

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, dan Nifas

2.1.1 Kehamilan

2.1.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang fisiologis dan alamiah. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2009).

Kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum (Varney 2007).

2.1.1.2 Perubahan Psikologis dalam masa kehamilan

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi.

Sejumlah ketakutan muncul, wanita mungkin merasa 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. Depresi ringan merupakan hal

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

Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan (Varney, 2007).

2.1.1.3 Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya

Kebutuhan fisik ibu hamil trimester I, II, III :

1. Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan, CO₂ menurun dan O₂ meningkat, O₂ meningkat, akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan akan menyebabkan hiperventilasi dimana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

2. Nutrisi

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeklampsia. Total penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan

(kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

c. Kalsium

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

d. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa ferrous gluconate, ferrous fumarate, atau ferrous sulphate. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

e. Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mikro gram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

f. Air

Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel, darah, getah bening, dan

cairan vital tubuh lainnya. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu, dan jus tiap 24 jam. (Asrinah : 2010).

3. Personal hygiene (Kebersihan pribadi)

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

4. Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakain ibu hamil :

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

5. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus

oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. (Asrinah, 2010).

6. Seksual

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

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

7. 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).

8. 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. (Asrinah,2010).

9. Istirahat / tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

10. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus lebih dahulu ditentukan status kekebalan/ imunisasinya. Ibu hamil yang belum dapat 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 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). Selama kehamilan, bila ibu berstatus T0, hendaknya ia mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 2 minggu, dan bila memungkinkan, untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang

akan dilahirkan dan keuntungan bagi perempuan untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus *long life card* (LLC).

Tabel 2.1 : Jadwal Imunisasi TT

Status	Jenis suntikan TT	Interval waktu	Lama perlindungan	Presentasi perlindungan
T0	Belum pernah mendapat suntikan TT			
T1	TT1		3 tahun	80
T2	TT2	4 minggu dari TT1	5 tahun	95
T3	TT3	6 bulan dari TT2	10 tahun	99
T4	TT4	Minimal 1 tahun dari TT3		99
T5	TT5	3 tahun dari TT4	Seumur hidup	

(Asrinah, 2010)

11. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut :

a. Biaya

Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin (tabulin), atau menabung di bank.

b. Penentuan tempat serta penolong persalinan

c. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.

d. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.

- e. Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain).
- f. Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama).
 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).

12. Ketidaknyaman dan cara mengatasinya

Tabel 2.2 : Ketidaknyamanan Kehamilan

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil (trimester I dan III)	a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya b. Perbanyak minum saat siang hari c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia. d. Batasi minum kopi, teh, soda
2.	Keputihan (terjadi pada trimester I, II, III)	a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap
3.	Mengidam (trimester I)	a. Tidak perlu ikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan b. Jelaskan tentang bahaya makanan yang tidak bisa diterim, mencakup gizi yang diperlukan serta memuaskan rasa mengidam atau kesukaan menurut kultur.
4.	Napas sesak (trimester II dan III)	a. Jelaskan penyebab fisiologinya. b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. c. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
5.	Mual dan muntah	a. Hindari bau atau faktor

	(trimester I)	penyebabnya. b. Makan biscuit kering atau roti sesaat sebelum bangun dari tempat tidur di pagi hari. c. Makan sedikit tapi sering. d. Hindari makanan yang berminyak dan berbumbu. e. Istirahat sesuai kebutuhan.
6.	Sakit punggung atas dan bawah (trimester II dan III)	a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

(Asrinah, 2010)

13. Kunjungan ulang

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan berjalan normal, jumlah kunjungan cukup 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III. Tindakan ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Selain itu, upaya memberdayakan ibu hamil dan keluarganya tentang proses kehamilan dan masalahnya melalui penyuluhan atau konseling bisa berjalan efektif apabila tersedia cukup waktu untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang diperlukan (Asrinah, 2010).

2.1.1.4 Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi keluaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

1. Tujuan Antenatal Care

a. Tujuan Umum

Mempersiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat.

b. Tujuan Khusus

- Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
 - Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
 - Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
 - Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
 - Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
 - Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- (Asrinah, 2010).

2. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan

singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu.

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan normal, jumlah kunjungan cukup empat kali satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan II kali pada trimester III. Dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya sebaiknya dilakukan pencatatan:

1. Keluhan yang dirasakan ibu hamil
 2. Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
 3. Menilai kesejahteraan janin (Prawirohardjo, 2009)
3. Penilaian Klinik

Penilaian klinik merupakan proses berkelanjutan yang dimulai pada kontak pertama antara petugas kesehatan dengan Ibu hamil dan secara optimal berakhir pada pemeriksaan 6 minggu setelah persalinan. Pada setiap kunjungan antenatal, petugas mengumpulkan data mengenai kondisi Ibu melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, untuk mendapatkan diagnosis kehamilan intrauterin, serta ada tidaknya masalah dan komplikasi (Saifuddin, 2007).

Pelayanan atau asuhan standar minimal adalah 7 T yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid) lengkap, pemberian Tablet zat besi (Fe) minimal

90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular Seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Saifuddin, 2007).

2.1.1.5 Beberapa Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

1. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovarium.

2. Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelum kehamilan) dengan preeklamsia.

3. Nyeri hebat di daerah abdominal pelvikum

Bila hal tersebut terjadi pada saat kehamilan trimester kedua atau ketiga maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik yang disertai perdarahan maupun tersembunyi.

4. Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai

Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan, menggigil atau demam, ketuban pecah dini atau sebelum waktunya, uterus lebih

besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya.

(Prawirohardjo, 2009)

2.1.1 Persalinan

2.1.2.1 Definisi

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

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

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran janin, placenta, dan selaput ketuban melalui jalan lahir (Kebidanan, oxford 2011).

2.1.2.2 Jenis persalinan

1. Berdasarkan Cara Pengeluarannya

a. Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.

b. Persalinan Buatan

Persalinan dengan bantuan dari luar misalnya forcep/vakum/SC.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan dengan bantuan diberi obat-obatan baik disertai/tanpa pemecahan ketuban (Johariyah, 2012)

2. 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)

2.1.2.3 Sebab Mulainya Persalinan

1. Teori peregangan

a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu

b. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

- c. Contohnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan (Johariyah, 2012).

2. Teori penurunan Progesteron

- a. Proses penebaran plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.
- c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori oksitosin

- a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior
- b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c. Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, sehingga persalinan dapat dimulai (Johariyah, 2012)

4. Teori prostaglandin

- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
- b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

- c. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu persalinan (Johariyah, 2012)
5. Teori Hipotalamus - pituitari dan glandula suprarenalis
- a. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
 - b. Malpar pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.
 - c. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara hipotalamus dengan mulainya persalinan.
 - d. Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan (Johariyah, 2012)

2.1.2.4 Tanda – Tanda Permulaan Persalinan

Persalinan patut dicurigai jika setelah usia kehamilan 22 minggu keatas, ibu merasa nyeri abdomen berulang yang disertai dengan cairan lendir yang mengandung darah atau *show*. Agar dapat mendiagnose persalinan, bidan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

1. Perubahan serviks, kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka.
2. Kontraksi yang cukup/adekuat, kontraksi dianggap adekuat jika :
 - a. Kontraksi terjadi teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik.
 - b. Uterus mengeras selama kontraksi, sehingga tidak bias menekan uterus dengan menggunakan jari tangan.

Sangat sulit membedakan antara persalinan sesungguhnya dan persalinan semu. Indikator persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks. Ketika ibu mengalami persalinan semu, ia merasakan kontraksi yang menyakitkan, namun kontraksi tersebut tidak menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks.

Tanda-tanda persalinan sudah dekat:

1. Menjelang minggu ke 36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi *Braxton Hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin sehingga kepala kearah bawah. Masuknya kepala janin ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil dengan terasa ringan dibagian atas (rasa kencing. Gambarang penurunan bagian terendah janin tersebut sangat jelas pada primigravida, sedang pada multigravida kurang jelas karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.
2. Terjadinya his permulaan. Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi ini dapat dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua kehamilan, maka pengeluaran estrogen dan progesterone makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu (Sumarah, 2009).

2.1.2.5 Gejala Persalinan

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek. His paling tinggi di fundus uteri yang lapisan ototnya paling tebal dan puncak kontraksi terjadi simultan diseluruh bagian uterus. Sesudah tiap his.
2. Otot – otot korpus uteri menjadi lebih pendek dari pada sebelumnya yang disebut sebagai refraksi. Oleh karena serviks kurang mengandung otot, serviks tertarik dan terbuka (penipisan dan pembukaan), lebih – lebih jika ada tekanan oleh bagian janin yang keras. Umpamanya kepala
3. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu : pengeluaran lendir dan lendir bercampur darah.
4. Dapat disertai ketuban pecah.
5. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks : Pelunakan serviks , pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks (Sarwono P, 2008).

2.1.2.6 Faktor-faktor dalam Persalinan

1. Power :
 - a. His (kontraksi otot rahim).
 - b. Kontraksi otot dinding perut.
 - c. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.
 - d. Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.
2. Pasanger
Janin dan plasenta.

3. Passage

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

4. Psikis Wanita

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

5. Penolong

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

2.1.2.7 Kala Dalam Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala yaitu :

1. Kala I

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

a. Fase laten

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

b. Fase aktif

1. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan menimbulkan secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga

kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

2. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
3. Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Buku Panduan APN, 2008)

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

1. Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

2. Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

3. Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

2. Kala II

Kala dua persalinan di mulai ketika pembukaan servik sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi.

a. Gejala dan tanda kala dua persalinan

- Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

- Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan attain vaginanya.
- Perineum menonjol
- Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala dua di tentuka melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah :

- Pembukaan servik telah lengkap attain
- Terlihatlah bagian kepala bayi melalui introitus vagina (APN, 2008)

b. Persiapan penolong persalinan

- Sarung tangan
- Perlengkapan pelindung pribadi
- Persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan
- Penyiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi
- Persiapan ibu dan keluarga (APN, 2008)

3. Kala III

Persalinan kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dengan lahirnya placenta dan selaput ketuban.

a. Fisiologi persalinan kala tiga

Pada kala tiga persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan placenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin

kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bawah uterus attain ke dalam vagina (APN, 2008)

b. Tanda-tanda lepasnya plasenta

- Perubahan bentuk dan tinggi fundus.

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

- Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda alfhed)

- Semburan arah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan di bantu oleh gaya gravitasi apabila kumpulan darah retroplacenta pooling dalam ruang diantara dinding uterus permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (APN, 2008)

c. Manajemen aktif kala tiga

Tujuan manajemen aktif kala tiga adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat

waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala tiga persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis (APN, 2008)

Keuntungan manajemen aktif kala tiga

- Persalinan kala tiga yang lebih singkat
- Mengurangi jumlah kehilangan darah
- Mengurangi kejadian retensio plasenta (APN, 2008)

d. Tiga langkah utama manajemen aktif kala tiga

- Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- Masase fundus uteri (APN, 2008)

e. Cara pelepasan placenta

- SCHULTZE (80%)

Lepasnya seperti kita menutup payung. Pelepasan dimulai bagian tengah, lalu menjadi retroplacental hematoma yang menolak uri mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

- DUNCAN (20%)

Pelepasan dimulai dari pinggir placenta, darah akan mengalir sejak bagian placenta terlepas berlangsung sampai seluruh placenta terlepas/serempak dari tengah dan pinggir placenta.

f. Cara untuk mengetahui pengeluaran placenta:

- KUSTNER

Meletakkan tangan disertai tekanan pada / diatas simpisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk (belum lepas), jika diam atau maju (sudah lepas).

- KLIEN

Sewaktu ada his, rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali (belum lepas), diam atau turun (lepas).

- STRASSMAN

Tali pusat diregangkan dan ketok pada fundus, jika tali pusat bergetar berarti belum lepas, tidak bergetar/diam (lepas) (Sarwono, 2008).

4. Kala IV

Kala empat persalinan dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan selaput ketuban dan diakhiri dengan pemantauan selama 2 jam setelah lahirnya plasenta

a. Asuhan dan Pemantauan Kala Empat Setelah Plasenta Lahir

- Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan anda secara melintang dengan pusat sebagai patokan.
- Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
- Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.

- Evaluasi keadaan umum ibu
 - Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf segera setelah asuhan diberikan attain setelah penilaian dilakukan (APN, 2008)
- b. Pemantauan Selama Dua Jam Pertama Pasca Persalinan
- Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat jika ada temuan yang tidak normal tingkat frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
 - Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat jika ada temuan yang tidak normal tingkat frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu
 - Pantau temperature tubuh setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan jika meningkat pantau dan tatalaksana sesuai dengan apa yang di perlukan
 - Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pada kala empat
 - Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.

- 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 di selimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan di beri ASI.
- Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir (APN, 2008)

Tabel 2.5 Lamanya persalinan pada primi dan multi adalah

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

(Mochtar R, 1998)

2.1.2.8 Perubahan Fisiologi Persalinan

Perubahan Fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan, hal ini bertujuan untuk mengetahui perubahan – perubahan yang dapat dilihat secara klinis bertujuan untuk dapat secara tepat dan cepat menginteprentasi tanda – tanda, gejala tertentu dan penemuan perubahan fisik dan laboratorium apakah normal atau tidak persalinan tersebut. Tanda–tanda fisik persalinan kala 1, yaitu:

1. Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.

2. Perubahan Metabolisme

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

3. Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi.

4. Perubahan Denyut Jantung

Perubahan yang mencolok selama kontraksi dengan kenaikan denyut jantung, penurunan selama acme sampai satu angka yang lebih rendah dan angka antara kontraksi. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu di control secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Yanti, 2009)

5. Pernapasan

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

6. Perubahan Renal

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

7. Perubahan Saluran Cerna

Mobilitas dan absorsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama (Yanti, 2009)

2.1.3 Nifas

2.1.3.1 Definisi

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 kira-kira selama kira-kira 6 minggu (Ari Sulistyawati, 2009).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Sarwono,2009).

2.1.3.2 Tahapan Masa Nifas

1. Puerpurium Dini

Puerpurium 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.

2. Puerpurium Intermedial

Puerpurium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alatgenetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote Puerpurium

Remote puerpurium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan (Ari Sulistyawati, 2009)

2.1.3.3 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan yang berikan kepada ibu nifas bertujuan untuk :

1. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu

Dengan diberikan asuhan, ibu akan mendapatkan fasilitas dan dukungan dalam upayanya untuk menyesuaikan peran barunya sebagai ibu (pada kasus ibu dengan kelahiran anak pertama) dan pendamping keluarga dalam membuat bentuk dan pola baru denga kelahiran anak berikutnya.

2. Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu

Dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, kemungkinan munculnya permasalahan dan komplikasi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal.

3. Merujuk ke asuhan tenaga ahli bila mana perlu

Meskipun ibu dan keluarga mengetahui ada permasalahan kesehatan pada ibu nifas yang memerlukan rujukan, namun tidak semua keputusan bisa di ambil tepat, misalkan mereka lebih memilih untuk tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan karena pertimbangan tertentu.

4. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan peranannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus

5. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak (Sulistyawati,Ari. 2009)

2.1.3.4 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk :

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.

4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

Tabel 2.6 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan Asuhan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. - Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. - Pemberian ASI awal - Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir - Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. - Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamasetelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik

Tabel 2.6 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawahumbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. - Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. - Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
----	--------------------	--

III	2 Minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	- Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami selama nifas - Memberikan konseling KB secara dini

(Sujiyatini, 2010)

2.1.3.5 Proses Laktasi Dan Menyusui

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu. Air susu ibu ini merupakan makanan pokok bagi bayi. Makanan yang terbaik bagi bayi, makanan yang bersifat alamiah, bagi tiap ibu yang melahirkan bayi akan tersedia makanan bagi bayinya dari diri sendiri. Bagi ibu yang menyusui akan terlalu dekat dengan anaknya, dan bagi si anak akan lebih merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa tentram, aman, hangat, akan kasih sayang ibunya.

Untuk menghadapi masa laktasi (menyusui) sejak dini kehamilan setelah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae yaitu :

1. Proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar alveoli dan jaringan lemak bertambah.
2. Keluar cairan susu jolong dan ductus lactiferous disebut colostrum berwarna kuning / putih susu.
3. Hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam, dimana vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.

2.1.3.6 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi.

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat

membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti

a. Uterus

- Involusi uterus.

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/ mati).

Perubahan- perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut.

Tabel 2.7 perubahan Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 Jari bawah pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat-sympis	500 gram
2 Minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 Minggu	Sebesar normal	30 gram

(Saleha, 2009)

b. Involusi Tempat Plasenta.

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan

luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6-8 minggu.

c. Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti semula. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

d. Perubahan pada Serviks.

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

e. Lokea

Akibat involusi uteri lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokea. Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Tabel 2.8 Perubahan Lochea pada masa nifas

Lokea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah / merah kecoklatan	Sisa darah bercampur lendir.
Serosa	7- 14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, dan juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir, serviks dan serabut jaringan yang mati

(Sujiyatini, 2010)

Umumnya jumlah lokea lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokea sekitar 240 hingga 270 ml.

f. Perubahan Pada Vulva, Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. (Sulistyawati,Ari.2009).

g. Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh,meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

h. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat Spasme sfinkter dan edema agar kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan)antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

i. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan dieresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi.

j. Perubahan Tanda Vital

- Suhu badan.

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genetalis ataupun sistem lain.

- Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

- Tekanan darah.

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah di pompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.

- Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

(Ambarwati,dkk. 2010)

2.1.3.6 Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Ibu mengalami perubahan besar pada fisik dan fisiologisnya, membuat penyesuaian yang sangat besar baik tubuh dan psikisnya. Periodepenyesuaian diri ibu nifas diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap, antara lain :

1. Taking In

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

2. Taking Hold

- a. Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- b. Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (misalnya eliminasi)
- c. Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ibu terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

3. Letting Go

- a. Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.

- b. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ibu harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.
- c. Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum (Sulistyawati,Ari. 2009)

2.1.3.7 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas , diantaranya yaitu :

1. Kebutuhan Gizi Ibu Menyusui
 - a. mengosumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
 - b. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin.
 - c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.
 - d. Mengosumsi tablet zat besi selama masa nifas.
 - e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI.

2. Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- a. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara perawatan bayi.

Ambulasi awal di lakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam ke jam sampai hitungan hari.

3. Eliminasi

Dalam 6 jam postpartu pasien sudah harus dapat buang air kecil, semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan. Sedangkan buang air besar dalam 24 jam pertama, karena semakin lama feses tertahan dalam usus semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar.

Dalam hal ini bidan harus dapat menyakinkan pasien untuk tidak takut buang air kecil maupun buang air besar, karena ibu mampu menahan rasa sakit pada luka jalan lahir bila terkena air kencing, dan buang air besar tidak menambah parah luka jalan lahir.

4. Kebersihan Diri

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

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi.
- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.
- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluanya.

5. Istirahat

Ibu post partum sngat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga di sarankan untuk memberikan kesempatan pada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti. (Suherni, 2009).

2.1.3.8 Tanda Bahaya Nifas

1. Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

- a. Setelah anak dan plasenta lahir
- b. Perkiraan perdarahan – kadang bercampur amonion, urine, darah.
- c. Akibat kehilangan darah bervariasi – anemia
- d. Perdarahan dapat terjadi lambat – **WASPADA TERHADAP SHOCK**

2. Infeksi nifas

Semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman ke dalam alat-alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas.

Faktor Predisposisi Infeksi Nifas

- a. Partus lama
- b. Tindakan operasi persalinan
- c. Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah.
- d. Perdarahan ante partum dan post partum
- e. Anemia
- f. Ibu hamil dengan infeksi (endogen)

- g. Manipulasi penolong (eksogen)
 - h. Infeksi nosokomial
 - i. Bakteri colli
3. Demam Nifas / Febris Purpuralis
- Kenaikan suhu lebih dari 38° C selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum dengan mengecualikan hari 1 (pengukuran suhu 4x / jam oral / rectal). Faktor Predisposisi :
- a. Pertolongan persalinan kurang steril
 - b. KPP
 - c. Partus lama
 - d. Malnutrisi
 - e. Anemia
4. Bendungan ASI
- a. Suhu tidak > 38° C
 - b. Terjadi minggu pertama PP
 - c. Nyeri tekan pada payudara
5. Mastitis
- Peradangan pada mammae.
- a. Suhu tidak > 38° C
 - b. Terjadi minggu ke dua PP
 - c. Bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan (Ambarwati, 2010)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Helen Varney

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu :

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu:

1. Riwayat Kesehatan
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

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

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

1. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi
 2. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
 3. Memiliki ciri khas kebidanan
 4. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
 5. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan
- (Muslihatin, 2009)

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

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

Langkah IV : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

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

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan (Soepardan, 2008))

Langkah V : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluru, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan menejeman terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, kultural atau psikologis (Soepardan, 2008)

Langkah VI : Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Soepardan, 2008)

Langkah VII : Evaluasi

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

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

SUBYEKTIF

1. Biodata

a. Umur

< 20 tahun alat reproduksi belum siap dan > 35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya persalinan prematur

b. Paritas : 2-3 (Sarwono, 1999)

2. Keluhan utama

P : penyebab keluhan, Q : kualitas/ berapa kali, R : penjalaran sampai seberapa, S : skala parah atau tidak menurut pasien, T : waktunya kapan

3. Riwayat Kebidanan :

Kunjungan : pertama/ ulang

kunjungan Ante-Natal Care (ANC) minimal 1 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).

Riwayat menstruasi :

a. Menarce

Menarce merupakan usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarce sekitar 12 sampai 16 tahun,

b. Siklus

Merupakan jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya, dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari

c. Banyaknya

Sebagai acuan biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Atau berapa kali mengganti pembalut dalam sehari

d. Lamanya : 3 - 8 hari

e. Sifat darah : cair

f. Warna : merah segar

g. Bau : anyir

h. Disminorhoe : ya / tidak

- i. Lama : hari
 - j. Flour albus : ya / tidak
 - k. Kapan : sebelum / sesudah haid
 - l. Bau : tidak berbau
 - m. Warna : putih
 - n. Banyak : sedikit / banyak
 - o. HPHT :
4. Riwayat obstetric yang lalu
 5. Riwayat kehamilan sekarang
 - a. keluhan
 - Keluhan pada TM 1 : mual dan muntah, kelelahan, keputihan, mengidam, sering buang air kecil
 - Keluhan pada TM 2 : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki
 - Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, , sering buang air kecil.
 - b. Pergerakan anak pertama kali

ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir. Frekwensi pergerakan standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam.
 - c. Penyuluhan yang sudah di dapat :

Nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda-tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara/laktasi, seksualitas, persiapan persalinan, KB.

- imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya.

6. Pola kebiasaan sehari – hari

a. Pola nutrisi dan cairan

Saat hamil : Makan 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, tahu, tempe dll), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam,dll), minum air putih 8 gelas/hari.minum susu 1 gelas/hari

b. Pola eliminasi

Saat hamil : BAK lebih sering \pm 6-7 x/hari, BAB 1x/hari

c. Pola aktivitas

Saat hamil : Bekerja dan tetap melakukan aktivitas rumah tangga seperti nyapu, masak, nyuci dan jarang olahraga.

d. Pola istirahat/ tidur

Saat hamil : Pada kehamilan biasanya pola istirahat sedikit berkurang dari biasanya, yang bisa disebabkan karena sering kencing, merasakan gerak janin.

e. Pola seksual

Saat hamil : Melakukan hubungan seksual \pm 2-3 x/minggu

7. Riwayat kesehatan yang lalu berisi penyakit yang pernah diderita seperti :
Diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal, jantung asma.

8. Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal, jantung asma, TORCH.

9. Riwayat psiko-social-spiritual

• **Riwayat emosional :**

Trimester III

rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahay fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhatiran. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya. Merasa kehilangan perhatian. Perasaan mudah terluka (sensitif). Libido menurun.

a. Keadaan emosional saat ini : kooperatif

b. Status perkawinan

◆ Kawin kali

◆ Suami ke

◆ Kawin I : Umurtahun

Lamanyatahun

◆ Kawin ke II : Umurtahun

Lamanya.....tahun

c. Kehamilan ini : Direncanakan

- d. Hubungan dengan keluarga : akrab
- e. Hubungan dengan orang lain : akrab
- f. Ibadah / spiritual : patuh
- g. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :
Ibu senang dengan kehamilan ini
- h. Dukungan keluarga :
Respon keluarga dengan kehamilan ini
- i. Pengambilan keputusan dalam keluarga :
Suami
- j. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin :
BPS, Rumah Sakit, atau Puskesmas
- k. Tradisi :
Tidak ada budaya dari lingkungan ibu yang mempengaruhi saat hamil,
ibu tidak pernah minum jamu-jamuan selama hamil dan pijat perut.

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
 - a. Keadaan umum : baik
 - b. Kesadaran : composmentis
 - c. Keadaan emosional : kooperatif
 - d. Tanda –tanda vital
 - 1) Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg.
 - 2) Nadi : 80-100 kali/menit
 - 3) Pernafasan : 16-20 Kali / menit
 - 4) Suhu : 36,50C-37,50C

2. Antropometri

- a. 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
- b. Tinggi Badan : > 145 cm
- c. Lingkar Lengan : >23,5 cm
- d. Taksiran persalinan :

Rumus Naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL, EDC = Expected Date of Confinement). Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Caranya yaitu tanggal hari pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3.

- e. Usia Kehamilan :minggu

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum
- b. Rambut : Kebersihan cukup, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
- c. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- d. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
- e. Telinga : tampak simetris, tidak terdapat serumen, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran

- f. Hidung : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, septum nasi di tengah
 - g. Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-
 - h. Mamae : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
 - i. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.
 - 1) Leopold I : TFU 2-3 jari di bawah prosesus xypoideus, teraba bagian yang bulat, tidak melenting dan lunak
 - 2) Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan
 - 3) Leopold III : Diatas simphisis teraba bagian keras, bulat, melenting
 - 4) Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul
- ◆ *TFU Mc. Donald* TFU Mc. Donald : Usia Kehamilan 20 minggu tinggi fundus 20 cm (± 2 cm), usia kehamilan 22-27 minggu tinggi fundus yaitu Usia Kehamilan=cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 28 minggu tinggi fundus adalah 28 cm (± 2 cm), Usia Kehamilan 29-35 minggu tinggi fundus adalah usia Kehamilan dalam minggu=cm (± 2

cm), Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm (± 2 cm).

- ◆ *TBJ* : (tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = Berat (gram). Bila kepala diatas atau pada *spina ischiadika* maka n = 12. Bila kepala dibawah *spina ischiadika* maka n = 11.
- ◆ *DJJ* : normal 120–160 x/menit dan teratur. Bunyi jantung bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilikus
- j. Genetalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak odema, tidak varises
- k. Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak, reflek patella +/-

4. Pemeriksaan Panggul

Menurut Sarwono, Untuk mengetahui ukuran panggul luar yang erat kaitannya dengan jalan lahir yang normal atau tidak.

- a. Distancia Spinarum : 23-26 cm.
- b. Distancia cristarum : 26-29 cm.
- c. Conjugata eksterna : 16-29 cm.
- d. Lingkar panggul : 80-90 cm.
- e. Distancia tuberum : 11-15 cm.

5. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Darah : Hb : >11 gram %
- 2) Urine : - Reduksi
 - Albumin

6. Pemeriksaan lain :

- a. USG : USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin, taksiran persalinan, taksiran berat badan janin.
- b. NST: NST idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ, ada atau tidaknya Braxton his, aktif atau tidaknya gerak janin.

ASSESSMENT

1. Interpretasi data dasar

a. Diagnosa

G PAPIAH usia kehamilan 37 minggu, tunggal atau gemeli, Hidup atau mati, letak kepala U intrauterine atau ektrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.

b. Masalah :

c. Kebutuhan :

2. Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

Diagnosa / masalah potensial yang mungkin dapat terjadi

3. Identifikasi kebutuhan segera

2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

SUBYEKTIF

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan oleh klien yaitu sejak kapan perut terasa nyeri (mules), jarak setiap rasa sakit, lamanya rasa

sakit, dan sudah mengeluarkan lendir bercampur darah, atau cairan ketuban.

2) Riwayat obstetrik yang lalu

berisi tentang kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu. Dikaji untuk mengetahui kelainan – kelainan yang terjadi pada saat yang lalu sebagai tindakan antisipasi dalam perawatan. Hal yang dikaji pernah hamil atau tidak, usia melahirkan, jumlah anak yang hidup dan mati, penolong persalinan, jenis persalinan, serta kelainan pada masa nifas

3) Riwayat kehamilan sekarang

berisi tentang keluhan dari trimester I sampai trimester III masa kehamilan, apakah ibu pernah mendapat masalah selama kehamilannya seperti perdarahan, hipertensi, dan lain – lain

4) Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola nutrisi

Kebutuhan nutrisi pada ibu bersalin meliputi jenis makanan yang dimakan, jumlah, frekwensi baik sebelum inpartu maupun saat inpartu. Memberikan ibu asupan makanan ringan dan minum air sesering mungkin agar tidak terjadi dehidrasi.

b. Pola eliminasi

Kebutuhan eliminasi pada saat bersalin dan sebelum bersalin ada perubahan secara fisiologis. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin setiap 2 jam sekali atau lebih sering atau jika kandung kemih penuh. Kandung kemih yang penuh dapat mengakibatkan, memperlambat turunnya bagian terendah janin,

menimbulkan rasa tidak nyaman, meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pascapersalinan

c. Pola Istirahat

Kebutuhan istirahat klien, terdapat gangguan pada pola pemenuhannya atau tidak.. Pada proses persalinan klien dapat miring kiri tujuannya memperlancar proses oksigenasi pada bayi . Klien dapat mengatur teknik relaksasi atau istirahat sewaktu tidak ada kontraksi. Dengan mengatur teknik relaksasi / istirahat dapat membantu mengeluarkan hormon endorphen dalam tubuh

d. Pola Aktivitas

Aktifitas klien selama proses persalinan tidak dianjurkan terlentang terus menerus dalam masa persalinannya. Dapat digunakan untuk jalan – jalan

e. Pola seksual/ reproduksi

Pola seksual sebelum dan saat inpartu mempengaruhi inpartu. Hubungan seksual sebelumnya dapat mempengaruhi kontraksi yang disebabkan karena pengaruh hormon prostaglandin yang ada di dalam sperma.

5) Riwayat penyakit sistemik

yang pernah di derita yaitu selama ini ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, DM ,paru – paru, asma, TBC, dan AIDS.

6) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

yaitu dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti dibawah ini penyakit jantung, hipertensi, DM, paru – paru, asma, TBC, dan AIDS serta keturunan kembar

7) Riwayat psikososiospiritual

dikaji untuk mengetahui persepsi klien terhadap keluarga maupun terhadap persalinannya, hubungan kien, ibadah, dukungan keluarga, tradisi serta pengambilan keputusan dari pihak keluarga. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu mamperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung.

OBJEKTIF

Pada data obyektif dikaji untuk mengetahui keadaan klien dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

1) Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda –tanda vital

a) Tekanan darah : 110/70 – 120/80 mmHg

b) Nadi : 80 -100 x /menit

c) Pernafasan : 16- 20 x / menit

d) Suhu : 36,5 0C – 37, 50 C

2) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin serta mendeteksi dini adanya komplikasi

- Kepala : kulit kepala bersih, tidak rontok, tidak ada ketombe, warna rambut hitam, tidak ada luka
- Muka : simetris, tidak pucat, tidak oedema, terdapat cloasma gravidarum
- Mata : simetris, conjungtiva tidak anemis, palpebra tidak oedema, sklera tidak icterus
- Hidung : simetris, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung
- Mulut : simetris, mukosa bibir lembab, tidak lecet, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi
- Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen dan purulen
- Leher : tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
- Ketiak : tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- Dada : simetris, tidak ada tarikan intercosta, tidak ada wheezing dan ronchi
- Payudara : simetris, terdapat hyperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak lecet, colostrum belum keluar
- Abdomen : simetris, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada

- striae gravidarum dan linia nigra pembesaran sesuai usia kehamilan janin, Kandung kemih kosong
- Leopold I : Menentukan tinggi fundus uteri , pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting
- Leopold II : pada sebelah kanan/ kiri perut ibu teraba panjang, keras dan datar
- Leopold III : pada bagian bawah uterus teraba bulat, keras, melenting
- Leopold IV : bagian terendah janin sudah masuk PAP
- Genetalia :
- Eksterna : tidak ada oedem, tidak varices, tidak condyloma, pembesaran kelenjar bhatolini dan terdapat pengeluaran lendir dan darah, terdapat cairan ketuban atau tidak
- Interna : tidak ada nyeri tekan, VT : Ø 1 – 10 cm, eff 10-100%, ket (+/ -) jernih, keruh, bercampur mekonium, berbau , let-kep denominator UUK kiri depan, H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi.
- Anus : tidak ada hemoroid
- Ekstrimitas : simteris, tidak ada gangguan pergerakan,tidak ada oedem, Reflek patela +/+

3) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul sangat mempengaruhi pada persalinan normal. Untuk mengetahui ukuran panggul luar yang erat kaitannya dengan jalan lahir yang normal atau tidak.

- f. Distancia Spinarum : 23-26 cm.
- g. Distancia cristarum : 26-29 cm.
- h. Conjugata eksterna : 16-29 cm.
- i. Lingkar panggul : 80-90 cm.
- j. Distancia tuberum : 11-15 cm.

4) Pemeriksaan Penunjang

a. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (Nitrazen tes) merah menjadi biru, membantu dalam menentukan jumlah cairan ketuban dan usia kehamilan, kelainan janin.

b. USG

Melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri dan konfirmasi usia kehamilan, perkiraan persalinan, posisi janin, letak plasenta. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit atau cairan ketuban yang telah berkurang (Oligohidramnion).

ASSESSMENT

1. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa

GPAPIAH uk 37 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, let kep, ku ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase laten / aktif.

b. Masalah :

1) Cemas, gelisah, takut

Data Pendukung :

- a. Klien khawatir / takut akan dirinya dengan kondisi saat ini.
- b. Raut muka ibu ketakutan.
- c. Menanyakan keadaan persalinannya

2) Nyeri

Data Pendukung

- a. Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng – kenceng.
- b. Tampak meringis.
- c. Perut tegang pada saat kontraksi,
- d. His pada fase aktif minimal 2 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih

c. Kebutuhan

KIE tentang keadaannya saat ini

Dukungan emosional

KIE teknik relaksasi

2. Antisipasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial

- Potensial Kala I Lama
- Potensial Infeksi
- Partus Macet
- Inersia Uteri
- Gawat Janin

3. Identifikasi akan kebutuhan segera

Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya berdasarkan kondisi klien.

PLANNING

KALA I

Tujuan :

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

Kriteria Hasil :

1. DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
2. Tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - TD sistole 100 - 140 mmHg dan diastole 60 - 90 mmHg
 - Suhu 36,5 – 37,50C.
 - Nadi 60 - 100 x/menit.
 - Pernafasan 16 - 24 x/menit.
3. Terdapat tanda dan gejala kala II
 - Pembukaan lengkap 10 cm
 - Ada doran, teknus, perjol, vulka

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.
2. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
3. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan
4. Beri asuhan sayang ibu

- 1) Berikan dukungan emosional.
- 2) Atur posisi ibu.
- 3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
- 4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.
- 5) Lakukan pencegahan infeksi.

KALA II

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan < 1 jam pada multipara dan <2 jam pada primigravida diharapkan bayi lahir spontan pervaginam

Kriteria :

Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan.

Implementasi

1. Mengamati tanda dan gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka)
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial, mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril didalam partus set
3. Mengenakan clemek plastic
4. Melepaskan semua perhiasan dan mencuci tangan
5. Memakai handcun pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
6. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam spuit
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas DTT
8. Memlakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

9. Mendekontaminasi handscun kedalam larutan klorin 0,5%
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman dan memberikam semangat pada ibu saat ibu mulai meneran
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, jika ibu tidak mempunyai dorongan meneran anjurkan ibu untuk berjongkok, berjalan dan mengambil posisi yang nyaman
14. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm,meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
16. Membuka partus set
17. Memakai handscun steril pada kedua tangan
18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi. Letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan/bernafas cepat saat kepala lahir
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain/kasa yang bersih

20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi dan menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu anterior
23. Setelah kedua bahu lahir, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir dengan disangga tangan, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan
24. Tangan kiri memegang kepala bahu, lengan menyusuri sampai bokong.
25. Melakuakan penilaian selintas/sesaat
26. Mengeringkan tubuh bayi
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

KALA III

Tujuan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan 30 menit diharapkan plasenta lahir.

Kriteria Hasil

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

Implementasi

28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin, agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Memberikan suntik oksitosin 10 unit IM setelah 1 menit bayi lahir pada 1/3 paha atas bagian distal lateral ibu
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, menjepit tali pusat dengan klem kira2 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit lagi 2 cm dari klem pertama
31. Memotong tali pusat diantara 2 klem dengan dilindungi tangan dibawah tali pusat yang akan dipotong
32. Mengikat tali pusat dengan benang steril
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Meletakkan tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis untuk melakukan palasi, kontraksi dan menstabilakan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati

37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian keatas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso cranial)
38. Saat plasenta terlihat diintroitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil (kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan)
39. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus dengan meletakkan tangan diatas fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel keibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh

KALA IV

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

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

Implementasi

41. Mengevaluasi laserasi vulva dan perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik
43. Membierkan bayi tetap kontak kulit dengan ibu 1 jam

44. Setelah 1 jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, tetes mata, vit. K disuntikkan pada paha bagian kiri
45. Setelah 1 jam pemberian vit.K, kemudian berikan imunisasi hepatitis B dipaha bagian kanan
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan
47. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana cara melakukan masase
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit 1 jam pertama, 30 menit 2 jam kedua
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan spontan
51. Menempatkan peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%
52. Membuang bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT
54. Memastikan ibu merasa nyaman dan menganjurkan pada keluarga untuk membantu memberi makan dan minum
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Membersihkan handscun kedalam larutan klorin 0,5%
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Melengkapi partograf Mengedan ketika ada kontraksi

2.3.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Nifas

SUBYEKTIF

- 1) Keluhan Utama (PQRST) :

Ketidaknyamanan pada masa puerperium

Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid.

2) Riwayat obstetri yang lalu

3) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi :

a) Makan dengan diet seimbang, cukup karbihidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral

b) Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori dan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tamahan dari kebutuhan kalori per harinya. Asupan cairan 3 liter/hari, 2 liter didapat dri air minum dan 1 liter dari cairan yang ada pada kuah sayur, buah dan makanan yang lain.

b. Pola eliminasi

c) Dalam 6 jam ibu nifas harus sudah bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam.

d) Urine dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan.

e) BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diit cairan, obat-oatab analgesic dan perineum yang sakit

c. Pola istirahat

a) Istiraht cukup untuk mengurangi kelelahan

b) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.

c) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan

- d) Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam
- d. Pola aktivitas
- Mobilisasi dini bertahap dan melakukan aktifitas seperti biasa
- e. Pola seksual
- a) Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.
- b) Ada kepercayaan / budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seksual setelah 40 hari atau 6 minggu, oleh karena itu perlu dikompromikan antara suami dan istri
- f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan
- a) Mengonsumsi tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari.
- b) Mengonsumsi vitamin A 200.000 IU
- 4) Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita : jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, DM, hipertensi, TORCH
- 5) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga: jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, DM, hipertensi, TORCH, gemeli
- 6) Riwayat Psikososiospiritual
- Riwayat emosional

OBJEKTIF

1. Riwayat persalinan :

IBU :

◆ Kala I

fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam, fase aktif dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada (multipara)

◆ Air ketuban : jumlah air ketuban normalnya 1-2 liter

◆ Kala III : lama < 30 menit

Plasenta :

- Maternal : Lengkap
- Fetal : Lengkap
- Berat : 500-600 gr, (Dwi Mira, 2010 : 47).
- Panjang tali pusat : 50-55 cm, (Dwi Mira, 2010 : 47).
- Insersi : di tengah (centralis), di tepi (paracentralis), di samping (lateralis), di selaput ketuban (valamentosa), (Dwi Mira, 2010 : 47).
- Perdarahan : < 500 cc

BAYI

Lahir : (Spt B, SC, VE, dll)

Hari/Tanggal/Jam :

BB/PB/AS : 2500-4000 gr/ 48-50 cm/ 7-8

Cacat bawaan : tidak ada

Masa gestasi : 37-42 minggu

Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda –tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg.
 - Nadi : 80-100 kali/menit
 - Pernafasan : 16-24 Kali / menit
 - Suhu : 36,50C-37,50C

2. Antropometri

Berat badan turun 7-8 kg, yaitu: 5-6 kg karena lahirnya bayi, placenta dan air ketuban, 2 kg karena diuresis.

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

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak odem,
- b. Rambut : Kebersihan cukup, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
- c. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- d. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
- e. Telinga : tampak simetris, tidak terdapat serumen, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran

- f. Hidung : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, septum nasi di tengah
- g. Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-
- h. Mamae : membesar, puting susu (menonjol/mendatar adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal, (Suherni, 2009 : 120).
- i. Abdomen : tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih kosong/penuh
- j. Genetalia : pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), odem, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus
- k. Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak, reflek patella +/-

4. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah: HB > 8 gr/dl
- b. Urine : albumin (-)
Reduksi (-)

ASSESSMENT

1. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH post partum fisiologis
- b. Masalah : nyeri luka jahitan, perut mules

c. Kebutuhan : tehnik relaksasi

2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

PLANNING

1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
2. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
3. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
4. Pemberian asi awal.
5. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan dia harus tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah persalinan / sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
8. Memberikan HE perawatan luka perineum, personal hygiene, tanda bahaya nifas.