocoran pada tender payudara, yaitu kebocoran kolostrum suatu cairan pra ASI, sulit tidur, janin yang semakin sering bergerak dan kontraksi (Erika, 2012).

3) Perubahan Fisiologis Pada Wanita Hamil

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Pembesaran uterus ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus, di samping itu serabut-serabut kolagen yang ada pun menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Berat uterus normal lebih kurang 30 gram, pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus ini menjadi 1000 gram, dengan panjang lebih kurang 20 cm dan dinding lebih kurang 2,5 cm (Prawirohardjo, 2009).

b. Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Serviks banyak mengandung jaringan ikat, jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak, warna menjadi biru, membesar (oedema) pembuluh darah

meningkat, lendir menutupi oestrium uteri (kanalis cervikalis) serviks menjadi lebih mengkilap (Prawirohardjo, 2009).

c. Vagina dan vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut Chadwick warna portio pun tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar, hal ini karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia meningkat (Prawirohardjo, 2009).

d. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan berhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya korpus luteum graviditatum yang masih ada sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditatum berdiameter kira-kira 3 cm. Korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat-laun fungsi ini diambil alih oleh plasenta. Diperkirakan korpus luteum adalah tempat sintesis dari relaxin dalam awal kehamilan. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm (Prawirohardjo, 2009).

e. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukuran dan vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegang. Setelah bulan pertama kolostrum dapat keluar. Meskipun dapat dikeluarkan air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormon. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun, peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan meningkatkan produksi air susu, areola akan membesar dan kehitaman, kelenjar montgomery membesar dan cenderung menonjol keluar (Prawirohardjo, 2009).

2. Sirkulasi darah

a. Volume

Volume darah dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pengenceran darah (hidremia / hemodulasi), bertambahnya hemodulasi 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 %.

b. Sel darah

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. Pemeriksaan darah (hb) minimal dilakukan 2x selama hamil, yaitu pada trimester I dan III. Hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

Tabel 2.1 kadar Haemoglobin pada ibu hamil

Hb 11 gr %	tidak anemia
9-10 gr %	anemia ringan
7-8 gr %	anemia sedang
< 7 gr %	anemia berat

(Manuaba, 2010)

c. 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, 2010).

d. Traktus digestivus

Karena pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (hipersalivasi), daerah lambung terasa panas, terjadi mual dan sakit/pusing kepala terutama pagi hari, yang disebut morning sicknes, muntah yang terjadi disebut emesis gravidarum, muntah berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari, disebut hiperemesis gravidarum, progesteron menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi (Prawirohardjo, 2009).

e. Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai 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, 2010).

f. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh peningkatan melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mamma. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea grisera. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut striae livide (Prawirohardjo, 2009).

g. Metabolisme

1. Terjadi peningkatan metabolisme basal (BMR) sehingga 15-20% terutama pada trimester terakhir.
2. 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.
3. Kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg/lebih per 100 cc.
4. Metabolisme mineral.
 - a. Kalsium : 1,5 gram sehari untuk pertumbuhan tulang 30-40 gram.
 - b. Fosfor : 2 gram/hari.
 - c. Zat besi : \pm 800 mg / 30-50 mg/hari.
 - d. Air : cenderung mengalami retensi cairan.
5. Kebutuhan kalori meningkat terutama hidrat arang, khususnya kehamilan 5 bulan ke atas (Prawirohardjo, 2009).
6. Nilai gizi dapat ditentukan dengan bertambahnya berat badan sekitar 6,5 kilogram sampai 15 kilogram selama hamil. Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang perlu mendapat perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan. Kenaikan berat badan tidak boleh lebih dari 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2010).
7. Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA). LILA kurang dari 23,5 cm ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) (Kementrian kesehatan RI, 2012).

4) Perubahan Psikologis Pada Wanita Hamil

Pada kehamilan trimester I. Ibu merasa tidak sehat dan membenci kehamilannya. Pada kehamilan trimester II. ibu mampu merasakan gerakan janinnya. Dan pada kehamilan trimester III seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu (Asrinah, 2010).

5) Perbedaan Primigravida dan Multigravida

Tabel 2.2 perbedaan fisiologis primi dan multi

No	Primigravida	Multigravida
1.	Payudara tegang	Payudara Lembek, menggantung
2.	Puting susu runcing	Puting susu tumpul
3.	Perut tegang dan menonjol ke depan	Perut lembek dan bergantung
4.	Striae livede	Striae livide dan striae albicans
5.	Perineum utuh	Perineum terdapat bekas robekan
6.	Vulva tertutup	Vulva terbuka
7.	Vagina sempit dan teraba rugae	Vagina longgar, tanpa rugae
8.	Portio runcing, tertutup	Portio tumpul
9.	Hamil pertama kali	Pernah hamil dan melahirkan bayi cukup bulan

(Manuaba, 2010)

6) Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

- a. Perdarahan. Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran.

- b. Nyeri Hebat Di Daerah Abdominopelvikum. Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan beberapa riwayat atau tanda tertentu, diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta.
- c. Sakit Kepala Yang Hebat. Sakit kepala yang menunjukkan kemungkinan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan hanya istirahat ini adalah gejala dari preeklamsia.
- d. Masalah Penglihatan. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat, dan mungkin merupakan tanda preeklamsia.
- e. Bengkak Pada Muka Atau Tangan. Hampir separuh dari ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki, yang biasanya muncul pada sore hari, dan biasanya hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lain. Ini bisa jadi merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.
- f. Bayi Kurang Bergerak Seperti Biasa. Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu bahkan mampu merasakan gerakan bayinya lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Asrinah,2010).

7) Ketidaknyamanan Ibu Hamil pada Trimester III

Tabel 2.3 Ketidaknyamanan dan Cara Mengatasi

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. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur malam hari c. Batasi minum kopi, teh, soda d. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki di tinggikan untuk mencegah diuresis
2.	Hemoroid. Timbul trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari konstipasi b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum c. Gunakan kompres es atau air hangat d. Secara masukkan kembali anus saat BAB.
3.	Kelelahan/fatigue. Pada trimester I	<ul style="list-style-type: none"> a. Yakinkan bahwa ini normal pada awal kehamilan b. Dorong ibu untuk sering beristirahat c. Hindari istirahat yang berlebih.
4.	Sembelit. Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan diet asupan cairan b. Konsumsi buah prem atau jus prem c. Minum cairan dingin atau hangat terutama saat perut kosong d. Istirahat cukup e. Senam hamil f. Membiasakan buang air besar secara teratur g. Buang air besar segera jika ada dorongan.
5.	Keputihan. Trimester I, II, atau III	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari baha katun yang mudah menyerap c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.
6.	Napas sesak. Trimester I dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab fisiologisnya b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi c. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang d. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.

7.	Nyeri ligamentum rotundum. Trimester I dan II	<ul style="list-style-type: none"> a. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri b. Tekuk lutut ke arah abdomen c. Mandi air hangat d. Gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontra indikasi e. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring
8.	Panas perut (heart burn), mulai bertambah sejak trimester II dan bertambah dengan semakin lamanya kehamilan. Hilangnya pada waktu persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Makan sedikit – sedikit tapi sering b. Hindari makan berlemak dan berbumbu tajam c. Hindari rokok, asap rokok, alcohol dan cokelat d. Hindari berbaring setelah makan e. Kunyah permen karet f. Tidur dengan kaki ditinggikan
9.	Perut kembung. Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari makanan yang mengandung gas b. Mengunyah makanan dengan sempurna c. Lakukan senam secara teratur d. Pertahankan kebiasaan buang air besar secara teratur
10.	Pusing atau sincope. Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat b. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak c. Hindari berbaring dalam posisi terlentang
11.	Sakit punggung atas dan bawah. Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan posisi tubuh yang baik b. Gunakan bra yang menopang dengan ukuran tepat c. Gunakan kasur yang keras d. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung
12.	Varises pada kaki. Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring b. Jaga agar kaki tidak bersilangan c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama d. Senam untuk melancarkan peredaran darah e. Hindari pakaian atau korset yang ketat

(Asrinah, 2010)

8) Standar Asuhan Kehamilan

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan. Penambahan berat badan kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram

setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (Kementrian kesehatan RI, 2012).

2. Ukur Tekanan Darah. Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan (Kementrian kesehatan RI, 2012).
3. Ukur Tinggi Fundus Uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain (Kementrian kesehatan RI, 2012).
4. Skrining Status Imunisasi Tetanus Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Bila Diperlukan.

Tabel 2.4 Pemberian Imunisasi TT

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

(Depkes, 2009)

5. Beri Tablet Darah Untuk mencegah anemia gizi besi dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

6. Periksa Laboratorium (Rutin Atau Khusus)
 - a. Pemeriksaan golongan darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.
 - b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.
 - c. Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi.
 - d. Pemeriksaan kadar gula darah pada ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus.
 - e. Pemeriksaan darah malaria pada semua ibu hamil di daerah endemis Malaria.
 - f. Pemeriksaan tes sifilis di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis.
 - g. Pemeriksaan HIV pada ibu hamil di daerah terkonsentrasi HIV dan ibu hamil risiko tinggi terinfeksi HIV.
 - h. Pemeriksaan BTA pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis (Kementrian Kesehatan RI, 2012).
7. Temu Wicara/ Konseling tentang :
 - a. Kesehatan ibu
 - b. Perilaku hidup bersih dan sehat
 - c. Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
 - d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

- e. Asupan gizi seimbang
- f. Gejala penyakit menular dan tidak menular
- g. Penawaran untuk melakukan testing dan konseling HIV di daerah terkonsentrasi HIV/ bumil risiko tinggi terinfeksi HIV
- h. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
- i. KB pasca persalinan.
- j. Imunisasi
- k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*) (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

9) Standar kunjungan antenatal

- a. Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu).
- b. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu).
- c. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu) (Jannah, 2012).

10) Standart Kunjungan Antenatal Pada Trimester III

- a. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- b. Mendeteksi masalah dan menanganinya.
- c. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
- d. Palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
- e. Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman.
- f. Memberikan konseling tanda-tanda persalinan (Syaifuddin, 2004).

2.1.2 Persalinan

1) Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipiskan serviks dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2007).

Sedangkan persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2007).

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

2) Jenis Persalinan

1. Berdasarkan Definisi

- a. Persalinan spontan. Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b. Persalinan buatan. Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
- c. Persalinan anjuran (partus presipitatus) (Manuaba, 2010).

2. Menurut tua/umur kehamilan

- a. Abortus: keluarnya hasil konsepsi (bayi) sebelum dapat hidup pada Usia Kehamilan < 20 minggu. Berat janin kurang dari 1000 gram.
- b. Persalinan Imatur: keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 20-27 minggu. Berat janin kurang dari 2499 gram.
- c. Persalinan Prematur: keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 28-35 minggu.
- d. Persalinan Matur Atau Aterm: Keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 37-42 minggu. Berat janin \geq 2500 gram.
- e. Persalinan Postmatur Atau Serotinus: Keluarnya hasil konsepsi Usia Kehamilan >42 minggu. Pada janin terdapat tanda serotinus.
- f. Persalinan Presipitatus: persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Johariyah, 2012)

3) Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan

Penyebab terjadinya persalinan merupakan teori-teori yang kompleks antara lain ditemukan faktor hormonal, 1 – 2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun. Struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh prostaglandin, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi (Prawirohardjo, 2007).

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his, yaitu :

1. Teori keregangan
 - a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu
 - b. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
2. Teori penurunan progesteron
 - a. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur hamil 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu
 - b. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin
 - c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu
3. Teori oksitosin
 - a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior
 - b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks
 - c. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai

4. Teori prostaglandin
 - a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur hamil 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua
 - b. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan konsentrasi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan
 - c. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.
5. Teori Hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis
 - a. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan.
 - b. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan (Manuaba, 2010).

4) Tanda Dan Gejala Persalinan

1. Tanda Persalinan Sudah Dekat
 - a. Terjadi lightening yaitu kepala turun memasuki Pintu Atas Panggul terutama primigravida menjelang minggu ke-36. Lightening menyebabkan:
 - a) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
 - b) Dibagian bawah terasa sesak.
 - c) Terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi.
 - b. Terjadi His Permulaan. Sifat his permulaan atau palsu:
 - a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
 - b) Datangnya tidak teratur dan durasinya pendek.

- c) Tidak ada perubahan pada serviks dan tidak bertambah bila beraktivitas (Dewi, 2011).

2. Tanda Pasti Persalinan

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

5) Tahapan Persalinan

1. KALA I Kala satu 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:

Fase laten pada kala satu persalinan

- a. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam (JNPK, 2008).

Fase aktif pada kala satu persalinan

Terjadi penurunan bagian terbawah janin, frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat. (kontraksi uterus dianggap adekuat bila terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit lama 40 detik/lebih). Dibagi menjadi 3 tahap:

- a. Periode Akselerasi (pembukaan 3-4 cm, lama 2 jam).
- b. Periode Dilatasi Maksimal (pembukaan 4-9 cm, lama 2 jam).
- c. Periode Deselerasi (pembukaan 9-10 cm, lama 2 jam) (Dewi, 2011).

Pada primipara, berlangsung 12 jam dan multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1-2 cm (multipara) (Nurasiah, 2012).

2. KALA II Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti Kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah:
 - a. Pembukaan serviks telah lengkap (10cm), atau
 - b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (Nurasiah, 2012).
3. KALA III Dimulai dari lahirnya bayi hingga pengeluaran plasenta. Setelah bayi lahir biasanya his berhenti sebentar, dan kemudian muncul lagi yang disebut his pelepasan uri. Lama kala III pada primigravida dan multigravida 6-15 menit.
4. KALA IV Dimulai dari pengeluaran uri samapai 2 jam kemudian. Observasi post partum pada 1 jam pertama setiap 15 menit dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.

6) Faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Power

His yaitu kontraksi otot-otot rahim. Sifat his yang baik:

- a. Teratur, kontraksi simetris/dari atas ke bawah.

- b. Paling kuat di fundus dekat kornu.
- c. Makin lama makin sering, intensitas makin kuat, durasi makin lama.
- d. Menghasilkan pembukaan dan/penurunan kepala.

Pada akhir kala I '60 mmHg, 2-4 kali dalam 10 menit dan lama 60-90 detik'.

Pada kala II '60mmHg, 3-4 kali dalam 10 menit dan lama 60-90 detik'.

Pada kala III '60-80mmHg, frekuensi kurang, disebabkan aktivitas uterus menurun'.

Tabel 2.5 Perbedaan lama persalinan primipara dengan multipara

Lama persalinan		
	Primi	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
	14 ½ jam	7 ¾ jam

(Mochtar, 1998)

2. Passage (jalan lahir)

Adalah jalan lahir yang meliputi rangka panggul, dasar panggul, uterus dan vagina. Agar passanger yaitu isi uterus dapat melalui jalan lahir tanpa rintangan maka jalan lahir tersebut harus normal.

3. Passanger atau janin

Adalah anak, air ketuban dan plasenta sehingga isi dari uterus yang akan dilahirkan agar persalinan berjalan dengan lancar maka faktor passanger harus normal.

4. Psikologis

- a. Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.
- b. Pengalaman bayi sebelumnya.

- c. Kebiasaan adat.
- d. Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

5. Penolong (pysician)

Mengantisipasi dan menangani komplikasi mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan aktif dan kesiapan penolong dalam menghadapi persalinan.

2.1.3 Nifas

1) Pengertian

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

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes, 2003).

Masa puerperium atau masa nifas mulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Wiknjosastro, 2007).

2) Tahapan Masa Nifas

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

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. Remot puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Ambarwati, 2008).

Sebagai catatan, waktu untuk sehat sempurna bisa cepat bila kondisi sehat prima, atau bisa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.

3) Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas untuk:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
5. Mendapatkan kesehatan emosi (Yanti, 2011).

4) Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

Pengerutan rahim (involusi) pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram. Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawa pusat. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisi dengan berat 500 gram. Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram. Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.

b. Lokhea

- a) Lokhea rubra/merah. Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisis darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.
- b) Lokhea sanguinolenta. Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 samapi hari ke-7 post partum.
- c) Lokhea serosa. Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.
- d) Lokhea alba/putih. Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometriotitis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.

- c. Perubahan pada serviks. Bentuk serviks agak menganga seperti corong segera setelah bayi lahir disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara corpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Serviks berwarna kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah.
 - d. Vulva dan vagina. Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih lonjong.
 - e. Perinium. Pada post natal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.
2. Perubahan sistem pencernaan. Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat

pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh (Sulistyowati, 2009).

3. Perubahan sistem perkemihan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu (Sulistyowati, 2009).

4. Perubahan sistem muskuloskeletal

a. Dinding perut dan peritoneum. Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu.

b. Kulit abdomen. Otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

c. Striae. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar.

d. Perubahan ligamen. Setelah jalan lahir, ligamen-ligamen, diafragma pelvis dan fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala.

e. Simpisis pubis. Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi. Namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal (Yanti, 2011).

5. Perubahan tanda vital

a. Tekanan Darah. Segera setelah melahirkan banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

- b. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pasca partum.
 - c. Denyut nadi, yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum.
 - d. Pernafasan. Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum (Varney, 2007).
6. Perubahan sistem kardiovaskuler. Pada persalinan pervaginam hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu.
7. Perubahan sistem hematologi. Leukkositas yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum (Ambarwati, 2010).

5) Perubahan Psikologis

Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap :

1. *Taking in*
 - a. Periode ini menjadi 1 - 2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
 - b. Ibu akan mengulang - ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan.
 - c. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.
 - d. Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. Nafsu makan yang kurang menandakan proses pengambilan kondisi ibu tidak berlangsung normal.

2. *Taking hold*

- a. Berlangsung 3 - 4 hari postpartum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap janin.
- b. Perhatian terhadap fungsi - fungsi tubuh (misalnya : eliminasi).
- c. Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi (Bahiyatun, 2009).

3. *Letting Go*

- a. Periode ini berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap ketergantungan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
- c. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.
- d. Post Partum Blues. *Post partum blues* atau sering juga disebut *maternity blues* atau sindroma ibu baru dimengerti sebagai suatu sindroma gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan (Suherni, 2009).

- e. Depresi Berat. Depresi berat dikenal sebagai sindroma depresif non psikotik pada kehamilan namun umumnya terjadi dalam beberapa minggu sampai bulan setelah kelahiran.
- f. Psikosis Post Partum. Rekurensi dalam masa kehamilan mencapai 20-30%. Gejala muncul umumnya dari beberapa hari sampai 4-6 minggu post partum (Suherni, 2009).

6) Program dan Kebijakan Teknis Kunjungan Nifas

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

Tabel 2.6 Frekwensi kunjungan masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri. d. Pemberian asi awal. e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan dia harus tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah persalinan / sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada

		<p>perdarahan, tidak ada bau.</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan)</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p> <p>e. Memberikan konsling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.</p>
III	2 minggu post partum	Sama seperti diatas (6 hari post partum)
IV	6 minggu post partum	<p>a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dia alami atau bayinya.</p> <p>b. Memberikan konsling KB secara dini.</p>

(Abdulbari Syaifudin, 2002)

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney

2.2.1 Pengertian Manajemen Varney

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan. Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien (Saminem, 2010).

2.2.2 Standar 7 Langkah Varney

Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid (Soepardan, 2008).

Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. (Soepardan, 2008).

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah IV : Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. (Saminem, 2010).

Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap 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 social ekonomi-kultural atau masalah psikologis. (Soepardan, 2008).

Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. (Saminem, 2010).

Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah (Saminem, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

Data subjektif

a. Umur

Usia < 16 th dan > 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan (JNPK, 2010).

b. Keluhan utama

Sering kencing, Haemoroid, Keputihan, Sembelit, Sesak Nafas, Perut Kembang, Pusing, Sakit Punggung, Varises.

c. Riwayat kehamilan sekarang

1. Kunjungan

Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu) (Jannah, 2012).

2. Pergerakan anak pertama kali : 16 minggu (Manuaba, 2010).

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Asrinah,2010).

3. Penyuluhan yang sudah di dapat

a. Nutrisi

e. Seksualitas

b. Istirahat

f. Persiapan persalinan

c. Aktifitas

g. KB

d. Perawatan

h. Imunisasi

payudara/laktasi

4. Imunisasi yang sudah di dapat

TT1, TT2 1bulan setelah TT1, TT3 6 bulan setelah TT2, TT4 12 bulan setelah TT3, TT5 12 bulan setelah TT4 (Depkes, 2009).

5. Pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi

Pada kehamilan trimester III, berat badan secara berkala harus ditimbang untuk mengamati peningkatannya. Saat hamil tua, sebaiknya makanan diberikan dalam porsi yang tidak terlalu besar karena lambung sedikit terdesak keatas akibat rahim yang membesar (Saminem, 2009).

Seorang wanita hamil setidaknya harus menambahkan 300 kalori selain asupan 2200 kalori yang dianjurkan bagi wanita yang tidak mengandung dan 60 gram protein, yakni 10 gram per hari melebihi asupan 50 gram yang dianjurkan bagi wanita yang tidak mengandung (Varney, 2007).

b. Pola aktivitas sehari-hari

Wanita karier yang hamil mendapat hak cuti hamil selama 3 bulan, yang dapat diambil sebulan menjelang kelahiran dan 2 bulan setelah persalinan. Pekerjaan rutin dapat dilaksanakan, bekerjalah sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010).

c. Pola istirahat dan tidur

Wanita hamil harus sering istirahat, tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Tidur siang 1 jam sehari, tidur malam 8 jam sehari (Manuaba, 2010).

d. Pola kebersihan diri.

Cara ibu menjaga kebersihan tubuh dalam keseharian, misalnay kebiasaan mandi, berganti pakaian, menggosok gigi, dan mencuci rambut (Saminem, 2009).

e. Pola hubungan seksual.

Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan jika:

1. Terdapat tanda-tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas.
2. Terjadi perdaraha saat behubungan seksual.
3. Terdapat pengeluaran cairan mendadak.
4. Hentikan berhubungan seksual pada mereka yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, mengalami kematian dalam kandungan, sekitar 2 minggu menjelang persalinan (Saminem, 2009).

f. Riwayat kesehatan

Ibu tidak mempunyai penyakit Jantung, Ginjal, Asma, TBC, Hepatitis, TORCH.

6. Riwayat psiko-social-spiritual trimester III

pada kehamilan trimester III seringkali disebut perode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu (Asrinah, 2010).

Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, Keadaan emosional kooperatif

b. Tanda –tanda vital

Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg, Nadi 80-100 kali/menit,

Pernafasan 16-20 Kali / menit, Suhu 36,5⁰C-37,5⁰C

2) Antropometri

a. Berat badan ibu hamil bertambah 6,5-15 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan $\pm \frac{1}{2}$ kg per minggu. Peningkatan berat badan pada trimester pertama 1 kg, pada trimester kedua 3 kg, dan pada trimester ketiga 6 kg

b. Tinggi Badan : > 145 cm

c. Lingkar Lengan : > 23,5 cm

3) Pemeriksaan fisik

a. Wajah : Tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum.

b. Mata : Tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.

c. Mulut & gigi : Tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.

d. Dada : Tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-

- e. **Mamae** : Tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- f. **Abdomen** : Perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.
 - a) **Leopold I** : Teraba TFU 3 jari bawah processus xipoid, umur kehamilan > 36 minggu, pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting (bokong).
 - b) **Leopold II** : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan
 - c) **Leopold III** : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, melenting dan tidak dapat digoyangkan (kepala sudah masuk PAP).
 - d) **Leopold IV** : Seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (Rukiyah dan Yulianti, 2010).
 - e) **TFU Mc. Donald** : 29-30 cm (Baihaqi, 2010).
 - f) **TBJ** : Bayi aterm mempunyai tanda cukup bulan yaitu lahir saat usia kehamilan 38-42 minggu dan memiliki berat badan sekitar 2500 sampai 300 gram dan panjang badan sekitar 50 sampai 55 cm (Manuaba, 2010).
 - g) **DJJ normal** 120–160 x/menit dan teratur (Manuaba, 2010).
- g. **Genetalia** : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak odema, tidak varises.

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

4) Pemeriksaan panggul

- a) Distancia Spinarum : 23-26 cm
- b) Distancia cristarum : 26-29 cm
- c) Conjugata eksterna : 18-20 cm
- d) Lingkar panggul : 80-90 cm
- e) Distancia tuberum : 10-11 cm (Saminem, 2009).

5) Pemeriksaan laboratorium

Darah : Hb >11 gram %

Urine : Reduksi (negatif) dan Albumin (negatif)

6) Pemeriksaan lain :

USG : *USG* idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin (Feryanto, 2011).

2). Interpretasi data dasar

- 1. Diagnose : GPAPIAH, usia kehamilan, tunggal, hidup, letak, intrauteri, jalan lahir, keadaan ibu dan janin.
- 2. Masalah : Sering kencing, Haemoroid, Keputihan, Sembelit, Sesak Nafas, Perut Kembung, Pusing, Sakit Punggung, Varises.
- 3. Kebutuhan : HE Aktivitas, Istirahat, Nutrisi, Personal Hygiene

3). Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Tidak ada.

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

Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya berdasarkan kondisi klien.

5). Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu \leq 30-45 menit ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil :

- 1) keadaan umum ibu dan janin baik,
- 2) ibu dapat mengulangi kembali penjelasan yang disampaikan petugas tentang kehamilannya.
 - a. Berikan informasi tentang perubahan fisik normal pada trimester III.
R/ Informasi tentang perubahan fisiologis pada ibu hamil trimester III dapat mempengaruhi sikap dan persepsi ibu secara positif sehingga ibu dapat menerima perubahan yang terjadi.
 - b. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang.
R/ Makanan yang bergizi dan seimbang dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin serta menjaga kesehatan ibu (Saminem, 2009).
 - c. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup.
R/ istirahat dan tidur yang cukup dan teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010).

- d. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.
R/ Perawatan payudara untuk memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan puting susu dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk kedalam (*retracted nipple*) (Manuaba, 2010).
- e. Berikan informasi kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan.
R/ ibu dapat mempersiapkan keperluan pakaian bayi yang akan dilahirkan ibu dan jika sudah muncul tanda-tanda bersalin ibu bisa segera pergi ke tempat bersalin (Saminem, 2009).
- f. Anjurkan ibu untuk kontrol kembali tiap 1 minggu sekali.
R/ pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2010).
- g. Berikan informasi persiapan persalinan dan laktasi.
R/ meningkatkan kesehatan optimal menjelang persalinan dan segera dapat memberikan laktasi (Manuaba, 2010).
- h. Memberikan ibu obat penambah darah (Fe) dan vitamin.
R/ kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta (Manuaba, 2010).

2.3.2 Persalinan

1). Pengkajian

- a) Keluhan utama : His semakin sering dan teratur, pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah, ketuban pecah (Manuaba. 2010).
- b) His semakin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi semakin pendek (3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih).
- c) TTV dalam batas normal, Nadi kurang dari 100x/menit, suhu kurang dari 38°C, Tekanan darah kurang dari 140/90 mmHg.

d) Pemeriksaan fisik:

Mamae: kebersihan cukup, puting susu menonjol, colostrum sudah keluar (Modul 2 Dep.Kes RI, 2002).

Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, pada leopold I teraba bokong, leopold II teraba punggung disalah satu sisi perut ibu, leopold III teraba kepala janin, leopold IV kepala janin sudah masuk PAP (divergen) 4/5, TFU Mc. Donald Usia Kehamilan 20 minggu tinggi fundus 20 cm (± 2 cm), usia kehamilan 22-27 minggu tinggi fundus yaitu Usia Kehamilan (± 2 cm), Usia Kehamilan 28 minggu tinggi fundus adalah 28 cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 29-35 minggu tinggi fundus adalah usia Kehamilan dalam minggu (± 2 cm), Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm (± 2 cm) (Sarwono, 2009).

TBJ : (tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = Berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka n = 11 (Kusmiyati, 2010).

DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal dan presentasi kepala, 2 jari kanan/kiri bawah pusat (Rustam Mochtar, 1998).

Genetalia : pengeluaran lendir bercampur darah, pemeriksaan dalam 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 (Manuaba, 2010).

2). Interpretasi data dasar

Diagnose : GPAPIAH, usia kehamilan, tunggal, hidup, letak, intrauteri, jalan lahir, keadaan ibu dan janin dengan inpartu kala I fase laten/aktif.

Masalah : cemas, gelisah, takut

Data Pendukung :

- a. Klien khawatir / takut akan kondisi dirinya dan bayinya.
- b. Menanyakan keadaan persalinannya (Manuaba, 2010).

Kebutuhan: Observasi keadaan umum ibu, Keadaan umum bayi, Kemajuan persalinan dan Dukungan emosional

3). Antisipasa diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

4). Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

5). Intervensi

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama \pm 12 jam pada primigravida dan \pm 8 jam pada multigravida diharapkan pembukaan lengkap.

Kriteria Hasil : adanya dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka, adanya his -4 kali dalam 10 menit dan lama -40-60 detik' (Manuaba, 2010).

a. Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

R/ Memastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai (JNPK-KR, 2008).

b. Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat yang diperlukan

R/ Semua perlengkapan harus dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi (JNPK-KR, 2008).

c. Lakukan persiapan rujukan.

R/ Keterlambatan dalam merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan/atau bayinya (JNPK-KR, 2008).

d. Berikan Asuhan sayang ibu

a) Membantu pengaturan posisi ibu

b) Memberikan dukungan emosional

c) Memberikan cairan dan nutrisi

d) Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur.

e) Pencegahan infeksi.

R/ Mengatasi gangguan emosional dan pengalaman menegangkan (JNPK-KR, 2008).

e. Lakukan observasi KU ibu, KU bayi, kemajuan persalinan, TTV dan pengisian partograf

R/ Memantau kemajuan persalinandan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008).

KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan \pm 30 menit untuk multigravida dan \pm 50 menit untuk primigravida persalinan dapat berjalan normal (Manuaba, 2010).

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, ibu dapat melahirkan bayinya dengan normal.

Intervensi :

1. Kenali tanda dan gejala kala II (Doran, Teknus, Perjol, Vulka).
2. Pastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukan spuit kedalam partus set.
3. Pakai celemek plastic.
4. Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Pakai sarung tangan DTT/steril pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Masukkan oksitosin 10 unit kedalam spuit yang telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set.
7. Bersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon.
8. Lakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap.
9. Dekontaminasi saruung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Periksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal.

11. Beritahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman.
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Lakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan memberi cukup cairan.
14. Anjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan.
19. Lindungi perineum dengan tangan kanan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Periksa kemungkinan ada lilitan tali pusat.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Pegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Telusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk

diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dengan ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.

25. Nilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.
26. Keringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

KALA III

Tujuan: Setelah dilakukan manajemen aktif kala III 15-30 menit ibu kooperatif dan kelahiran plasenta spontan dan lengkap

Kriteria Hasil: Keadaan umum ibu baik, plasenta lahir spontan dan lengkap.

Intervensi :

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.
29. Suntikan oksitosin 10 unit secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
30. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama.
31. Gunting tali pusat yang telah di jepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi) pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut, ikat tali pusat.
32. Berikan bayi pada ibunya, menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD).

33. Ganti handuk yang basah dengan kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-6 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain merengangkan tali pusat.
36. Lakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain. Mendorong kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
37. Letakkan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).
38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian dilahirkan ditempatkan pada tempat yang telah disediakan.
39. Letakkan telapak tangan difundus dan melakukan msase dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir.
40. Periksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal.
Maternal : Selaput utuh, kotiledon dan lengkap.
Fetal : Diameter 15-20 cm , tebal 2-3 cm, berat 500 gr
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan selama 2 jam kala IV berjalan normal.

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus baik, tidak terjadi perdarahan , tidak terjadi infeksi.

Intervensi : APN langkah 42-58.

Implementasi

42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
43. Biarkan bayi diatas perut ibu.
44. Timbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetrakisiklin 1%), berikan injeksi Vit.K (paha kiri)
45. Berikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit.k)
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama post partum
setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
setiap 30menit pada 1 jam kedia post partum.
47. Anjurkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
48. Evaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
49. Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua post partum.
50. Periksa pernafasan da temperature tubuh ibu sekali setiap 1jam selama 2 jam post partum

51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk mendekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang sudah terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lender dan darah.
54. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberi minum dan makanan yang diinginkan ibu, mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan rendam selama 10 menit.
57. Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
58. Lengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV.

2.3.3 Nifas

1). Pengkajian

- a) Keluhan utama :

Kram pada perut (after pains), yang disebabkan kontraksi dan relaksasi yang terus menerus pada uterus. Nyeri perineum karena pada waktu proses persalinan dilakukan tindakan episiotomi (Suherni, 2009).

b) Pola Kesehatan Fungsional

Pola Nutrisi : Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori, makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin, minum sedikitnya 3 liter setiap hari.

Pola Eliminasi : Dalam 6 jam pertama postpartum ibu harus dapat buang air kecil, dalam 24 jam pertama ibu sudah harus buang air besar (Ari Sulistyawati, 2009).

c) pemeriksaan fisik : Nadi kurang dari 100x/menit, suhu kurang dari 38°C, Tekanan darah kurang dari 140/90 mmHg.

Mamae : puting susu menonjol, ASI sudah keluar

Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik.

genetalia : tidak ada kelainan, jumlah perdarahan <500cc, terdapat lochea rubra, terdapat jahitan/tidak pada perineum.

2). Interpretasi data dasar

Diagnose : PAPIAH post partum 6-8 jam.

Masalah : Mules, Nyeri luka jahitan.

Kebutuhan : HE perawatan luka jahitan, Perawatan payudara dan laktasi, Kebutuhan nutrisi, Dukungan emosional.

3). Antisipasa diagnose dan masalah potensial

Tidak ada

4). Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Tidak ada

5). Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 24 jam diharapkan ibu dapat mengerti penyebab mules.

Kriteria hasil : Ibu dapat mobilisasi dini, KU ibu dan bayi baik.

1. Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
2. Deteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
3. Berikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
4. Berikan asi awal.
5. Lakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
6. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi (Syaifudin, 2002).

Intervensi post partum hari ke-6

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

Intervensi post partum minggu ke-2

Sama seperti (post partum 6 hari)

Intervensi post partum minggu ke-6

1. Tanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang di alami atau bayinya.
2. Berikan konseling KB secara dini.