

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan Dan Nifas

2.1.1. Kehamilan

1) Pengertian

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan 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 (Manuaba, 2010).

Kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dimulainya persalinan. (Asrinah, 2010).

2) Tanda Pasti kehamilan

- a. Mendengar bunyi jantung anak.
- b. Melihat dan meraba pergerakan dan bagian janin oleh pemeriksa.
- c. Melihat rangka janin dengan sinar Rontgen atau dengan Ultrasound

(Indrayani, 2011).

3) Pemeriksaan Diagnostik Kehamilan

Pemeriksaan diagnosis kehamilan adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan seorang wanita sedang hamil atau tidak, bukan pemeriksaan yang dilakukan pada seorang wanita ketika ia sudah diketahui hamil. Pemeriksaan diagnostik kehamilan pada trimester pertama dan kedua mengacu pada kombinasi tanda-tanda tidak pasti, tanda mungkin, dan tidak pasti.

Pemeriksaan ini terdiri atas :

- a. Anamnesa
- b. Pemeriksaan Fisik : pengeluaran kolostrum, perubahan warna payudara, pembesaran payudara, dan pelebaran puting susu, pembesaran abdomen, teraba gerakan janin, gerakan janin, bunyi jantung janin.
- c. Pemeriksaan Pelvis : Pembesaran uterus, Teraba kontraksi brakxton hicks, Tanda chadwick.
- d. Tes Laboratorium Dan Pemeriksaan Menunjang : USG tampak keberadaan janin, Tampak rangka janin pada foto rontgen (x-ray film).

(Hani, 2011)

4) Diferensial diagnosa banding kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya merupakan suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnosa banding, diantaranya sebagai berikut:

- a. *Pseudosiesis* (hamil palsu atau kehamila spuria). Terdapat amenore, perut membesar, tetapi tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi negatif.
- b. Kistoma ovarii.
 - a. Mungkin ada amenore atau datang bulan terus berlangsung.
 - b. Perut penderita makin besar, tetapi tidak disertai tanda hamil dan uterusnya sebesar biasa.
 - c. Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan.
 - d. Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif.
- c. Mioma uteri. Dapat terjadi amenore, perut penderita makin besar, uterusnya makin besar, terkadang tidak merata. Akan tetapi, tanda-tanda kehamilan seperti tanda braxton hicks dan reaksi kehamilan negatif.
- d. *Vesika urinaria* dengan *retensio urine*. Uterus memiliki ukuran seperti pada umumnya, tanda-tanda kehamilan dan reaksi kehamilan negatif.

(Hani, 2011)

5) Menentukan Usia Kehamilan

a. Perkiraan tinggi fundus uteri.

Tabel 2.1 : Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan

Usia Kehamilan (mg)	Tafsiran Berat Janin (g)	Tinggi Fundus Uteri (cm)
8	1	2 jari atas simpisis
12	14	3 jari atas simpisis
16	100	½ pusat-simpisis
20	300	3 jari bawah pusat
24	600	Setinggi pusat
26	800	3 jari atas pusat
28	1000	20
29	1175	21
30	1350	22-23
31	1501	23-24
32	1675	24-25
33	1825	25-26
34	2001	27
35	2160	28
36	2340	29-30
37	2601	30-31
38	2725	32
39	3001	33
40	3250	35
41	3501	37
42	4001	40
43-44	4501	>40

(Baihaqi, 2010)

6) Adaptasi Terhadap Kehamilan

a. Adaptasi Fisiologis Pada Kehamilan

- 1) Sistem Reproduksi. Sebagian besar perubahan yang terjadi di uterus, yang mengalami hipertropi dan hiperplasia miometrium. Otot-otot vagina mengalami hipertropi dan lebih elastis sehingga memungkinkan distensi selama kala dua persalinan. (Medforth, 2011).

2) Sistem Endokrin

1. Kelenjar hipofisis. dapat membesar sedikit
2. Kelenjar tiroid. dapat membesar terutama lobus anterior
3. Kelenjar adrenal. tidak begitu terpengaruh.

(Dewi : 2011)

3) Sistem Kardiovaskuler. volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam pengenceran darah. Gusi berdarah karena pengaruh hormon estrogen, hemoroid karena tekanan uterus terhadap vena hemoroidal, varises pada kaki dan vulva karena kongesti vena bagian bawah.(Dewi, 2011).

4) Sistem Pernafasan. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya (Sulistiyowati, 2012).

5) Sistem Perkemihan. pada akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, keluhan sering BAK karena kandung kemih mulai tertekan kembali. (Dewi, 2011).

6) Sistem Gastrointestinal. Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi (Sulistiyawati, 2012).

- 7) Perubahan Skeletal. Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan estrogen, mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan selama persalinan yang cenderung menyebabkan nyeri punggung dan nyeri ligamen (Medforth, 2011).
- 8) Perubahan Kulit. pada TM 3 cloasma dan perubahan warna areola, striae gravidarum pada bulan 6-7 (Dewi, 2011).
- 9) Payudara. Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba nodul-nodul, akibat hipertropi kelenjar alveoli. Bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, dan juga keluar air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning (Sulistyawati, 2012).
- 10) Nilai Darah Pada Kehamilan. Tekanan sistolik turun sekitar 5 sampai 10 mmHg dan diastolic 10 sampai 15 mmHg. Setelah usia kehamilan 24 minggu, tekanan darah sedikit demi sedikit naik kembali pada tekanan darah sebelum hamil pada saat aterm (Asrinah, 2010).
- 11) Berat Badan Ibu. Perkiraan peningkatan berat badan: 4 kg dalam kehamilan 20 minggu. 8,5 kg dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/minggu dalam trimester akhir). Total: 12,5kg (Salmah, 2006).

b. Adaptasi Psikologi Pada Kehamilan

Menurut teori Rubin, perubahan psikologis yang terjadi pada trimester III, perubahan yang terjadi meliputi perasaan aneh, sembronno, dan merefleksikan pengalaman masa lalu (Saminem, 2009).

7) Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

- (1) Status kesehatan. pengaruh penyakit jantung pada kehamilan dapat menyebabkan terjadinya abortus, prematuritas, dismaturitas, lahir mati dan IUFD. penyakit asma dapat menyebabkan janin kekurangan oksigen sehingga menghambat pertumbuhannya. gejala diabetes dapat mengakibatkan janin mengalami kelainan kongenital, partus prematurus, hidramnion, preeklamsi, kelainan letak janin, dan insufisiensi plasenta
- (2) Status gizi. Selama proses kehamilan, pemenuhan gizi seimbang selama hamil akan meningkatkan kesehatan bayi dan ibu, terutama dalam menghadapi masa nifas sebagai modal awal untuk menyusui. (Asrinah, 2010). Ibu hamil tidak dianjurkan minum kopi ataupun teh karena mengandung kafein yang dapat meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah, serta dapat menyebabkan iritasi lambung.
- (3) Gaya hidup. Resiko konsumsi alkohol dapat meningkatkan risiko keguguran, lahir prematur, berat lahir yang rendah, komplikasi selama masa persiapan kelahiran, persalinan,

keterbelakangan mental, cacat rahim, dan *fetal alcohol effect* (FAE). merokok dapat mempengaruhi dan merusak perkembangan janin dalam rahim seperti BBLR, apneu, dan kemungkinan meninggal karena *sudden infant death syndrome* (SIDS) atau kematian diranjang bayi (*crib death*). Hamil diluar nikah menyebabkan kecemasan dan depresi post partum, resiko abortus lebih besar..

(4) Faktor psikologis

- a) Stresor internal mempengaruhi wanita yang mempunyai emosi yang stabil, hubungan personal yang tidak adekuat.
- 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. Peran keluarga bagi ibu hamil sangat penting, psikologis ibu hamil yang cenderung lebih stabil daripada wanita yang tidak hamil memerlukan banyak dukungan dari keluarga terutama suami

(Dewi, 2011).

- 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 biasanya tumbuh dengan kepribadian yang tertutup.

e) Partner abuse. 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)

(5) Faktor lingkungan, social, budaya, ekonomi.

a) Kebiasaan adat istiadat. Ada beberapa kebiasaan adat istiadat yang merugikan kesehatan ibu hamil. Penyampaian mengenai pengaruh adat bisa melalui berbagai cara, misalnya melalui media massa, pendekatan tokoh masyarakat dan penyuluhan yang menggunakan media efektif.

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)

d) Tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan ibu hamil sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya. Penguasaan pengetahuan erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang (Jannah, 2012).

8) Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester III

(1) Aktivitas fisik : tingkat aktivitas ringan sampai sedang, istirahat minimal 15 menit tiap 2 jam. Jika duduk/ berbaring dianjurkan kaki agak ditinggikan. Jika berat dianjurkan untuk dikurangi (Dewi, 2011).

(2) Nutrisi. Jumlah kalori pada TM III 200-300 kkal/hari. Jumlah protein pada TM III 2 gram per hari. Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia. Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari mulai 12 minggu kehamilan. Pada anemia defisiensi besi diberikan 60-120 mg/hari. Ibu hamil yang mendapatkan asupan zat besi yang cukup pada masa kehamilannya, akan memberikan cadangan zat besi pada bayinya untuk kurun waktu 3 bulan pertama setelah melahirkan. Setiap sulfaferrous 320 mg mengandung zat besi 60 mg dan asam folat 500 mikrogram, minimal masing-masing diberikan 90 tablet. Zat besi diperlukan untuk hemopoiesis, juga untuk mencegah protein, pertumbuhan tulang, daya tahan tubuh dan mencegah kelelahan. Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400-600 mikro gram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan sel, abortus, kelainan janin dan plasenta, BBLR (Indrayani. 2011). Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu, dan jus tiap 24 jam. Sebaiknya membatasi minuman yang mengandung kafein seperti teh, cokelat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarini) karena

bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta (Asrinah, 2010).

- (3) Personal hygiene (Kebersihan pribadi).
 - (a) mandi cukup seperti biasa minimal 2 kali sehari.
 - (b) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.
 - (c) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
 - (d) Pakailah bra yang menyokong payudara.
 - (e) Memakai sepatu dengan hak rendah.
 - (f) Pakaian dalam kedaan selalu bersih.
- (4) Eliminasi. trimester I dan III biasanya ibu hamil mengalami frekuensi kencing yang meningkat dikarenakan rahim yang membesar menekan, obstipasi/konstipasi, kebersihan genetalia perlu dijaga untuk mencegah keputihan (Asrinah, 2010).
- (5) Seksual. Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini : sering abortus dan kelahiran prematur, perdarahan per vaginam, 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)

- (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 mengejan 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).
- (8) Istirahat / tidur. nafsu makan sangat baik, tetapi jangan kelebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein,sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis (seperti gula) dan terlalu asin (seperti garam, ikan asin, telur asin, tauco dan kecap asin) karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan.
- (9) Hewan peliharaan. Dapat menjadi pembawa infeksi (misalnya bulu kucing/ burung dapat mengandung parasit toksoplasma). Oleh karena itu, dianjurkan untuk menghindari kontak (Dewi, 2011).

- (10) Merokok/ minuman keras/ obat-obatan. harus dihentikan sekurang-kurangnya selama kehamilan dan sampai persalinan, nifas, dan menyusui selesai. obat-obatan mendepresi sirkulasi janin dan menekan perkembangan susunan syaraf pusat pada janin.
- (11) Perawatan mammae dan abdomen. Jika terjadi papila retraksi, biasanya papila ditarik manual dengan pelan.
- (12) Imunisasi.

Tabel 2.2 :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	≥ 25 tahun

(Depkes, 2009)

- (13) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi
- 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 memutuhkan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan

(Asrinah, 2010).

9) Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

- a. Perdarahan. perdarahan tidak normal adalah merah, banyak/ sedikit, nyeri berarti plasenta previa dan solusio plasenta.
- b. Nyeri Hebat Di Daerah Abdominopelvikum. berarti appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih.
- c. Sakit Kepala Yang Hebat. gejala dari preeklamsi.
- d. Masalah Penglihatan misalnya pandangan kabur atau berbayang.
- e. Bengkak pada muka atau tangan. menandakan anemia, gagal jantung, atau preeklamsi.
- f. Bayi kurang bergerak seperti biasa. Bayi bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Asrinah, 2010).

10) Keluhan Pada Trimester III

- a. Leukore. Dasar anatomis dan fisiologis: hiperplasia mukosa vagina, peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal. Cara meringankan/ mencegah: meningkatkan kebersihan/ personal hygiene, gunakan pakaian dalam yang terbuat dari bahan baku nilon, jaga kebersihan dan kelembapan vagina. Tanda bahaya: jika sangat banyak, bau menyengat, warna kuning/abu-abu (curiga penyakit kelamin), pengeluaran cairan seperti air-air (curiga air ketuban).
- b. Sering kencing. Cara meringankan/ mencegah: penjelasan mengenai sebab terjadinya, kosongkan saat terasa dorongan untuk BAK, perbanyak minum pada siang hari, jangan kurangi minum pada malam hari, jika nocturia mengganggu tidur dan menyebabkan kelelahan maka batasi minum bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, cola, dan cafein, tidur dengan posisi baring miring kiri, kaki ditinggikan (Indrayani, 2011).
- c. Napas sesak. Jelaskan penyebab fisiologinya, Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
- d. Sakit punggung atas dan bawah. Gunakan posisi tubuh yang baik. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung

(Asrinah, 2010).

11) 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. 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. Ukur Tinggi Fundus Uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan (Kementrian kesehatan RI, 2012).
5. 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)
6. Skrining Status Imunisasi Tetanus Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Bila Diperlukan.

7. 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).
8. 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.
9. Tatalaksana/ Penanganan Kasus kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

10. Temu Wicara/ Konseling tentang : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan testing dan konseling HIV di daerah terkonsentrasi HIV/ bumil risiko tinggi terinfeksi HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

(Kementrian Kesehatan RI, 2012).

12) 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).

2.1.2. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Dewi, 2011).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan pelahiran plasenta (Varney, 2007).

2. Jenis persalinan

- a. Berdasarkan Cara Pengeluarannya
 - b. Persalinan Spontan: Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.
 - c. Persalinan Buatan: Persalinan dengan bantuan dari luar misalnya forcep / vakum/ SC.
 - d. Persalinan Anjuran: Persalinan dengan bantuan diberi obat-obatan baik disertai/tanpa pemecahan ketuban.

(Dewi, 2011).

b. Berdasarkan Usia 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 ≥ 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).

c. Faktor Penyebab Terjadinya Persalinan

1. Teori Keregangan. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas-batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
2. Teori Penurunan Progesteron. Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Estrogen meninggikan ketegangan otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara progesteron dan

estrogen dalam darah, tapi pada akhir kehamilan progesteron menurun sehingga adanya his.

3. Teori Prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu dikeluarkan oleh desidua.
4. Teori Oksitosin. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar Hipofisi Pars Posterior. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

(Dewi, 2011).

d. Mekanisme Persalinan

Turunnya kepala dibagi 2: masuknya kepala dalam pintu atas panggul pada primi di bulan terakhir kehamilan sedang pada multipara terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk rongga panggul dan biasanya dimulai pada kala II. Majunya persalinan bersamaan dengan gerakan fleksi, putar paksi dalam dan ekstensi.

- (1) Fleksi. Dengan fleksi kepala memasuki rongga panggul pada ukuran yang terkecil, yaitu diameter sub oksipitobregmatika dan sirkumferensia oksipitobregmatika. Sampai di dasar panggul kepala janin fleksi maksimal.
- (2) Putar Paksi dalam. Bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke arah bawah simpisis.
- (3) Ekstensi. Suboksiput sebagai hipomoklion, kepala bayi mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan dan kemudian ekstensi.

(4) Putar paksi luar. Kepala bayi memutar kembali ke arah punggung untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

(5) Ekspulsi . bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hypomoclon untuk kelahiran bahu belakang, kemudian bahu depan dan seluruh badan bayi.

(Asrinah, 2010)

e. 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: terasa ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak dan terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi.
- b. Terjadi His Permulaan. Sifat his permulaan atau palsu: rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur dan durasinya pendek, tidak ada perubahan pada serviks dan tidak bertambah bila beraktivitas

(Dewi, 2011).

2. Tanda Pasti Persalinan : penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan pembukaan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (“*show*”) melalui vagina (APN, 2008).

f. 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 (APN, 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).

Tabel 2.3 Penurunan Kepala Janin Saat Persalinan

Palpasi Kehamilan	Periksa Dalam	Keterangan kepala janin
5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakkan
4/5	1-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5	III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5	III – IV	Kepala didasar panggul
0/5	IV	Diperineum

(Saifuddin, 2007)

2) Kala II. Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti Kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah: Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm), atau Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (Nurasiah, 2012). Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya., Perineum menonjol, Vulva – vagina dan sfingter ani membuka. dan Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Wiknjosastro, 2008).

Menolong Kelahiran Bayi

(a) 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 ibu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir.

- (b) 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 episiotomi rutin.
 - c. Meningkatnya nyeri pascapersalinan di daerah perineum.
 - d. Meningkatnya risiko infeksi (terutama jika prosedur PI diabaikan

(Wiknjosastro, 2008).

(c) 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.

(d) 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.
- (e) Melahirkan Seluruh Tubuh
- a. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) kearah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tanagn 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 handukyang telah disiapka 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.

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. Manajemen Aktif Kala III terdiri dari tiga langkah utama :

- 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 (aspekus 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.
- c. 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.

- d. 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 terpilin menjadi satu. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008)

e. Rangsangan Taktil (Masase) Fundus Uteri

- a) Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
- b) 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.
- c) Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.

- d) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
 - e) 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.
 - f) Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.
- 4) Kala IV. Dimulai dari pengeluaran uri sampai 2 jam kemudian. Observasi post partum pada 1 jam pertama setiap 15 menit dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.
- 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 atau 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)

5. Evaluasi keadaan ibu
6. 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.
7. Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
8. Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai dengan apa yang diperlukan.
9. Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
10. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.
11. 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.

12. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
13. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan

(Wiknjosastro, 2008).

g. Faktor yang mempengaruhi persalinan

a) Power . His yaitu kontraksi otot-otot rahim. Sifat his yang baik: Teratur, kontraksi simetris/dari atas ke bawah. Paling kuat di fundus dekat kornu. Makin lama makin sering, intensitas makin kuat, durasi makin lama. 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 '60 mmHg, 3-4 kali dalam 10 menit dan lama 60-90 detik'.

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

Perbedaan lama persalinan nuliapara dengan multipara.

Tabel 2.4 : Lama persalinan

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

- b) Passage (jalan lahir). 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.
- c) 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.
- d) Psikologis. Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual. Pengalaman bayi sebelumnya. Kebiasaan adat. Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
- e) Penolong (*physician*). Mengantisipasi dan menangani komplikasi mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan aktif dan kesiapan penolong dalam menghadapi persalinan

(Asrinah,2010).

h. Perubahan Fisiologis Dalam Persalinan

1. Tekanan darah. Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata – rata 10 – 20 mmHg dan kenaikan diastolic rata – rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.
2. Metabolisme. Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik maupun metabolisme anaerobik akan naik secara berangsur disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal.

Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

3. Suhu badan. Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal jika tidak melebihi 0.5 – 1 °C.
4. Denyut jantung. Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.
5. Pernafasan. Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang dianggap normal. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bias menyebabkan alkalosis.
6. Perubahan pada ginjal. Poliuri sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap biasa dalam persalinan.
7. Perubahan gastrointestinal. Motilitas lambung dan absorpsi makanan secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

8. Perubahan hematologi Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum.

(Asrinah, 2010)

i. Perubahan Psikologis Dalam Persalinan

1. Pengalaman sebelumnya. Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab ,yang baru atau tambahan yang akan di tanggungunya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.
2. Kesiapan emosi. Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang di akibatkan oleh perubahan – perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang – orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu – ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.
3. Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental,materi dsb). Biasanya ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung

jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

4. Support system. Peran serta orang – orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

(Varney, 2007)

j. Asuhan Persalinan

Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi yang terdiri dari :

1. Membuat Keputusan Klinik. Merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien (APN, 2008).
2. Asuhan Sayang Ibu. 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 tanggapi 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)
3. Pencegahan Infeksi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur.

4. Pencatatan (Dokumentasi). Bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

5. 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 kefasilitas 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.

(APN, 2008).

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 hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyowati, 2009).

2) Tujuan masa nifas.

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi

(Yanti, 2011).

3) Tahapan masa nifas

- a. Puerperium Dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. Puerperium Intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

- c. Remote Puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi

(Sulistiyowati, 2009).

4) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

a) Pengerutan rahim (involusi)

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

b) Lokhea

- 1) 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.

2) Lokhea sanguinolenta. Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) 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.

4) 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.

2) Perubahan pada serviks. mulut serviks tertutup sekitar 1 cm dalam 1 minggu, kelenjar endoserviks mengalami regresi selama hari ke-4, edema tetap ada sampai 3-4 bulan (Reeder, 2011).

(a) Vulva dan vagina. Rugae muncul kembali dalam 3 minggu, kadar estrogen normal dan lubrikasi vagina kembali terjadi dalam waktu 6-10 minggu (Reeder, 2011).

(b) Perinium. Pada post natal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

b. Perubahan sistem pencernaan. Konstipasi dan kesulitan eliminasi terjadi selama 2-3 hari, tonus usus membaik pada akhir minggu pertama.

c. 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).

d. 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. l.

d) Perubahan ligamen. Setelah jalan lahir, ligamen-ligamen, diafragma pelvis dan fascia 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).

e. Perubahan Endokrin

- a. Hormon 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.
- b. Hormon Pituitary. Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi. (Sulistyawati, 2009).
- c. 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.
- d. Hipotalamik Pituitary Ovarium. Seringkali mentruasi 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, 2008)

- e. Kadar estrogen. Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kejar mammae dalam menghasilkan ASI

(Sulistyawati. 2009).

f. 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. Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pasca partum.
- c) 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. 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. Keadaan pernafasan 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.

(Varney, 2007).

g. Perubahan sistem kardiovaskuler. Pada persalinan pervaginam hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4–6 minggu.

h. 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, 2008).

5) Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap :

1) *Taking in*. Periode ini menjadi 1 - 2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ibu akan mengulang - ulang

pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur. 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*. Berlangsung 3 - 4 hari postpartum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap janin. Perhatian terhadap fungsi - fungsi tubuh (misalnya : eliminasi). 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) \Periode "*Letting Go*". Periode ini berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. 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. Gejala muncul umumnya dari beberapa hari sampai 4-6 minggu post partum

(Suherni, 2009).

6) Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1. Gizi. 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 menyehatkan 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 protein 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.

2. Ambulasi Dini. Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat 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.

3. 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 dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien atau mengompres air hangat di atas simpisis.
2. Defekasi. Biasanya 2 – 3 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.

4. 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.

5. 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.
6. 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.
7. 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 haemorrhoid, meningkatkan pengendalian atas urin.

8. 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, 2008).

7) Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

1. Kunjungan 1 (6-8 jam setelah persalinan)

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*.
- d. Pemberian ASI awal.
- e. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir.

- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hypothermi*.
- g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

2. Kunjungan 2 (6 hari setelah persalinan)

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

3. Kunjungan 3 (2 minggu setelah persalinan)

Sama seperti diatas.

4. Kunjungan 4 (6 minggu setelah persalinan)

- a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami.
- b. Memberikan konseling KB secara dini

(Sulistyowati, 2009).

2.2. Asuhan Kebidanan Manajemen Varney

2.3.1. Pengertian Asuhan Kebidanan 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 secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi dan dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien (Saminem, 2010).

2.3.2. Asuhan Kebidanan menurut 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, 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 pada ibu hamil, bersalin dan nifas

2.3.1. Kehamilan

1. Pengkajian

a) Data subjektif

- a. Umur. Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat – alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Usia < 16 th dan > 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan (APN, 2010).
- b. Keluhan utama : Leukore, sering kencing, sembelit, sesak (Indrayani, 2011).
- c. Riwayat kebidanan: Kunjungan : Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu, Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu), Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu) (Jannah, 2012). Riwayat menstruasi siklus 23-32 hari (Sulistyowati, 2009).
- d. Riwayat Obstetrik yang lalu : Apakah ada masalah selama persalinan atau kelahiran sebelumnya (bedah caesar, persalinan dengan ekstraksi vakum atau vorseps, hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan, preeklamsi/eklamsi, perdarahan pasca persalinan). Berapa berat badan bayi yang paling besar pernah ibu lahirkan. Semua pernyataan tersebut sangat mempengaruhi proses kehamilan, persalinan dan nifas yang akan datang (Tresnawati, 2012)

- e. Riwayat kehamilan sekarang : Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, sering buang air kecil, leukore/keputihan (Sulistiyowati, 2009).
- f. Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : 2-3x (10 gerakan / 12 jam) (Sarwono, 2008). Menurut Champbel (2006) Bayi mulai bergerak sejak minggu ke-7 atau ke-8 walaupun anda belum menyadari sampai sekitar minggu ke-18 atau 24. Pada primi 18-20 minggu dan multipara 16 minggu.
- g. Penyuluhan yang sudah di dapat : Nutrisi, Eliminasi, Personal hygiene, Seksual, Mobilisasi(aktifitas), Istirahat, Imunisasi, Persiapan persalinan, Tanda bahaya kehamilan. (Asrinah, 2010).
- h. Imunisasi: Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Asrinah, 2010).

- i. Pola fungsi kesehatan
 - a. Nutrisi: nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis (seperti gula) dan terlalu asin (seperti garam, ikan asin, telur asin, taucu dan kecap asin) karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan.
 - b. Eliminasi: Pada trimester I dan III biasanya ibu hamil mengalami frekuensi kencing yang meningkat dikarenakan rahim yang membesar menekan dan konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. (Asrinah, 2010). jika urine keruh curiga DM. (Saifuddin,2002)
 - c. Istirahat: Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam + sekitar 8 jam/ istirahat/ tidur siang \pm 1 jam (Asrinah, 2010).

- d. Aktivitas: Wanita hamil boleh melakukan pekerjaannya sehari-hari di rumah, di kantor, di pabrik jika pekerjaan tersebut bersifat ringan.
- e. Pola seksual: Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan perlu dihindari hubungan seksual karena dapat membahayakan. Bisa terjadi bila kurang higienis, ketuban bisa pecah, dan persalinan bisa terangsang karena sperma mengandung prostaglandin.
- f. Pola persepsi:
- (a) Kafein berdampak pada janin seperti keguguran, BBLR, sindrom kematian janin mendadak (SIDS), detak jantung meningkat (Indrayani, 2012).
 - (b) Merokok dapat menyebabkan angka kejadian SGA, berat plasenta rendah, abortus spontan, malformasi kongenital *defec neural tube*, masalah pernafasan pada BBL dan bayi. Dapat menyebabkan kelahiran preterm, keguguran, abruptio plasenta, ruptur, dan vasokonstriksi (Indrayani, 2011).
 - (c) Alkohol dapat mengakibatkan fetal alkohol syndrome, kerusakan janin pada awal kehamilan, kelainan pertumbuhan, IQ dibawah standar, wajah abnormal, jantung abnormal (Indrayani, 2011).
 - (d) Kokain menyebabkan hipertensi, IUFD, IUGR, kelahiran prematur, mikrosephalus, cacat kongenital,

- (e) Narkotik pada kehamilan dapat menyebabkan IUGR, kelahiran prematur, dan kematian janin.
 - (f) Amfetamin pada ibu hamil berhubungan dengan penurunan nutrisi dan berat badan (Indrayani, 2011).
 - (g) Hewan peliharaan dapat menjadi pembawa infeksi (misal bulu kucing, burung dapat mengandung parasit toksoplasma) (Dewi, 2011)
- g. Personal hygiene: Mandi minimal 2 kali sehari, ganti baju minimal 1 kali, ganti celana minimal 2 kali, keramas 2 hari sekali, basuh kemaluan setelah buang air besar dengan arah ke depan ke belakang.
- j. Riwayat penyakit sistemik
- a. Jantung: pada kehamilan, persalinan dan nifas dapat timbul payah jantung (decompensasi cordis). (Rahmawati, 2012). pengaruh pada kehamilan dapat terjadi abortus, prematuritas, dismaturitas, lahir mati, dan IUFD.
 - b. Ginjal: Komplikasi penyakit hipertensi (Medforth, 2011).
 - c. Asma: Pada kehamilan abortus, pada janin hipoksia, prematur, BB janin tidak sesuai dengan UK, asmatikus.
 - d. TBC menyebabkan bayi tertular dan kurang gizi.
 - e. Hepatitis: Meningkatkan angka kematian ibu dan janin.
- (Rahmawati, 2012)

- f. DM: Pada kehamilan dapat menyebabkan janin kelainan kongenital, partus prematurus, hidramnion, preeklamsi, kelainan letak janin, dan insufisiensi plasenta (Dewi, 2011). Komplikasi lain infeksi saluran kencing, infeksi vagina, polihidramnion, makrosomia (Medforth, 2011).
- g. Hipertensi: dampak mortalitas perinatal berhubungan dengan solusio plasenta, hambatan pertumbuhan janin intrauteri, kelahiran prematur (Medforth, 2011)
- h. Malaria: Komplikasi pada kehamilan anemia, demam, hipoglikemia, malaria serebral, edema paru,, sepsis, pada janin BBLR, abortus, prematur, IUFD dan IUGR (Saifuddin, 2002).
- i. TORCH (Toksoplasma, Rubella, Cytomegalovirus Dan Herpes)
 - a) Toksoplasma. Pada kehamilan dapat menyebabkan keguguran, lahir mati, masalah pertumbuhan, kebutaan, kerusakan otak, epilepsi, tuli (Medforth, 2011).
 - b) Rubella. Jika menyerang pada trimester III, kecacatan janin sksn terjadi sebesar 5,3% seperti organ jantung, telinga, dan susunan saraf pusat.
 - c) Cytomegalovirus. menyebabkan cacat janin pada bagian kepala, mata, kaki, dan kelainan darah.
 - d) Herpes. Pada kehamilan dapat mengakibatkan kematian janin dalam rahim (Rahmawati, 2012).

- j. Gemelli. Komplikasi pada kehamilan keguguran, gangguan minor yang sangat banyak pada kehamilan, persalinan prematur, hipertensi akibat kehamilan, anemia disebabkan oleh tuntutan dari 2 janin, polihidramnion, solusio plasenta, plasenta previa, hambatan pertumbuhan intrauteri (Medforth, 2011).
- k. Riwayat psiko-sosial-spiritual:
- a. Riwayat emosional cemas 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 (Varney 2007). respon ibu terhadap kehamilannya. dukungan keluarga/ suami, pengambil keputusan dalam keluarga, rencana, tempat, dan penolong persalinan, status perkawinan (usia saat menikah, berapa kali menikah, lamanya pernikahan), (Indrayani, 2012)
 - b. Kehamilan direncanakan/ tidak.
 - c. Kebiasaan adat istiadat, fasilitas kesehatan, dukungan keluarga (Asrinah, 2010).
 - d. Riwayat Keluarga Berencana (KB) Suntikan KB, AKDR, Pil KB, Implan, Metode sederhana. (Saifuddin, 2006).

b) Data objektif

1. Pemeriksaan umum.
 - a. Keadaan umum baik,
 - b. Kesadaran composmentis, somnolen, apatis
 - c. Keadaan emosional kooperatif,
 - d. Tekanan darah normal. 110/70-130/90 mmHg, jika kenaikan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg atau tekanan darah lebih 140/90 mmHg harus diwaspadai gejala pre eklamsi.pemeriksaan diatas 20 minggu untuk mendeteksi pre eklamsi (Saifuddin, 2002)
 - e. Nadi normal 80-100 kali/menit, ≥ 110 kali/menit, cepat dan lemah (menunjukkan gejala syok)
 - f. Pernafasan normal 16-20 kali / menit, ≥ 30 kali /menit, cepat (menunjukkan gejala syok).
 - g. Suhu normal $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. Suhu tubuh lebih 38°C identifikasi infeksi dalam kehamilan dan malaria (Saifuddin, 2002).
 - h. Berat badan ibu hamil bertambah 12-15 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan $\pm \frac{1}{2}$ kg per minggu. Peningkatan berat badan pada trimester pertama 1 kg, pada trimester kedua 3 kg, dan pada trimester ketiga 6 kg. pertambahan lebih dari $\frac{1}{2}$ kg perminggu pada TM 3 diwaspasai kemungkinan preeklamsi. jika BB ibu lebih

dari normal kemungkinan janin besar, kehamilan hidramnion, kehamilan ganda (Baety, 2012).

i. Tinggi Badan > 145 cm (jika <145 cm kemungkinan kesempitan atau kelainan panggul).

j. Lingkar Lengan > 23,5 cm (<23,5 cm KEK)

(Jannah, 2012).

2. Pemeriksaan fisik

a. Wajah : oedema (identifikasi adanya hipertensi pada kehamilan), cloasma gravidarum ada atau tidak.

b. Mata: conjungtiva merah muda atau pucat (apabila pucat identifikasi anemia pada ibu komplikasi abortus, syok, persalinan preterm, perdarahan pascapersalinan, IUGR, IUFD), sklera putih atau kuning, palpebra.bengkak atau tidak (jika papebra bengkak, kemungkinan pre eklamsi berat)

c. Mulut & gigi : mukosa bibir lembab atau kering, lidah stomatitis atau tidak, caries gigi memperburuk nafsu makan sehingga konsumsi kalsium berkurang, gingivitis atau tidak (gingivitis indikasi BBLR), epulis kehamilan ada atau tidak (jika ada akan mengecil saat persalinan).

- d. Leher : pembengkakan kelenjar tiroid atau tidak, pergerakan (kelenjar tiroid bengkak kemungkinan ibu punya penyakit gondok) , pembesaran vena jugularis atau tidak (jika terdapat pembesaran vena jugularis dicurigai ibu mengidap penyakit jantung).
- e. Dada : simetris, retraksi dinding dada. Ronchi +/- adanya sesak nafas/asma komplikasi keguguran, persalinan premature, IUGR (Mansjoer, 2001)
- f. Mamae : hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol atau tenggelam (jika tenggelam dapat dilakukan pemijatan dengan cara hoffman), benjolan abnormal, colostrum (Baety, 2012).
- g. Abdomen : menegang atau mengendur, perut membesar sesuai usia kehamilan atau tidak, stiae dan linea gravidarum, jika terdapat bekas luka operasi, bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan/persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim (Rochjati, 2011). Pemeriksaan ini dilakukan menggunakan jari kita apabila usia kehamilan di bawah 20 minggu, dan menggunakan metline apabila usia kehamilan menginjak 22 minggu ke atas. janin dapat dipalpasi mulai usia kehamilan 24 minggu (Asrinah, 2010).

- a) Leopold I : Perbedaan antara bokong dan kepala saat diraba antara lain bokong teraba besar, padat, tidak rata, dan tidak ada balotemen, sedangkan kepala teraba besar, keras, rata, dan ada balotemen.
- b) Leopold II : Untuk menentukan letak punggung anak dan ekstremitasnya. Punggung teraba bagian yang datar dan luas, dan ekstremitas terasa bagian yang kecil-kecil.
- c) Leopold III : pemeriksaan bagian terbawah janin masih dapat digoyangkan/tidak, teraba keras/lunak (untuk memastikan lagi presentasi janin lalu di cocokkan dengan hasil pemeriksaan leopold I).
- d) Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Kepala turun memasuki Pintu Atas Panggul terutama primigravida menjelang minggu ke-36, pada primigravida karena kontraksi braxton hick.. Pada multipara terjadi pada awal permulaan persalinan. UK 36 minggu atau lebih kepala belum masuk PAP diduga mempunyai kelainan atau kesempitan panggul (Asrinah, 2010).
- e) TFU Mc. Donald : Uk 29 minggu 21 cm, Uk 32 minggu 24-25 minggu, UK 36 minggu 29-30 cm, Uk 40 minggu 35 cm (Baihaqi, 2010).

f) TBJ : dihitung dengan $(TFU-n) \times 155 =$ gram
(Baihaqi, 2010).

N : 13 bila kepala belum melewati pintu atas panggul

N : 12 bila kepala masih berada diatas spina iskiadika

N : 11 bila kepala masih berada dibawah spina
iskiadika (Mansjoer, 2001).

g) DJJ normal 120–160 x/menit dan teratur (Baety, 2012).

jika <120 x/menit dan >160 x/menit identifikasi gawat janin (Kementrian Kesehatan RI, 2012). Bunyi jantung anak paling jelas terdengar pada bagian punggung karena pada bagian dada terhalang oleh ekstremitas bayi. denyut jantung janin terdengar pada UK 10-12 minggu menggunakan doptone, sedangkan menggunakan *pinard's fetal stetoscope* mulai UK 20-24 minggu (Indrayani, 2011).

h) Braxton hicks dapat dirasakan mulai UK 16 minggu (Indrayani, 2012)

h. Genetalia : perdarahan UK lanjut plasenta previa, solusi plasenta, rupture uteri (Indrayani, 2011), cairan keputihan banyak / sedikit, warna, dan bau,(sangat banyak, bau menyengat, warna kuning/abu-abu (curiga penyakit kelamin) (Indrayani, 2011), tanda chadwick, labia mayora pada nulipara tertutup dan multipara terbuka (Baety,

2012). Anus hemoroid atau tidak (haemoroid akan mempengaruhi proses persalinan).

- i. Punggung : lordosis/ kifosis/ skoliosis (jika lordosis, kifosis, skoliosis diduga kesempitan dan kelainan panggul).
- j. Ekstremitas : tidak terdapat varises, odema atau tidak (tungkai odema identifikasi pre eklamsi), refleks patela ada atau tidak(refleks lutut negatif kemungkinan hipovitaminose B1 dan penyakit syaraf) (Baety, 2012).

3. Pemeriksaan panggul :

- a. Distancia spinarum 23-26 cm: jarak antara spina iliaca anterior superior kanan dan kiri.
- b. Distancia cristarum 26-29 cm, jarak terjauh antara krista iliaca kanan dan kiri. Bila selisih antara distansia kristarum dan distansia spinarum kurang dari 16 cm kemungkinan besar adanya panggul sempit.
- c. Conjugata eksterna (*boudelaque*)18-20 cm, jarak antara tepi atas simpisis dan prosesus lumbal ke lima. Bila diameter *boudeloque* kurang dari 16 cm, kemungkinan besar terdapat panggul sempit.
- d. Lingkar panggul 80-90 cm, diukur dari pinggir atas simpisis, pertengahan SIAS trochanter mayor, ruas tulang lumbal ke lima kembali ke tempat yang sama.

e. Distancia tuberum 10,5-11 cm. Ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak tuber ischiadikum kanan dan kiri.

Pemeriksaan panggul pada multipara riwayat persalinan sebelumnya melalui jalan lahir tidak wajib kecuali jika riwayat sebelumnya SC.(Baety, 2012).

4. Pemeriksaan laboratorium :

a. Darah :

Tabel 2.5 Nilai Anemia Pada Perempuan

Status kehamilan	Hemoglobin (g/dl)	Hematokrit (%)
Tidak hamil	12,0	36
Hamil		
Trimester I	11,0	33
Trimester II	10,5	32
Trimester III	11,0	33

(Jannah,2012)

Tingkatan Anemia

Anemia Ringan : 9-10 Gr%

Anemia Sedang : 7-8 Gr%

Anemia Berat : < 7gr%

Tidak Anemia 11 Gr%

(Manuaba, 2011)

b. Urine :

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi, proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklamsi pada ibu hamil (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Pada usia kehamilan > 20 minggu tekanan darah ibu meningkat ini awal terjadinya hipertensi pada kehamilan (Medforth, 2011).

5. Pemeriksaan lain :

- a. USG : USG umumnya dilakukan pada 6 minggu terakhir kehamilan untuk melihat posisi janin dan posisi plasenta (Rahmawati, 2012). BPD (*Biparietal Diameter*) untuk menilai kematangan kehamilan, berat janin setelah 12 minggu. Pada usia kehamilan 36 minggu BPD harus 8,7 cm, cukup bulan 9,8 cm (Reeder, 2011).
- b. NST : (Non Stress Test) untuk melihat ada tidaknya akselerasi atau deselerasi, pada DJJ ataupun gerakan janin.

2. Interpretasi data dasar

1. Diagnose : GPAPIAH, usia kehamilan minggu, hidup /mati, tunggal/gemeli, letak/presentasi, intrauteri/ekstrauteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin.
2. Masalah : Sering buang air kecil, sakit punggung atas dan bawah, keputihan, napas sesak, gatal-gatal, edema dependen. (Asrinah. 2010)
3. Kebutuhan : Nutrisi, Personal hygiene, Eliminasi, Seksual, Aktifitas, Istirahat, Persiapan persalinan dan kelahiran bayi (Asrinah, 2010).

4. Antisipasi diagnose dan masalah potensial.

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis yang sudah diidentifikasi

5. Identifikasi 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

(Saminem, 2010).

6. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu \leq 45- 60 menit ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil : ibu dapat mengulangi kembali penjelasan yang disampaikan petugas tentang kehamilannya.

1. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaan.

R/ Ibu dan keluarga mengerti tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan.

2. 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.

3. Jelaskan pada ibu tentang keputihan dan penyebab keputihan yang dirasakan juga cara mengurangi keputihan dan dampak keputihan.

R/ Menambah pengetahuan ibu, keputihan perubahan normal yang terjadi pada wanita hamil.

4. Anjurkan mandi teratur dan perawatan perineal.

R/ Meningkatkan hygiene dengan mengangkat mengabsorpsi sekret vagina yang berlebihan (Doengoes, 2001).

5. Berikan informasi tentang tindakan Hygiene yang lain, termasuk mengusap vulva dari depan ke belakang setelah berkemih dan setelah koitus.

R/ membantu mencegah kontaminasi E. coli rektal mencapai vagina (Doengoes, 2001).

6. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang.

R/ Makanan yang bergizi dan seimbang dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin serta menjaga kesehatan ibu (Sulistyowati, 2009).

7. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.

R/ Perawatan payudara bermanfaat menjaga payudara tetap bersih dan mempersiapkan untuk meneteki bayi setelah melahirkan.

8. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup. tidur siang 1 sampai 2 jam setiap hari, 8 jam setiap tidur malam
R/ istirahat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme berkenaan dengan pertumbuhan jaringan ibu atau janin (Doengoes, 2001).
9. Berikan HE tentang inisiasi menyusu dini dan asi eksklusif
R/ Edukasi dan wawasan bagi ibu dalam persiapan persalinan dan kelahiran (Kementrian Kesehatan RI, 2012).
10. Berikan HE tentang *Brain Booster*.
R/ Pemberian stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*Brain Booster*) dapat meningkatkan intelegensi bayi yang akan dilahirkan (Kementrian Kesehatan RI, 2012).
11. Berikan informasi kepada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya kehamilan.
R/ Membantu klien membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam perawatan kesehatan pada waktu yang tepat (Doengoes, 2001)
12. Berikan informasi kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan.
R/ Dengan mengetahui tanda-tanda persalinan ibu dapat segera datang ke petugas kesehatan (Sulistyowati, 2009).

13. Berikan ibu multivitamin penambah darah (Fe) dan vitamin.
R/ Ibu hamil dengan usia kehamilan trimester III masih mendapat pengaruh dari hemodilusi yang terjadi pada trimester III sehingga perlu pemenuhan kebutuhan zat besi (Fe) dan vitamin (Sulistyowati, 2009).
14. Diskusikan dengan ibu tentang rencana persiapan persalinan/ kesiagaan menghadapi komplikasi.
R/ memastikan ibu menerima asuhan yang telah diberikan (Dewi, 2011).
15. Anjurkan ibu untuk kontrol kembali 2 minggu lagi yang ditetapkan.
R/ Dengan kontrol kembali, petugas kesehatan dapat mengetahui pertumbuhan janin dan kesehatan ibu (Sulistyowati, 2009).
16. Kolaborasi untuk pemeriksaan laboratorium untuk mengkaji penyebab keputihan ?
R/ Dengan pemeriksaan laboratorium dapat mengetahui penyebab pasti keputihan.

2.3.2. Persalinan

1. Pengkajian

a) Subjektif:

- a. Umur : pada primigravida usia 12-16 persalinan normal tetapi sering didapatkan toxaemia. Primi tua usia 35 tahun persalinan lebih panjang dikarenakan servik kaku (Asrinah, 2010)
- b. Keluhan Utama : ibu mengeluarkan cairan, lendir bercampur darah. Cemas hadapi persalinan, nyeri persalinan (Dewi, 2011).

c. Pola Kesehatan Fungsional

(1) Nutrisi: Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan kelahiran bayi sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan, tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya menginginkan cairan saja. Anjurkan anggota keluarga menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makanan ringan selama persalinan. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

(2) Eliminasi : Kapan BAB terakhir, kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. (Asrinah, 2010).

(3)Istirahat : saat dan menjelang persalinan pada kala 1 ibu tidak tidur dan membicarakan rasa khawatirnya.

(4)Aktifitas : ingin berjalan-jalan dan menciptakan kontak mata.

(5)Seksual : Banyak wanita merasa prosedur episiotomi, ketuban pecah secara artificial, kelahiran dengan menggunakan alat, SC berdampak trauma pada hubungan seksual (Medforth, 2011).

c. Riwayat psiko, sosio, spiritual

Ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu – ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat. Kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu. Ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya. Peran serta orang – orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang (Varney, 2007).

b) Objektif

(a) Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan Umum : Baik, compos mentis,
- 2) TTV :
 - a. TD meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. (Asrinah, 2010).
 - b. Nadi : detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat di bandingkan sebelum persalinan.
 - c. RR terjadi kenaikan sedikit dibandingkan dengan sebelum persalinan, hal ini disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar (Asrinah, 2010).
 - d. Suhu akan sedikit meningkat selama persalinan, kenaikan dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C, namun bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu mengindikasikan adanya dehidrasi (Asrinah, 2010)

(b) Pemeriksaan Fisik

a. Mamae : Simetris, hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan abnormal, kolustrum sudah keluar/belum.

b. Abdomen : jika terdapat bekas luka operasi, bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan/persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim (Rochjati, 2011). Fundus uteri tertambat karena adanya kontraksi ligamentum rotundum pada saat kontraksi uterus, hal ini menyebabkan fundus tidak dapat naik keatas. Bila pada waktu kontraksi fundus naik keatas maka kontraksi itu tidak dapat mendorong anak kebawah.

Leopold I : Perbedaan antara bokong dan kepala saat diraba antara lain bokong teraba besar, padat, tidak rata, dan tidak ada balotemen, sedangkan kepala teraba besar, keras, rata, dan ada balotemen.

Leopold II : Untuk menentukan letak punggung anak dan ekstremitasnya. Punggung teraba bagian yang datar dan luas, dan ekstremitas terasa bagian yang kecil-kecil.

Leopold III : pemeriksaan bagian terbawah janin masih dapat digoyangkan/tidak, teraba keras/lunak (untuk

memastikan lagi presentasi janin lalu di cocokan dengan hasil pemeriksaan leopold I).

Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Kepala turun memasuki Pintu Atas Panggul terutama primigravida menjelang minggu ke-36, pada primigravida karena kontraksi braxton hicks, UK 36 minggu atau lebih kepala belum masuk PAP diduga mempunyai kelainan atau kesempitan panggul (Asrinah, 2010).

- c. TFU Mc. Donald : TFU > 40 cm indikasi makrosomia, polihidramnion, kehamilan ganda.
- d. His : minimal 2 kali, lama 40 detik atau lebih (Wiknjosastro, 2008)
- e. DJJ : <100 dan > 180 kali per menit menunjukkan gawat janin (Wiknjosastro, 2008).
- f. Genetalia : keluar lendir bercampur darah, terdapat dorongan meneran dari ibu, tekanan anus, perineum menonjol, Pengeluaran pervaginam : blood show, Tidak adanya kondiloma acumintata, tidak ada lesi, tidak ada varices dan tidak oedem, VT (Manuaba, 2007).
- g. Yang diperhatikan saat VT :Vulva dan vagina, konsistensi porsio tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap, pembukaan serviks 1-10 cm,

air ketuban utuh atau pecah, presentasi dan posisi janin lintang/ kepala/ bokong, denominator UUK/UUB dan, penurunan bagian terbawa janin bidan H I-IV, penyusupan kepala janin / molase, teraba bagian kecil dan terkecil janin atau tidak (Nurasiah, 2012).

(c) Pemeriksaan penunjang

Darah : meningkat sampai 1,2 garam/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum.

Urine : Protein dalam urin (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, tetapi proteinuri (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara, anemia, persalinan lama atau pada kasus pre-eklamsia.

(Varney, 2007)

2. Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan \geq 37- 40 minggu, hidup/ mati, tunggal/ gemeli, letak/ presentasi, intrauteri/ ekstrauteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin kala I fase aktif / laten.
2. Masalah : cemas, gelisah, gugup, khawatir, takut. nyeri persalinan

3. Kebutuhan : dukungan emosional, asuhan sayang ibu, nutrisi, aktifitas, eliminasi, istirahat (Asrinah, 2010).

3. Antisipasi Diagnose Dan Masalah Potensial

Dehidrasi, syok, preeklamsia, kejang, inersia uteri, gawat janin, kepala bayi tidak turun, distosia bahu, tali pusat menumbung, lilitan tali pusat, ketuban bercampur mekonium (APN, 2008).

4. Identifikasi 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.

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh pada Kala I

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama \pm 12 jam pada primigravida dan \pm 7 jam pada multigravida diharapkan persalinan masuk pada kala II

Kriteria Hasil : KU ibu dan janin baik, adanya pembukaan dan effacement 100%, adanya His yang adekuat dan teratur, terjadi penurunan kepala, kepala pada dasar panggul UUK dibawah simfisis (Ekstensi). Adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya, perineum menonjol, vulva–vagina dan sfingter ani membuka. Dan Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Wiknjosastro, 2008).

a. Informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.

R/ ibu dan keluarga mengerti tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan.

b. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan.

R/ persetujuan tertulis dari pasien.

c. Melakukan masase pada pinggang ibu saat ada kontraksi agar ibu merasa nyaman dan nyeri dapat berkurang.

R/ Mengaktifkan sensori syaraf besar dan mencegah impuls kecil sehingga persepsi nyeri menurun.

d. Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

R/ Meningkatkan efektivitas dalam memberikan asuhan.

e. Lakukan persiapan rujukan

R/ Antisipasi terjadinya penyulit dan membutuhkan rujukan segera

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

R/ Mengurangi resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi.

g. Berikan Asuhan sayang ibu

(a) Membantu pengaturan posisi ibu tempatkan pada posisi miring kiri, tinggikan kepala tempat tidur sedikit

R/ menurunkan kepekaan uterus, miningkatkan perfusi plasenta, dan mencegah hipotensi terlentang

(b) Memberikan cairan dan nutrisi

R/ ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Cukupnya cairan dapat mencegah ibu mengalami hal tersebut.

(c) Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur.

R/ kadang-kadang sangat membantu membicarakan pada pasangan secara individu maupun bersama untuk mengkaji persepsi masing-masing terhadap situasi.

(d) Pencegahan infeksi.

R/ Mengurangi gangguan psikologis dan pengalaman yang menegangkan.

h. Lakukan observasi dan pengisian partograf

R/ Memutuskan Asuhan yang akan dilakukan selanjutnya

6. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh pada Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan \pm 60 menit untuk multigravida dan \pm 120 menit untuk primigravida persalinan dapat berjalan normal (Wiknjosastro, 2008).

Kriteria Hasil: ibu dapat melahirkan bayinya dengan normal. bayi lahir belakang kepala, menangis kuat, tonus otot baik, warna kemerahan, tidak terdapat kelainan kongenital (Hutahaean, 2009).

- 1) Kenali tanda gejala kala II : dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.
- 2) Cek partus set dan dekatkan pada klien.
- 3) Pakai celemek plastik.
- 4) Cuci tangan menggunakan sabun kemudian mengeringkan dengan handuk kering.

- 5) Pakai sarung tangan DTT.
- 6) Masukkan oksitosin dalam spuit 3 cc, letakkan pada partus set.
- 7) Bersihkan vulva menggunakan kapas savlon.
- 8) Lakukan periksa dalam, pastikan pembukaan lengkap.
- 9) Celupkan sarung tangan bekas pakai ke dalam larutan clorin selama 10 menit.
- 10) Periksa DJJ.
- 11) Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan berikan posisi yang nyaman untuk meneran.
- 12) Sarankan suami atau keluarga untuk membantu ibu dalam posisi yang nyaman dan beri dukungan /semangat untuk ibu.
- 13) Pimpin ibu untuk meneran saat kontraksi.
- 14) Anjurkan ibu untuk istirahat saat tidak ada kontraksi dan beri asupan peroral
- 15) Letakkan kain di atas perut ibu saat crowning.
- 16) Letakkan kain bersih, lipat 1/3 di bawah bokong ibu.
- 17) Buka partus set.
- 18) Pakai sarung tangan.
- 19) Lindungi perineum dengan kain dan tahan kepala saat melahirkan kepala. Kepala lahir spontan belakang kepala
- 20) Cek lilitan tali pusat. Tidak ada lilitan tali pusat. Jika ada lilitan longgarkan.
- 21) Tunggu kepala putar paksi luar

- 22) Lahirkan bahu depan,bahu belakang dengan tehnik biparietal
- 23) Lahirkan badan dengan tehnik sangga.
- 24) Lahirkan kaki dengan tehnik susur.
- 25) Lakukan pertolongan bayi baru lahir, nilai apa bayi menangis kuat atau tidak, berwarna merah atau tidak, tonus otot aktif atau tidak, bayi lahir spontan belakang kepala, Jenis kelamin : ♀ / ♂ letakkan pada kain di atas perut ibu.
- 26) Keringkan tubuh bayi,bungkus kepala dan tubuh kecuali tali pusat.
- 27) Periksa uterus untuk mastikan tidak ada bayi lagi dan tidak ada bayi ke-2.

7. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh pada Kala III

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

Kriteria Hasil: Keadaan umum ibu baik, Plasenta lahir spontan dengan bagian fetal dan maternal lengkap, kontraksi keras,.

28. Beritahukan pada ibu bahwa dia akan disuntik.
29. Suntikkan oksitosin 10 IU IM.
30. Jepit tali pusat 3 cm dari bayi,klem lagi 2 cm dari klem pertama.
31. Potong tali pusat di antara kedua klem.
32. Berikan bayi pada ibu dan letakkan pada dada ibu.

33. Ganti kain basah dengan dengan yang kering, bungkus seluruh badan bayi kecuali tali pusat.
34. Pindahkan klem 5 - 10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan kiri di atas abdomen dan tangan kanan meregangkan tali pusat.
36. Dorong perut (uterus)ke arah distal (dorso kranial) menggunakan satu tangan saat kontraksi dan tangan yang lain menegangkan tali pusat ke arah bawah.
37. Tarik tali pusat dengan hati-hati, pindahkan klem 5 – 10 cm dari vulva saat tali pusat semakin panjang.
38. Pegang dan memutar saat plasenta hampir lahir searah jarum jam dengan tangan hingga terpinil dan lahir semua.
39. Masase uterus setelah plasenta dan selaputnya lahir dengan gerakan memutar.
40. Periksa kelengkapan plasenta.
 - a. Bagian maternal: selaput : Utuh, Jumlah kotiledon : 16 - 20 buah, Diameter : 15-20 cm.
 - b. Bagian Fetal : panjang tali pusat : 30-55 cm, Insersi tali pusat : sentralis, parasentralis, lateralis, marginalis.

8. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh pada Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan \pm 2 jam kala IV berlangsung normal.

Kriteria Hasil : K/U ibu baik, Kontraksi uterus baik, tidak terjadi perdarahan, TTV normal, kandung kemih kosong.

41. Evaluasi laserasi vulva dan perineum.
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
43. Letakkan bayi di atas perut ibu.
44. Timbang dan ukur PB. BB : 2500-4000 gr, PB : 44-53 cm (Hutahaean, 2009).
45. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, cuci tangan dengan chlorin lalu bilas dengan air DTT.
46. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
47. Evaluasi jumlah kehilangan darah.
48. Periksa nadi ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan tiap 30 menit selama 1 jam kedua PP.
49. Periksa pernafasan / temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.

50. Timbang BB bayi, mengukur TB, olesi mata dengan salep mata (antibiotik), berikan injeksi vit.K 1mg pada paha kiri.
51. Berikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan.
52. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan chlorin 0,5 % untuk dekontaminasi.
53. Buang bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang tersedia.
54. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan ketuban, lendir dan darah dengan larutan chlorin, bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
55. Bersihkan ibu agar merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu makanan dan minuman yang diinginkan.
56. Dekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan chlorin 0,5 %.
57. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan chlorin 0,5 %, membalik bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan chlorin 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Lengkapi partograf memeriksa TTV (Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR) dan Asuhan kala IV (Perdarahan, TFU, Kontraksi uterus, kandung kemih)

(Wiknjosastro, 2008).

2.3.3. Nifas

1. Pengkajian Data Nifas

a. Subjektif

- 1) Keluhan Utama : mules, nyeri luka jahitan, masalah payudara, masalah pelaksanaan menyusui, perdarahan post partum (Sulistyawawi, 2009)
- 2) Riwayat Kebidanan : 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, 2008)
- 3) Pola Kesehatan Fungsional
 - a) Nutrisi : Mengkonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 800 kalori, makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin, minum sedikitnya 3 liter tiap hari, terutama setelah menyusui, mengkonsumsi tablet zat besi selama masa nifas, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

- b) Eliminasi : biasanya ibu sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Biasanya 2 – 3 hari post partum masih sulit buang air besar.
 - c) Istirahat : ibu nifas memerlukan istirahat cukup untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya.
 - d) Aktifitas : Ibu bangun dari tempat tidurnya, dan selekas mungkin berjalan (Sulistyawati, 2009)
 - e) Seksualitas : Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3 – 4 minggu post partum. 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 (Ambarwati, 2008).
 - f) Personal hygiene : Perawatan perineum dan payudara.
- 4) Riwayat psikospiritual :Riwayat emosional : ibu masih tergantung terhadap orang lain, Dukungan keluarga : sangat perlu untuk mempercepat proses adaptasi peran baru. Tradisi : adat-istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati transisi ini (pantangan makanan) (Sulistyawati, 2009).

- 5) Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita : Ibu dengan riwayat penyakit hepatitis dan HIV tidak boleh memberi ASI pada anaknya virus tersebut bisa ditularkan melalui ASI.
- 6) KB : Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali (Ambarwati, 2008). Perencanaan Keluarga Berencana (KB) Suntikan KB, AKDR, Pil KB, Implan, Metode sederhana. (Saifuddin, 2006)

b. Objektif

- (1) Pemeriksaan Umum
 - a. keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis,
 - b. 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.
 - c. Suhu : Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pasca partum.

- d. 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. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum.
 - e. Pernafasan. Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. 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.(Varney, 2007).
 - f. Antropometri : Penurunan BB segera setelah melahirkan rata-rata sebanyak 6 kg dan mencangkup berat janin, plasenta, cairan amnion, dan kehilangan darah. Sekitar 4,5-5 kg turun selama minggu pertama. Penurunan berat badan total ibu yang berhubungan dengan melahirkan dan pascapartum bekisar dari 9,5-12 kg (Reeder, 2001).
- (2) Pemeriksaan fisik
- a. Wajah : pucat menandakan Anemi, syok
 - b. Konjungtiva pucat menandakan anemi

- c. *Mammae* : simetris, hiperpigmentasi areola *mammae*, puting susu menonjol, tidak terdapat massa dan benjolan abnormal, kolostrum pengeluaran meningkat selama 3-4 hari pertama. ASI keluar pada hari ketiga dan keempat pascapartum, pada saat ini payudara lebih besar dan keras, dan lebih peka saat sekresi lakteal terjadi, yang menyebabkan ibu mengalami rasa nyeri yang berdenyut-denyut pada kedua payudara (Reeder, 2001)
- d. *Abdomen*. Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal. terdapat *striae*. involusi uteri : 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 (Sulistyawati, 2011)

- e. Kandung kemih: Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu (Sulistyowati, 2009).
- f. Genetalia : Vulva dan vagina. Rugae muncul kembali dalam 3 minggu, kadar estrogen normal dan lubrikasi vagina kembali terjadi dalam waktu 6-10 minggu, hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil. Mulut serviks tertutup sekitar 1 cm dalam 1 minggu, kelenjar endoserviks mengalami regresi selama hari ke-4, edema tetap ada sampai 3-4 bulan (Reeder, 2011). Lokhea rubra, sanguinolenta, serosa, alba, bau, warna, jumlah, perineum edema, bekas luka episiotomi, hemoroid (Dewi, 2011)

2. Interpretasi Data Dasar

- a) Diagnosa : post partum hari ke –
- b) Masalah : Nyeri setelah persalinan (After pain), pembesaran payudara, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid (Varney, 2007).
- c) Kebutuhan : Early ambulation, tehnik relaksasi, dicintai dan mencintai, kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya (Sulistyawati, 2009)

3. Antisipasi Diagnosa Dan Masalah Potensial.

Infeksi saluran kencing, perdarahan pervaginam, depresi post partum.

4. Identifikasi 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.

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 6 jam post partum, 1 dan 2 minggu post partum diharapkan keadaan ibu baik.

Kriteria hasil : TTV normal, TFU ibu dapat mobilisasi. kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, dan tidak terjadi perdarahan.ibu memahami penjelasan yang diberikan dan dapat mengulangi kembali penjelasan yang diberikan.

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

R/ ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam pemberian asuhan

2. Ajarkan ibu dan keluarga cara masase dan menilai kontraksi.

R/ deteksi dini tanda bahaya masa nifas

3. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup.

R/ Istirahat untuk memenuhi kebutuhan metabolik berkenaan dengan pertumbuhan jaringan ibu atau janin (Doengoes, 2001).

4. Ajarkan ibu cara menyusui yang benar.

R/ perlekatan antara ibu dan anak.

5. Anjurkan tidur siang 1 sampai 2 jam setiap hari, 8 jam setiap tidur malam

R/ Istirahat memenuhi kebutuhan metabolisme berkenaan dengan pertumbuhan jaringan pada ibu.

6. Berikan HE tentang : mobilisasi dini, penyebab mules, nutrisi, perawatan payudara, personal hygiene dan perawatan luka perineum, ASI eksklusif, cara merawat tali pusat, Rawat gabung.

R/ menambah wawasan ibu

7. Jelaskan tanda bahaya nifas

R/ ibu mendeteksi dini adanya komplikasi (Sujiyatini, 2010).