

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan yang lamanya adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir.

(Prawirohardjo, 2009).

Kehamilan terjadi jika ada pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani atau spermatozoa.

(Saminem, 2010).

2) Proses Kehamilan

Untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi. Pada masa pubertas sel spermatogonium mengadakan mitosis sehingga terjadilah proses spermatogenesis. Spermatogenesis menghasilkan spermatosit primer, dan membelah lagi menjadi dua spermatosit sekunder. Spermatosit sekunder membelah dua menjadi dua spermatid yang memiliki jumlah kromosom setengah. Spermatid ini tumbuh menjadi spermatozoa.

Pertumbuhan embrional oogonium menjadi ovum di dalam *genital ridge* janin dan di dalam janin jumlah oogonium bertambah terus sampai usia kehamilan 6 bulan. Kromosom telah berpasangan, DNA berduplikasi, sel menjadi tetraploid. Folikel terangsang dan berkembang lagi ke kematangan. Sel yang terhenti dalam profase meiosis disebut oosit primer. Karena rangsangan FSH meiosis berlangsung. Pembelahan ini terjadi sebelum ovulasi yang disebut pematangan pertama ovum. Pematangan kedua ovum terjadi pada waktu spermatozoa membuahi ovum.

(Prawirohardjo, 2009).

a. Pembuahan

Ovum yang dilepas dibawa oleh mikrofilamen fimbria infundibulum tuba ke arah ostium tuba abdominalis dan disalurkan ke medial. Ditemui nukleus yang metafase pada pematangan kedua. Ovum dilingkari zona pelusida. Diluar zona pelusida ditemukan sel korona radiata, dan didalamnya terdapat ruang perivitelina. Untuk mencapai ovum spermatozoa harus melewati korona radiata dan zona pelusida. Pada saat spermatozoa menembus zona pelusida terjadi reaksi korteks ovum. Oosit sekunder berfusi dengan membran plasma sel, enzim di dalam granula dikeluarkan ke zona pelusida. Proses ini mencegah ovum dibuahi lebih dari satu sperma.

Pronukleus spermatozoa dan ovum bersatu membentuk zigot. Pada manusia terdapat 46 kromosom, ialah 44 kromosom autosom dan 2 kromosom kelamin. Beberapa jam setelah pembuahan, mulailah

pembelahan zigot. Hasil konsepsi berada dalam stadium morula. Energi untuk pembelahan ini diperoleh dari vitelus, hingga volume vitelus makin berkurang dan terisi seluruhnya oleh morula. Hasil konsepsi disalurkan ke kavum uteri oleh getaran silia pada permukaan sel tuba.

(Prawirohardjo, 2009).

b. Nidasi

Hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista (*blastocyst*), suatu bentuk yang bagian luarnya adalah trofoblas dan bagian dalamnya adalah massa *inner cell*. Massa *inner cell* berkembang menjadi janin dan trofoblas menjadi plasenta. Sejak trofoblas terbentuk, hormon *human chorionic gonadotropin* (HCG) dimulai. Nidasi diatur oleh trofoblas dan endometrium. Keberhasilan nidasi dan plasentasi yang normal adalah hasil keseimbangan proses antara trofoblas dan endometrium. Hormon HCG yang dihasilkan trofoblas meningkat sampai kurang lebih hari ke-60 kehamilan untuk kemudian turun lagi. Fungsinya adalah mempengaruhi korpus luteum untuk tumbuh dan menghasilkan progesteron, sampai plasenta dapat membuat progesteron sendiri. Blastokista masuk di endometrium dimana massa *inner cell* berlokasi. Inilah yang menyebabkan talipusat berpangkal sentral atau parasentral. Setelah nidasi berhasil hasil konsepsi akan tumbuh dan berkembang dalam endometrium.

(Prawirohardjo, 2009).

c. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, trofoblas invasif telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah endometrium. Tiga minggu pasca fertilisasi sirkulasi darah janin dini dapat diidentifikasi dan dimulai pembentukan vili korialis. Vili korialis ini akan tumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu plasenta. Lapisan desidua yang meliputi hasil konsepsi kearah kavum uteri disebut desidua kapsularis yang terletak diantara hasil konsepsi dan dinding uterus disebut desidua basalis, disitu plasenta terbentuk. Selain itu vili korialis yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh dan bercabang dengan baik yang disebut korion frondosum. Darah ibu dan darah janin dipisahkan oleh dinding pembuluh darah janin dan lapisan korion. Plasenta yang demikian dinamakan plasenta jenis homokorial. Ketika proses melahirkan plasenta terlepas dari endometrium pada lapisan Nitabuch ini.

(Prawirohardjo, 2009).

3) Tanda-Tanda Kehamilan

Berikut ini diuraikan tanda–tanda dugaan kehamilan, kehamilan yang tidak pasti dan kehamilan yang pasti.

1. Tanda–tanda dugaan kehamilan

a. Amenorea (tidak dapat menstruasi)

Gejala ini sangat penting karena umumnya perempuan hamil tidak mendapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan.

b. Mual dan muntah (Nausea dan Emesis)

Nausea terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan, disertai kadang-kadang oleh emesis. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut morning sickness.

c. Mengidam (ingin makanan khusus)

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Anoreksia (tidak ada nafsu makan)

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.

e. Pingsan

Sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan.

f. Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli di mammae.

g. Sering kencing

Terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari ronggal panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan menekan kembali kandung kencing.

h. Konstipasi dan Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid.

i. Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Terjadi pada kehamilan 12 minggu ke atas. Pada pipi, hidung dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai cloasma gravidarum. Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebih.

j. Epulis

Adalah suatu hipertrofi papilla gingivae. Sering terjadi pada triwulan pertama.

k. Varises (munculnya pelebaran pembuluh darah, misalnya dibagian betis)

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-

kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, timbul kembali pada triwulan pertama.

(Sulistyawati, 2009).

2. Tanda–tanda kemungkinan kehamilan.

a. Tanda *Hegar* : segmen bawah uterus lembek pada perabaan.

b. Tanda *Chadwick* : vagina livid (warna merah kebiruan) pada serviks, vagina, dan vulva. Terjadi kira-kira minggu ke-6.

c. Tanda *Piscaseck* : uterus membesar kesalah satu jurusan.

d. Kontraksi *Braxton Hicks* : uterus berkontraksi bila dirangsang.

Tanda ini khas untuk uterus pada masa kehamilan.

e. *Ballotement* positif : jika dilakukan pemeriksaan palpasi di perut ibu dengan cara menggoyang-goyangkan di salah satu sisi, maka akan terasa pantulan disisi yang lain.

f. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Sebagian kemungkinan positif palsu.

(Sulistyawati, 2009).

3. Tanda–tanda pasti kehamilan (tanda positif).

Seseorang yang dinyatakan positif hamil ditandai dengan:

a. Pada palpasi dirasakan bagian janin dan *ballotement* serta gerakan janin dalam rahim (pada primigravida 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu).

b. Terdengar adanya denyut jantung janin:

(1) Didengar dengan stetoskop-monoral Laennce (biasanya pada usia kehamilan 18-20 minggu).

(2) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler.

(3) Dicatat dengan foto-elektro kardiogram.

c. Terlihat adanya gambaran janin melalui ultrasonografi.

(Ayu, 2011).

4) **Diagnosis Banding Kehamilan**

1. Pseudosiesis (hamil palsu)

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.

2. Kistoma ovarii

Mungkin amenorhe, perut penderita makin besar, tetapi uterusnya sebesar biasa.

3. Mioma uteri

Dapat terjadi amenorhe, perut penderita makin besar, uterusnya makin besar, kadang-kadang tidak merata.

4. Visika urinaria dengan retensio urinae

Uterus sendiri biasa besarnya, tanda-tanda kehamilan dan reaksi kehamilan negatif.

(Saminem, 2010).

5) **Masa Kehamilan**

Kehamilan dimulai dari proses pembuahan (konsepsi) sampai sebelum janin lahir. Kehamilan normal berlangsung 280 hari, dihitung mulai dari hari pertama menstruasi terakhir. Untuk menentukan usia kehamilan dapat digunakan rumus *Naegele*, yaitu tanggal (+) 7, bulan (-) 3, tahun (+) 1. Dapat juga dilakukan dengan cara tanggal (+) 7 hari,

bulan (+) 9, seperti kehamilan cukup bulan yang terhitung 9 bulan 7 hari.

Jika lupa hari pertama haid terakhir dapat dilakukan perhitungan dengan USG beberapa kali pada usia kehamilan dini. Sedangkan masa kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, yaitu :

1. Trimester pertama, dimulai dari proses konsepsi sampai usia kehamilan tiga bulan (0-12 minggu),
2. Trimester dua, dari bulan keempat sampai usia kehamilan tujuh bulan (13-27 minggu),
3. Trimester tiga, dari bulan ketujuh sampai usia kehamilan sembilan bulan (28-40 minggu).

(Sulistyawati, 2009).

6) Perubahan Fisik dan Psikologi pada ibu hamil

1. Perubahan Fisik pada Ibu Hamil

Perubahan fisiologis dibagi menjadi perubahan yang dapat dilihat dan perubahan yang tidak dapat dilihat.

Perubahan yang dapat dilihat meliputi :

- a. Perubahan pada kulit. Terjadi hiperpigmentasi, yaitu kelebihan pigmen di daerah tertentu. Pada wajah, pipi dan hidung yang mengalami hiperpigmentasi sehingga menyerupai topeng (kloasma gravidarum). Pada areola mammae dan puting susu, daerah yang berwarna hitam disekitar puting susu akan menghitam. Sekitar areola yang biasanya tidak berwarna akan berwarna hitam. Hal ini disebut areola mammae sekunder. Puting

susu menghitam dan membesar sehingga lebih menonjol. Pada daerah sekitar suprapubis, terdapat garis hitam yang memanjang diatas simfisis sampai pusat. Warnanya lebih hitam dibanding sebelumnya, muncul garis baru yang memanjang di tengah atas pusat (linea nigra). Pada perut juga terdapat striae gravidarum. Terdapat dua jenis striae gravidarum, yaitu striae livide (garis yang berwarna biru) dan striae albikan (garis yang berwarna putih). Hal ini terjadi karena pengaruh Melanophore Stimulating Hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis.

- b. Perubahan kelenjar. Kelenjar gondok membesar sehingga leher ibu membentuk seperti leher pria. Perubahan ini tidak selalu terjadi pada wanita hamil.
- c. Perubahan payudara. Payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi setelah lahir. Perubahan yang terlihat pada payudara adalah :
 1. Payudara membesar, tegang dan sakit.
 2. Vena di bawah kulit payudara membesar dan terlihat jelas.
 3. Kelenjar montgomery yang terletak di bawah areola membesar dan terlihat dari luar. Kelenjar montgomery mengeluarkan lebih banyak cairan agar puting susu selalu lembab dan lemas. Sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.

4. Payudara mengeluarkan cairan apabila dipijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan jernih. Pada kehamilan 16–32 minggu, warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Pada kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.
- d. Perubahan perut. Semakin mendekati masa persalinan, perut semakin besar. Biasanya hingga kehamilan empat bulan, pembesaran perut belum kelihatan. Setelah kehamilan lima bulan, perut mulai kelihatan membesar. Saat hamil tua, perut menjadi tegang dan pusat menonjol keluar.
- e. Perubahan alat kelamin luar. Alat kelamin luar ini tampak hitam kebiruan karena adanya kongesti pada peredaran darah. Kongesti terjadi karena pembuluh darah membesar, darah yang menuju uterus sangat banyak, sesuai dengan kebutuhan uterus untuk membesarkan dan memberi makan janin.
- f. Perubahan pada tungkai. Timbul varises pada sebelah atau kedua belah tungkai. Pada hamil tua, sering terjadi edema pada salah satu tungkai. Edema terjadi karena tekanan uterus yang membesar pada vena femoralis sebelah kanan atau kiri.
- g. Perubahan pada sikap tubuh. Sikap ibu menjadi lordosis karena perut yang membesar.

Perubahan yang tidak dapat dilihat :

- a. Perubahan pada alat pencernaan. Alat pencernaan lebih kendur, peristaltik kurang baik, terjadi hipersekresi kelenjar dalam alat pencernaan sehingga menimbulkan rasa mual, muntah, dan hipersaliva. Peristaltik yang kurang baik menimbulkan konstipasi atau obstipasi.
- b. Perubahan pada peredaran darah dan pembuluh darah seperti :
 1. Peredaran pada darah. Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar dari pada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi hemodilusi. Masa puncak terjadi pada umur kehamilan 32 minggu. Hemodilusi mulai tampak pada umur kehamilan 16 minggu. Dengan serum darah yang bertambah 25–30 %. Sedangkan sel darah bertambah 20 % dan curah jantung bertambah 30 %.
 2. Perubahan pada jantung. Selama hamil, jantung memompa untuk dua orang, yaitu ibu dan janin. Bertambahnya cairan darah menambah volume darah. Tetapi kepekatan darah berkurang dan pembuluh darah membesar. Oleh karena itu kerja jantung bertambah berat.
 3. Perubahan tekanan darah. Biasanya tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah, bahkan sedikit turun. Turunnya tekanan darah ini disebabkan kepekatan darah berkurang.

- c. Perubahan pada paru. Paru juga bekerja lebih berat karena mengisap zat asam untuk kebutuhan ibu dan janin. Pada kehamilan tua, posisi paru terdesak keatas akibat uterus membesar.
- d. Perubahan pada perkemihan.
 - 1. Ginjal bekerja lebih berat karena harus menyaring ampas ibu dan janin.
 - 2. Ureter tertekan oleh uterus. Ureter semakin berkelok – kelok dan kendur sehingga menyebabkan perjalanan urin ke kandung kemih melambat.
 - 3. Pada bulan kedua kehamilan, ibu lebih sering berkemih. Karena ureter lebih antefleksi dan membesar.
- e. Perubahan pada tulang. Bentuk tulang belakang menyesuaikan diri dengan keseimbangan badan karena uterus membesar. Pada kehamilan lebih dari enam bulan, sikap tubuh ibu tampak menjadi lordosis.
- f. Perubahan pada jaringan pembentuk organ. Jaringan menjadi lebih longgar dan mengikat garam.
- g. Perubahan pada alat kelamin dalam. Hal ini dikarenakan alat kelamin dalam merupakan alat reproduksi.

(Saminem, 2010).

2. Perubahan Psikologis pada Ibu hamil

Menurut teori rubin, perubahan psikologis yang terjadi pada trimester I, II, dan III. Pada trimester III meliputi :

- (a). Rasa tidak nyaman, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- (b). Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- (c). Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- (d). Khawatir bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatiran.
- (e). Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- (f). Merasa kehilangan perhatian.
- (g). Perasaan mudah terluka (sensitif).
- (h). Libido menurun.

(Sulistyawati, 2009).

7) Asuhan Antenatal

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

1. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal (ANC)

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 “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.

(Prawirohardjo, 2009).

Asuhan antenatal (antenatal care) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Secara khusus pengawasan antenatal bertujuan :

- a. Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyakit yang terdapat saat kehamilan, persalinan dan nifas.
- b. Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan dan nifas.
- c. Memberi nasehat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas, laktasi dan aspek keluarga berencana.
- d. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

(Yulaikhah, 2009).

2. Pemeriksaan Rutin dan Penelusuran Penyakit Selama Kehamilan

Dalam pemeriksaan rutin, dilakukan pula pencatatan data klien dan keluarganya serta pemeriksaan fisik dan obstetric meliputi:

- a. Identifikasi dan Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan umum dalam kehamilan
- c. Pemeriksaan laboratorium

d. Pemeriksaan USG

(Prawirohardjo, 2009).

3. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

a. 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 ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa.

b. Preeklampsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering direlasikan 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.

c. 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.

d. 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.

(Sulistyawati, 2009).

4. Asuhan berkala asuhan antenatal (ANC)

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 dua kali pada trimester III. Upaya memberdayakan ibu hamil dan keluarganya tentang proses kehamilan dan masalahnya melalui penyuluhan atau konseling dapat berjalan efektif apabila tersedia cukup waktu untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang diperlukan. Dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya sebaiknya dilakukan pencatatan:

- a. Keluhan yang dirasakan ibu hamil
- b. Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
- c. Menilai kesejahteraan janin

(Prawirohardjo, 2009).

5. Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah:

Tabel 2.1 : Pemeriksaan Panggul

Ukurannya	Definisi	Keterangan
Distansia spinarum	Jarak antara kedua spina anterior superior kanan atau kiri	Sekitar 24-26 cm

Distansia kristarum	Jarak terpanjang antara kedua krista iliaka kanan dan kiri	a. Antara 28-30 cm b. Kurang 2-3 cm dari ukuran normal kemungkinan panggul patologis
Distansia obliqua eksterna	a. Jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior sinistra b. Jarak spina iliaka anterior superior dekstra dan spina iliaka interior superior sinistra	a. Merupakan ukuran silang b. Untuk menentukan apakah panggul simetris atau tidak
Konyugata eksterna (Boudiloque)	Jarak antara bagian atas simfisis dengan spina L5	Sekitar 18-20 cm
Distansia tuberum	Jarak tuber isciadika kanan dan kiri	a. Jarak sekitar 10,5 cm b. Jarak kurang dari normal, akan menunjukkan sudut simfisis kurang dari 90 derajat

(Mochtar, 1998).

2.1.2 Persalinan

1) Definisi Persalinan

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

(Manuaba, 2010).

Persalinan adalah proses dimana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit.

(JNPK-KR, 2008).

2) Jenis Persalinan

Jenis-jenis persalinan adalah sebagai berikut:

1. Persalinan Spontan

Persalinan yang seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan Buatan

Persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3. Persalinan Anjuran

Persalinan yang kekuatannya ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

(Manuaba, 2010).

3) Teori-Teori Persalinan

Teori-teori tentang persalinan adalah sebagai berikut:

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

2. Teori Penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori Oksitosin Internal

Dengan menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitasnya, sehingga persalinan dapat mulai.

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat saat usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

5. Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.

(Manuaba, 2010).

4) Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan adalah sebagai berikut:

1. His/ kontraksi rahim (power)

Dimulai pada salah satu tanduk rahim, sebelah kanan atau kiri, lalu menjalar keseluruh otot rahim. Fundus uteri berkontraksi lebih dulu, lebih lama dari bagian-bagian lain. Bagian tengah berkontraksi agak lambat dan singkat. Pada daerah serviks tetap pasif atau hanya berkontraksi sangat lemah. Sifat-sifat his yaitu lamanya, kuatnya, teraturnya, seringnya, dan relaksasinya.

2. Jalan lahir (passage)

Keadaan jalan lahir juga memegang peranan penting di dalam persalinan, yang terdiri dari jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang. Secara keseluruhan jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan, mempunyai bidang sempit panggul spina ischiadika, terjadi perubahan pintu atas panggul lebar kanan kiri menjadi pintu bawah panggul dengan lebar ke depan dan ke belakang yang terdiri dari dua segitiga.

3. Janin (*Passenger*)

Faktor janin berperan juga dalam persalinan, hal ini meliputi letak janin di dalam uterus, bisa letak sungsang, letak lintang, letak kepala, dengan presentasi puncak, presentasi muka dan presentasi dahi. Bayi yang besar dapat juga menimbulkan kesukaran persalinan.

4. Kejiwaan Ibu (*Psikis*)

Sebagai calon ibu terutama yang pertama kali menghadapi persalinan akan merasa takut sehingga menimbulkan ketegangan yang dapat menyebabkan gangguan pada kontraksi uterus dan hal ini dapat mengganggu persalinan. Faktor psikologis yang dapat mengganggu persalinan adalah penerimaan ibu bersalin atas kehamilannya (kehamilan yang dikehendaki atau tidak), kemampuan untuk bekerjasama dengan pemimpin atau penolong persalinan dan adaptasi ibu bersalin dengan nyeri persalinan.

(Manuaba, 2010).

5. Pertolongan Persalinan

Peran penolong persalinan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi/perasaan maupun fisik dan harus mempunyai keterampilan serta pengetahuan tentang pertolongan persalinan yang sesuai dengan kompetensi bidan.

(Prawirohardjo, 2008).

5) Permulaan Terjadinya Persalinan

Menurut Manuaba (2010), penurunan hormon progesteron menjelang persalinan menyebabkan terjadinya kontraksi. Kontraksi otot rahim menyebabkan:

1. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, di atas simfisis pubis dan sering ingin berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
2. Perut lebih melebar karena fundus uteri turun.
3. Nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekan pleksus frankenhauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu).
4. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim.
5. Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

(Manuaba, 2010).

6) Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan adalah sebagai berikut:

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
2. Terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah.
3. Ketuban pecah.
4. Terdapat perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks).

(Manuaba, 2010).

7) Tahapan Persalinan

Tahapan dalam persalinan adalah sebagai berikut:

1. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

2. Kala II

Kala II atau kala pengusiran. Gejala utama kala II adalah:

- a. His semakin kuat dengan interval 3 sampai 4 menit, durasi 40 detik atau lebih.
- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan karena tertekannya pleksus Frankenhauser.
- d. Kekuatan his dan mengejan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai hipomoclion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, dan kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar.
- f. Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan: Kepala dipegang pada os oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang, setelah kedua bahu lahir, ketika dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- g. Lamanya kala II untuk primigravida 60 menit dan multigravida 30 menit.

3. Kala III

Kala III atau kala pelepasan uri. Terlepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi bundar (globuler), uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah.

4. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam postpartum. Observasi yang dilakukan meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi dan pernafasan, kontraksi uterus, dan perdarahan.

(Manuaba, 2010).

8) Asuhan Persalinan Normal

1. Pengertian

Asuhan Persalinan Normal adalah asuhan kebidanan pada persalinan normal yang mengacu kepada asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir serta upaya pencegahan komplikasi.

(DEPKES RI, 2004).

2. Tujuan

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

Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang

kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

Keterampilan yang diajarkan dalam pelatihan asuhan persalinan normal harus diterapkan sesuai dengan standar asuhan bagi semua ibu bersalin disetiap tahapan persalinan oleh setiap penolong persalinan dimana pun hal tersebut terjadi. Persalinan dan kelahiran bayi dapat terjadi di rumah, puskesmas ataupun rumah sakit. Penolong persalinan mungkin saja seorang bidan, perawat, dokter umum atau spesialis obstetri. Jenis asuhan yang akan diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi dan tempat persalinan sepanjang dapat memenuhi kebutuhan spesifik ibu dan bayi baru lahir.

(APN, 2007).

9) Penatalaksanaan Persalinan Normal

Menurut JNPK-KR (2008), terdapat 58 langkah penatalaksanaan persalinan normal. Berikut ini asuhan persalinan normal dari kala I sampai kala IV:

1. Penatalaksanaan Kala I

- a. Menilai kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf.
- b. Menyarankan kepada ibu untuk didampingi oleh orang yang dekat dengan ibu.
- c. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.
- d. Membimbing ibu untuk relaksasi.

- e. Mempersilahkan ibu untuk memilih posisi yang aman sesuai dengan keinginan.
- f. Menjaga privasi ibu.
- g. Menjaga kebersihan ibu.
- h. Mengatasi rasa ketidaknyamanan.
- i. Memberikan makan dan minum.
- j. Menjaga agar kandung kemih tetap kosong.
- k. Memberikan dukungan pada ibu.

2. *Penatalaksanaan Kala II*

1. Mengenali tanda gejala kala II (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan essensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Gunakan celemek.
4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering.
5. Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melakukan pemeriksaan dalam.
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/ steril. Pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik).

7. Bersihkan vulva dan perineum dari arah depan ke belakang dengan kapas DTT.
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan pada larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik dan rendam selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
11. Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa pembkaan sudah lengkap, dan keadaan janin baik, bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
12. Beritahu keluarga untuk membantu ibu menyiapkan posisi meneran.
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman.
15. Letakkan handuk bersih di atas perut ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kakai dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Lakukan penilaian terhadap bayi baru lahir (tangis, warna kulit, dan gerak).
26. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu.

27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus ibu.

3. *Penatalaksanaan Kala III*

28. Beritahu pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin.

29. Suntikkan oksitosin 10 unit pada 1/3 paha atas bagian distal lateral secara IM.

30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat bayi sekitar 3 cm dari pusat.

31. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

32. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

35. Pastikan bahwa plasenta telah lepas dari tempat implantasinya.

36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri.

37. Lakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan

arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir.

38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh.

4. *Penatalaksanaan Kala IV*

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu dan bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam).
44. Lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu dan bayi.
45. Berikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) di paha kanan antero lateral.

46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
47. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan perkirakan jumlah darah yang keluar.
49. Periksa nadi ibu dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama persalinan.
50. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik serta suhu tubuh normal.
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI, anjurkan pada keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan secara terbalik dan rendam selam 10 menit.

57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering.

58. Lengkapi partograf, periksa tanda vital, dan berikan asuhan sayang ibu.

2.1.3 Nifas

1) Definisi Nifas

Masa nifas atau masa 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.

(Sulistyawati, 2009).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil.

(Mochtar, 2010).

Masa nifas (puerperium) yaitu di mulainya setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu.

(Prawirohardjo, 2009).

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan.

(Pusdiknakes, 2003).

2) Tahapan Masa Nifas

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

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

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

(Sulistyawati, 2009).

3) Tujuan Masa Nifas

1. Menjaga kesehatan Ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada Ibu maupun bayinya.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

4. Memberikan pelayanan keluarga berencana.

(Sulistyawati, 2009).

4) Perubahan Fisik dan Psikologis pada Masa Nifas

1. Perubahan Fisik pada Masa Nifas

a. Involusi Alat-Alat Kandungan.

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabel 2.2 : Involusi Uterus

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

(Suherni, 2009).

b. Bekas implantasi plasenta merupakan suatu luka yang kasar dan menonjol dalam kavum uteri, segera setelah persalinan. Penonjolan tersebut dengan diameter 7,5 cm sering disangka sebagai suatu bagian placenta yang tertinggal, sesudah 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm pada minggu ke-6 menjadi 2,4 cm.

(Prawirohardjo, 2009).

c. Rasa sakit yang disebut after pains (meriang, mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, berlangsung 2-4 pasca persalinan.

d. Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

1. Lochea Rubra : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernix caseosa, lanugo dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
2. Lochea Sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
3. Lochea Serosa : Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi hari ke 7-14 pasca persalinan.
4. Lochea Alba : Cairan putih setelah 2 minggu.
5. Lochea Purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
6. Lochea Ostasis : Lochea tidak lancar keluaranya.

(Mochtar, 2010).

- e. Serviks : bentuk servik agak menganga seperti corong oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan servik uteri terbentuk semacam cincin. Warna servik warna merah kehitaman konsistensi lunak.
- f. Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang menegang sewaktu kehamilan dan partus setelah janin lahir berangsur-angsur ciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan uterus jatuh kebelakang.
- g. Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C, sesudah partus dapat naik 0,5 °C dari normal, tetapi tidak melebihi 38

⁰C, sesudah 12 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan akan kembali normal.

h. Nadi berkisar antara 60-80 x/menit, segera setelah partus dapat terjadi bradikardia.

(Prawirohardjo, 2009).

2. *Perubahan Psikologis pada Masa Nifas*

1. Tahap I : Taking In

a. Periode ketegangan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan

b. Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri

c. Ibu mudah tersinggung, menjadi pasif terhadap lingkungan

d. Sering menceritakan tentang pengalaman melahirkan secara berulang-ulang.

2. Tahap II : Taking Hold

a. Hari ke 3-10 hari

b. Merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab merawat bayinya

c. Perawatan sangat sensitive, mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati

d. Memerlukan dukungan yang lebih dari suami dan keluarga untuk menerima penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya

3. Tahap III : Letting Go

a. Menerima tanggung jawab dan peran barunya menjadi Ibu 10 hari setelah melahirkan

b.Sudah mulai menyesuaikan diri ketergantungan bayinya

c.Mempunyai keinginan untuk merawat diri dan bayinya sendiri

(Sulistyawati, 2009).

5) Perawatan dan Pemeriksaan Masa Nifas

Perawatan Masa Nifas

1. Mobilisasi : Karena lelah setelah bersalin ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau ke 5 sudah diperbolehkan pulang.
2. Diet : Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, diantaranya yang mengandung protein banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.
3. Miksi : Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.
4. Defekasi : BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan, jika masih belum bisa dilakukan klisma.
5. Perawatan Payudara (mammas) : Perawatan mammas telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

6. Laktasi : ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusukan bayi sangat baik untuk menjelmakan rasa kasih sayang antara Ibu dan anaknya

7. Senam masa nifas

Berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot abdomen rahim yang sudah menjadi longgar akibat melahirkan.

(Mochtar, 2010).

Pemeriksaan Masa Nifas

1. Pemeriksaan umum : TD, N, keluhan

2. Keadaan umum : suhu badan, selera makan, dll

3. Payudara : ASI, puting susu

4. Secret yang keluar misalnya loche, flour albus

5. Keadaan otot-otot kandungan

(Manuaba, 2008).

6) Standart Asuhan Masa Nifas

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

Frekwensi kunjungan masa nifas :

Tabel 2.3 : Standart asuhan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam post partum	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.

		<p>c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.</p> <p>d. Pemberian asi awal.</p> <p>e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL</p> <p>f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.</p> <p>g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan dia harus tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah persalinan / sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
II	6 hari post partum	<p>a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau.</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan)</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p> <p>e. Memberikan konsling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.</p>
III	2 minggu post partum	Sama seperti diatas (6 hari post partum)
IV	6 minggu post partum	<p>a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dia alami atau bayinya.</p> <p>b. Memberikan konsling KB secara dini.</p>

(Sulistyawati, 2009).

7) Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Infeksi nifas : keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas.
2. Demam nifas : demam masa nifas oleh sebab apapun.

3. Morbiditas puerperalis : kenaikan suhu badan sampai 38⁰C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama puerperium kecuali hari pertama. Suhu diukur 4 kali sehari secara oral.

(Mochtar, 2010).

4. Sub involusi : proses mengecilnya uterus terganggu, faktor penyebabnya antara lain sisa-sisa placenta dalam uterus, adanya mioma uteri, endometritis dll. Pada peristiwa lochea bertambah banyak dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.
5. Perdarahan nifas sekunder bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan. Perdarahan ini bisa timbul pada minggu kedua nifas. Sebab-sebabnya adalah subinvolusi, kelainan kongenital uterus, inversio uterus, mioma uteri dll.

(Prawirohardjo, 2009).

2.2 MANAJEMEN VARNEY

2.2.1 Pengertian

Penatalaksanaan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

(Varney, 2006).

Penatalaksanaan kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi.

Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah ke dalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Jadi, manajemen kebidanan ini suatu pendekatan pemecahan masalah yang digunakan oleh setiap bidan dalam pengambilan keputusan klinik pada saat mengelola klien; ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan balita dimanapun tempatnya. Proses ini akan membantu para Bidan dalam berpraktek memberikan asuhan yang aman dan bermutu.

2.2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan

Terdapat 7 langkah manajemen asuhan kebidanan yang telah diterapkan menurut Varney, antara lain :

1) Langkah I : Mengumpulkan Data Dasar

Pada langkah pertama ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, baik dari hasil anamnesa dengan klien, suami/keluarga, hasil pemeriksaan, dan dari dokumentasi pasien/catatan tenaga kesehatan yang lain.

Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara :

1. Menanyakan riwayat kesehatan, haid, kehamilan, persalinan, nifas dan sosial
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Pemeriksaan khusus
4. Pemeriksaan penunjang
5. Melihat catatan rekam medik pasien

Langkah ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah pengambilan keputusan yang akan diambil pada langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya.

2) Langkah II : Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan

Pada langkah ini bidan menganalisa data dasar yang didapat pada langkah pertama, menginterpretasikannya secara akurat dan logis, sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah kebidanan.

Diagnosa dirumuskan menggunakan nomenklatur kebidanan. Sedangkan masalah dirumuskan apabila bidan menemukan kesenjangan yang terjadi pada respon ibu terhadap kehamilan, persalinan, nifas. Masalah terjadi pada ibu tetapi belum termasuk dalam rumusan diagnosa yang ada, karena masalah tersebut membutuhkan penanganan/intervensi bidan, maka dirumuskan setelah diagnosa. Kesenjangan dirumuskan sebagai masalah kebidanan, yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk diberikan intervensi khusus, baik berupa dukungan/penjelasan/tindakan /follow up/rujukan.

3) Langkah III : Mengantisipasi Diagnosa/masalah potensial

Langkah ini merupakan langkah antisipasi, sehingga dalam melakukan asuhan kebidanan bidan dituntut untuk mengantisipasi permasalahan yang akan timbul dari kondisi yang ada/sudah terjadi. Dengan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial yang akan terjadi berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah ada, dan merumuskan tindakan apa

yang perlu diberikan untuk mencegah atau menghindari masalah /diagnosa potensial yang akan terjadi.

4) Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera.

Pada saat ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan intervensi , tindakan konsultasi, kolaborasi dengan dokter lain, atau rujukan berdasarkan Kondisi Klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan yang terjadi dalam kondisi emergensi. Dapat terjadi pada saat mengelola ibu hamil, bersalin, nifas. Berdasarkan hasil analisa data, ternyata kondisi klien membutuhkan tindakan segera untuk menangani/mengatasi diagnosa/masalah yang terjadi.

Dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Dalam rumusan ini tindakan segera meliputi tindakan yang dilakukan secara mandiri , kolaborasi atau rujukan.

5) Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, baik yang sifatnya segera ataupun rutin.

Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi dengan merumuskan tindakan yang sifatnya mengevaluasi/memeriksa kembali. Atau perlu tindakan yang sifatnya follow up.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi penanganan masalah yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah

yang berkaitan, tetapi juga tindakan yang bentuknya antisipasi (dibutuhkan penyuluhan, konseling).

6) Langkah VI : Implementasi

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya kalau diperlukan.

Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya. (misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana, dan sesuai dengan kebutuhan klien).

7) Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

2.3 PENERAPAN ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian (data fokus)

1.Data Subyektif

1. Identitas

- a. Umur : Semakin tua (>35th)/ terlalu muda (<20th) mempunyai resiko pendarahan lebih tinggi karena organ reproduksi tidak mempunyai titik maksimal dalam menjalankan fungsi fisiologis.

(Manuaba, 2010).

2. Keluhan Utama

Sering berkemih, Nafas pendek/sesak, Insomnia, Kontraksi Braxton Hicks, Kram kaki, Oedema, Pigmentasi pada kulit, akne, kulit berminyak lebih nyata, adanya Spider nevi, Eritema pada telapak tangan, Nyeri ulu hati, Konstipasi.

(Bobak, 2005).

Sakit Punggung dan Haemoroid.

(Sulistyawati, 2009).

3. Riwayat kebidanan

1) Kunjungan

Pertama / ulang.

Satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan dua kali pada trimester III.

(Sulistyawati, 2009).

4. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Pergerakan anak pertama kali : pada primigravida 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu.

(Ayu, 2011).

- b. Frekwensi pergerakan janin standartnya adalah 10 kali dalam 12 jam. Gerakan ini dapat berubah menjelang akhir kehamilan karena janin memiliki lebih sedikit ruang untuk bergerak.

(Medforth, 2011).

- c. Penyuluhan yang sudah di dapat

Nutrisi, Imunisasi, Istirahat, Kebersihan diri, Aktifitas, Tanda-tanda bahaya kehamilan, Perawatan payudara/laktasi, Seksualitas, Persiapan persalinan, KB

- d. Imunisasi yang sudah di dapat

TT1 Pada kunjungan antenatal pertama.

TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1, efektifitas 3 tahun.

TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2, efektifitas 5 tahun.

TT4 diberikan 1 tahun setelah TT3, efektifitas 10 tahun.

TT5 diberikan 1 tahun setelah TT4, efektifitas 25 tahun.

(Saifuddin, 2007).

5. Pola Kesehatan Fungsional

- a) Pola nutrisi dan cairan

Ibu hamil memerlukan lebih banyak nutrisi dari sebelumnya untuk pertumbuhan janin, kesehatan ibu dan persiapan

laktasi. Menu baku yang dianjurkan yaitu makanan yang mengandung 4 sehat 5 sempurna yang mempunyai nilai gizi yang tinggi. Kebutuhan makanan sehari-hari : kalori 2300 Kkal, protein 65 gram, kalsium 1 gram, zat besi 17 gram, vitamin A dan D 6600 IU.

(Manuaba, 1998).

b) Pola eliminasi

Berkemih lancar, tidak terasa sakit, warna urine kuning jernih, 5 kali / hari. Defekasi lancar, tidak merasa sakit, konsistensi lembek, 1 kali / hari.

c) Pola aktivitas sehari-hari

Wanita karier yang hamil mendapat hak cuti hamil selama 3 bulan, yang dapat diambil sebulan menjelang kelahiran dan 2 bulan setelah persalinan.

(Manuaba, 1998).

d) Pola istirahat dan tidur

Wanita hamil harus sering istirahat, tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Tidur siang 1-2 jam sehari, tidur malam 8 jam sehari

(Manuaba, 1998).

e) Pola kebersihan diri

Mandi diperlukan untuk kebersihan selama kehamilan, terutama karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah, mandi berendam tidak dianjurkan.

Mandi 2-3 kali / hari, gosok gigi 2 kali / hari, keramas 1 minggu 2 kali, ganti baju dan celana dalam 3-4 kali / hari.

f) Pola hubungan seksual

Diperbolehkan sampai akhir kehamilan (Kusmiyati, 2009).

Coitus disarankan untuk dihentikan bila :

- Sering abortus / prematur.
- Perdarahan vaginam.
- Bila ketuban sudah pecah.
- Orgasme pada wanita hamil tua dapat menyebabkan kontraksi uterus yang dapat menyebabkan partus prematurus.

(Mochtar, 1998).

g) Perilaku kesehatan

Jika mungkin, hindari pemakaian obat-obatan selama kehamilan terutama dalam triwulan I, pengobatan penyakit saat hamil selalu memperhatikan pengaruh obat terhadap pertumbuhan janin.

(Mochtar , 1998).

Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mengakibatkan kelahiran dengan berat badan rendah, cacat bawaan, kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental bayi, bahkan kematian bayi.

6. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

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

7. Riwayat psiko-social-spiritual trimester III

a. Ambivalen (kadang-kadang respon seorang wanita terhadap kehamilan bersifat mendua).

b. Merasa cemas dan takut.

c. Merasa takut kehilangan (terpisah dari bayinya).

d. Gelisah menunggu hari kelahiran anak.

e. Mulai mempersiapkan segala sesuatu untuk calon anak.

f. Takut kelak tidak bisa merawat bayinya.

g. Merasa canggung, buruk dan memerlukan dukungan yang sering.

h. Depresi ringan (mungkin terjadi).

(Sulistyawati, 2009).

2. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Keadaan emosional : Kooperatif

d. Status gizi

TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul.

Kenaikkan BB selama hamil 6,5 – 16 kg rata-rata 12,5 kg.

Kenaikkan BB trimester I : 1 Kg

Kenaikkan BB trimester II : 5 Kg

Kenaikkan BB trimester III : 5,5 Kg

e. Ukuran lila > 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk

(Kusmiyati, 2009).

f. Tanda vital

Suhu : Normal 37° C, jika lebih dari 38°C
kemungkinan infeksi.

Nadi : Normal kurang dari 100 x/menit,
bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan
ibu dehidrasi.

Tekanan darah : Normal kurang dari 140/90 mmHg
lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg
menandakan preeklamsi ringan.

Pernafasan : 16 – 24 x/ menit.

(Prawirohardjo, 2006).

2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala

a.Muka : Simetris, tidak tampak pucat, ada/tidaknya
cloasma gravidarum, tidak ada oedema dan nyeri tekan.

b.Mata : Simetris, tidak juling, tidak ada pembengkakan
dan nyeri tekan pada palpebra, sklera berwarna putih, dan
konjungtiva berwarna merah muda.

c. Mulut : Mukosa bibir lembab, bibir tampak pucat/tidak, tidak ada stomatitis, gigi dan gusi bersih, tidak ada caries dan epulis, lidah bersih.

d. Leher : Simetris, tidak ada nyeri telan, tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, tidak ada distensi vena jugularis.

e. Dada : Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colostrum keluar (TM III).

(Modul 2 Dep.Kes RI, 2002).

f. Abdomen

(a) Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae.

(b) Palpasi :

Leopold I : TFU 3 jari bawah Prosesus Xyphoideus.

Bulat, melenting, mudah digerakkan adalah kepala.

Bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan adalah bokong.

Leopold II : Letak/situs membujur teraba keras, panjang seperti papan pada dinding abdomen ibu sebelah kanan/kiri. Letak lintang dapat ditetapkan dimana kepala janin.

Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, dan melenting. Bagian terendah ini bisa digoyangkan atau tidak.

Leopold IV : Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk PAP, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP.

(c) Auskultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit dan kuat.

(Mochtar, 1998).

g. Genetalia : Keadaan perineum, tanda Chadwick, condylomata, fluor.

(Sulaiman, 1983).

h. Ekstremitas bawah :

Simetris, rentang gerak normal, turgor kulit normal, akral hangat, tidak terdapat oedema, reflek patela +/+.

(Saminem, 2010).

- TFU Mc. Donald : 30 cm UK : 8 bulan

33 cm UK : 9 bulan

(Sulaiman, 1983).

- TBJ/EFW : (tinggi fundus dalam cm - n) x 155 = Berat (gram). n = 12 Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika. n = 11 Bila kepala dibawah spina ischiadika.

(Manuaba, 1998).

- Panggul

- a. Distansia Spinarum : (23-26 cm)
- b. Distansia Cristarum : (26-29 cm)
- c. Conjugata Eksterna : (18-20 cm)
- d. Lingkar Panggul : (80-90 cm)

(Sulaiman, 1983).

- Pemeriksaan penunjang

- a. kadar Hb normal 11,0-12,2 gr%
- b. albumin urine negative
- c. reduksi urine negative

(Medforth, 2011).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : G PAPIAH, UK 28 - 42 minggu, hidup, tunggal, letak janin, intrauterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

(Sulistiyawati, 2009).

- b. Masalah : Sering buang air kecil, sulit buang air besar, sesak nafas, nyeri punggung, pusing, varices pada vulva/kaki, kram pada kaki.

(Varney, 2007).

c. Kebutuhan : Observasi tanda-tanda vital

KIE penyebab masalah

KIE penanganan masalah

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Tidak ada.

4) Identifikasi kebutuhan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada.

5) Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu mengerti tentang penjelasan dan tindakan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil : - Ibu dapat mengerti dan memahami penjelasan dan tindakan.

- Ibu mampu menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan.

1. Informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga tentang kondisi kesehatan ibu saat ini.

Rasionalisasi : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab bidan terhadap kesehatan ibu dan janinnya.

(Doenges, 2001).

2. Berikan KIE penyebab dan cara mengatasi masalah yang dialami ibu.

Rasionalisasi : meskipun ibu tidak mengalami ketidaknyamanan, bidan tetap memberikan KIE tentang ini, sehingga jika sewaktu-

waktu ibu mengalami masalah, ibu sudah tahu bagaimana penyebab dan cara mengatasinya.

(Sulistyawati, 2009).

3. Berikan KIE:

a. Nutrisi

Rasionalisasi : nutrisi pada ibu hamil dibutuhkan tambahan kalori 285 kkal/hari, protein 75-100 gram/hari, zat besi 30-60 gram/hari, dimana dapat menunjang pertumbuhan ibu dan janin.

(Sulistyawati, 2009).

b. Istirahat

Rasionalisasi : memenuhi kebutuhan metabolik, serta meningkatkan aliran darah ke uterus dan dapat menurunkan kepekaan/aktivitas uterus.

(Doenges, 2001).

c. Aktifitas

Rasionalisasi : aktivitas yang berat dianggap dapat menurunkan sirkulasi uteroplasenta, kemungkinan mengakibatkan bradikardia janin, hipertermia.

(Doenges, 2001).

4. Jelaskan tentang tanda bahaya kehamilan

Rasionalisasi : membantu klien membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat.

(Doenges, 2001).

5. Jelaskan pada ibu persiapan persalinan.

Rasionalisasi : mempersiapkan tentang peralatan dan bahan dalam perawatan dapat menunjukkan kesiapan secara psikologis.

(Doengoes, 2001).

6. Anjurkan ibu untuk melakukan USG.

Rasionalisasi : alat bantu diagnostik atau membantu mendiagnosis hal-hal yang terjadi dalam kehamilan.

(Doenges, 2001).

7. Ingatkan Ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan.

Rasionalisasi : menguatkan hubungan antara pengkajian kesehatan dan hasil positif untuk ibu/bayi.

(Doenges, 2001).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian (data fokus)

1.Data Subyektif

1)Identitas

- a. Umur : Semakin tua (>35th)/ terlalu muda (<20th) mempunyai resiko pendarahan lebih tinggi karena organ

reproduksi tidak mempunyai titik maksimal dalam menjalankan fungsi fisiologis.

(Manuaba, 2010).

2)Keluhan Utama

- a. Rasa sakit oleh adanya his yang dapat lebih kuat, sering dan teratur. (3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih).
- b. Keluar lendir dan bercampur darah (show) lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

(DEPKES RI, 2008).

3)Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

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

b. Eliminasi

BAB sebelum persalinan kala II, rektum yang penuh akan menyebabkan ibu merasa tidak nyaman dan kepala tidak masuk ke dalam PAP. Pastikan ibu mengosongkan kandung kemih, paling tidak 2 jam.

Ibu bila inpartu dan ketuban sudah pecah, anjurkan untuk tidak miring ke kanan supaya tidak terjadi penekanan pada vena cava inferior.

(Klein, 2012).

c. Persanal hygiene

Menggunakan baju yang bersih, kering dan nyaman selama persalinan.

b. Aktivitas

Ibu yang sedang dalam proses persalinan mendapatkan posisi yang paling nyaman, ia dapat berjalan, duduk, jongkok, berlutut atau berbaring, berjalan duduk dan jongkok akan membantu proses penurunan kepala janin, anjurkan ibu untuk terus bergerak, anjurkan ibu untuk tidak tidur terlentang.

c. Kehidupan seksual

Saat persalinan ibu tidak melakukan hubungan seksual.

4) Riwayat psikososiospiritual

Perasaan gelisah dan cemas yang mencolok, rasa tidak nyaman menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, menolak hal-hal yang ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar.

(Varney, 2007).

5) Riwayat Penyakit Sistemik yang Pernah Diderita

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

2. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Keadaan emosional : Kooperatif
- d. Tanda-Tanda Vital

Suhu : Normal 37°C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi.

Nadi : Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi.

Tekanan darah : Normal kurang dari 140/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsia ringan

Pernafasan : 16 – 24 x/ menit

(Prawirohardjo, 2006).

2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala

- a. Muka : Simetris, tidak tampak pucat, ada/tidaknya cloasma gravidarum, tidak ada oedema dan nyeri tekan.

- b. Mata : Simetris, tidak juling, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan pada palpebra, sklera berwarna putih, dan konjungtiva berwarna merah muda.
- c. Mulut : Mukosa bibir lembab, bibir tampak pucat/tidak, tidak ada stomatitis, gigi dan gusi bersih, tidak ada caries dan epulis, lidah bersih.
- d. Leher : Simetris, tidak ada nyeri telan, tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, tidak ada distensi vena jugularis.
- e. Dada : Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colostrum keluar (TM III).

(Modul 2 Dep.Kes RI, 2002).

f. Abdomen

(1) Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae.

(2) Palpasi :

Leopold I : TFU 3 jari bawah Prosesus Xyphoideus.

Bulat, melenting, mudah digerakkan adalah kepala.

Bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan adalah bokong.

Leopold II : Letak/situs membujur teraba keras, panjang seperti papan pada dinding abdomen ibu sebelah

kanan/kiri. Letak lintang dapat ditetapkan dimana kepala janin.

Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, dan melenting. Bagian terendah ini bisa digoyangkan atau tidak.

Leopold IV : Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk PAP, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP.

(3) Auskultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit dan kuat.

(Mochtar, 1998).

g. Genetalia :

Pengeluaran pervaginam (blood slym), Kebersihan cukup, tidak adanya kondiloma acumintata, kondiloma talata, varices dan oedema.

VT Ø 1-10 cm, eff 25-100%, ketuban (negatif/positif), jernih, letak kepala, denominator, hodge I-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin.

(Mochtar, 2011).

h. Ekstremitas bawah

Simetris, rentang gerak normal, turgor kulit normal, akral hangat, tidak terdapat oedema, reflek patela +/+.

(Saminem, 2010).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : G PAPIAH, UK, hidup, tunggal, letak janin, intrauterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin dengan inpartu kala I fase laten/aktif.

(Sastrawinata, 1983).

- b. Masalah :

1. Cemas, gelisah, takut

Data Pendukung :

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

(Manuaba, 2010).

2. Nyeri

Data Pendukung :

- a) Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng – kenceng.
b) Perut tegang pada saat kontraksi (Manuaba, 2010).
c) His pada fase aktif minimal 3 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih.

(DEPKES RI, 2008).

- c. Kebutuhan : Berikan asuhan sayang ibu.

KIE teknik relaksasi.

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

- a. Partus lama
- b. Distosia bahu
- c. Robekan perineum
- d. Atonia uteri

(Manuaba, 2008).

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada.

5) Intervensi

1. Kala I

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama 6-8 jam (multigravida), 10-12 jam (primigravida), diharapkan terjadi pembukaan lengkap.

Kriteria hasil :

- Keadaan umum ibu dan janin baik
- Ada tanda dan gejala kala II
- His semakin adekuat dan teratur
- Terjadi penurunan kepala janin
- Pembukaan 10 cm, effasement 100%

Intervensi :

1. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini.

Rasionalisasi : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab terhadap kesehatan ibu dan janinnya.

(Doenges, 2001).

2. Anjurkan suami untuk mengisi lembar IC.

Rasionalisasi : keluarga menyetujui mengenai tindakan yang akan dilakukan, sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat bidan.

3. Anjurkan ibu untuk kencing jika ingin kencing.

Rasionalisasi : kandung kemih yang penuh memperlambat proses penurunan kepala.

4. Ajarkan ibu teknik relaksasi.

Rasionalisasi : ketegangan otot meningkatkan rasa kelelahan dan tahanan terhadap turunnya janin serta dapat memperpanjang persalinan. Teknik relaksasi memberi rasa nyaman dan menurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen ke janin.

(Doenges, 2001).

5. Jaga privasi dan kebersihan diri ibu.

Rasionalisasi : pemberian rasa nyaman pada ibu dapat membantu mempercepat proses persalinan.

6. Berikan asupan nutrisi pada ibu.

Rasionalisasi : makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi, bila tidak tercukupi dapat memperlambat kontraksi.

7. Bantu ibu dalam pengaturan posisi.

Rasionalisasi : mempercepat penurunan kepala dan juga tidak menekan pembuluh darah janin.

8. Ajarkan ibu tentang posisi dan cara meneran.

Rasionalisasi : membantu pengeluaran bayi dan mengurangi robekan jalan lahir.

9. Pantau keadaan ibu terutama pada tekanan darahnya dan janin dengan lembar partograf dan observasi.

Rasionalisasi : memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan. DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

(DEPKES RI, 2008).

10. Siapkan semua perlengkapan peralatan sesuai dengan standart APN.

Rasionalisasi : SOP APN, efektifitas dan efisiensi prosedur tindakan mengurangi AKB, AKI.

2. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 menit (primi) dan 60 menit (multi) diharapkan bayi lahir spontan dan menangis spontan.

Kriteria Hasil:

- Ibu dapat meneran
 - Tangis bayi kuat
 - Warna kulit kemerahan
 - Gerak aktif
1. Kenali tanda gejala kala II (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka)
 2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan essensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir
 3. Gunakan celemek
 4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering
 5. Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melakukan pemeriksaan dalam
 6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/ steril. Pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik)

7. Bersihkan vulva dan perineum dari arah depan ke belakang dengan kapas DTT
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan pada larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik dan rendam selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
11. Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa pembkaan sudah lengkap, dan keadaan janin baik, bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
12. Beritahu keluarga untuk membantu ibu menyiapkan posisi meneran
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman
15. Letakkan handuk bersih di atas perut ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva 5-6 cm
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu

17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kakai dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
25. Lakukan penilaian terhadap bayi baru lahir
26. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu

27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus ibu

3. Kala III

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama 5-30 menit, diharapkan plasenta lahir lengkap secara spontan.

Kriteria hasil :

- Plasenta lahir spontan lengkap
- Kontraksi uterus baik.
- Tidak terjadi perdarahan.

28. Beritahu pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin

29. Suntikkan oksitosin 10 unit pada 1/3 paha atas bagian distal secara IM

30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat bayi sekitar 3 cm dari pusar

31. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat

32. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu

33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi

34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

35. Pastikan bahwa plasenta telah lepas dari tempat implantasinya
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri
37. Lakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lintasan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras)
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh.

4. Kala IV

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama 2 jam post partum, diharapkan tidak ada komplikasi.

Kriteria hasil :

- TTV normal
- TFU normal

- UC baik
 - Kandung kemih kosong
 - Perdarahan normal.
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
 42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
 43. Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu dan bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)
 44. Lakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu dan bayi
 45. Berikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) di paha kanan antero lateral
 46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
 47. Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi
 48. Evaluasi dan perkirakan jumlah darah yang keluar
 49. Periksa nadi ibu dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama persalinan
 50. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik serta suhu tubuh normal

51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
54. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI, anjurkan pada keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Celupkan sarung tangan yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan secara terbalik dan rendam selama 10 menit
57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering
58. Lengkapi partograf, periksa tanda vital, dan berikan asuhan sayang ibu.

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian (data fokus)

1.Data Subyektif

1)Identitas

- a. Umur : Semakin tua (>35th)/ terlalu muda (<20th) mempunyai resiko pendarahan lebih tinggi karena organ reproduksi tidak mempunyai titik maksimal dalam menjalankan fungsi fisiologis.

(Manuaba, 2010).

2)Keluhan Utama

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

(Varney, 2007).

3)Pola Kebiasaan Sehari-hari

- a. Mobilisasi : Karena lelah setelah bersalin ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 6-8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke-2 diperbolehkan duduk, hari ke-3 jalan-jalan, dan hari ke-4 atau ke-5 sudah diperbolehkan pulang.
- b. Makan : 3-4x/hari (penambahan kalori 500 kkal, tambahan protein 20 gram, omega 3 (ikan tonkol, kakap, lemuru), vitamin (buah-buan). Minum : 8-10 gelas/hari (3 liter).

c. Miksi : Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi. Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil.

(Sulistyawati, 2009).

d. Defekasi : BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan.

e. Kebersihan diri : Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali sehari. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali membersihkan daerah kemaluan. Jika mempunyai luka episiotomi, hindari untuk menyentuh daerah luka.

(Sulistyawati, 2009).

f. Perawatan Payudara (mammas) : Perawatan mammas telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

(Mochtar, 1998).

g. Istirahat : Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti

(Suherni, 2009).

h. Aktifitas : melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga, dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang

(Sulistyawati, 2009).

i. Seksual : Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

(Sulistyawati, 2009).

4) Riwayat Psikososiospiritual

Adanya respon positif dari ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayinya.

(Sulistyawati, 2009).

2. Data Obyektif

1. Riwayat Persalinan

Kala I : primi 10-12 jam / multi 6-8 jam.

Kala II : primi 1 - 1 ½ jam dan pada multi ½ - 1 jam, Tidak ada komplikasi.

Air ketuban : 500 - 1000 cc, warna : kuning jernih

Kala III : 5-30 menit , Tidak ada komplikasi

Plasenta : bagian maternal dan fetal lengkap, berat plasenta 500 gr, diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, panjang tali pusat 50-60 cm

Jumlah perdarahan < 500 cc.

Inseri : Sentralis/lateralis/marginalis/velamentosa.

Bayi : lahir Spt B, BB > 2500 gram /PB 50 cm /AS 8-10, Tidak ada cacat bawaan, Masa gestasi 37-40 minggu.

(Manuaba, 2010).

2. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Keadaan emosional : Kooperatif

d. Tanda vital

Suhu : Normal 37° C, jika lebih dari 38° C kemungkinan infeksi.

Nadi : Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi.

Tekanan darah : Normal kurang dari 140/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsi ringan.

Pernafasan : 16 – 24 x/ menit.

(Prawirohardjo, 2006).

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Mata : Simetris, tidak juling, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan pada palpebra, sklera berwarna putih, dan konjungtiva berwarna merah muda.
- b. Mamae : bersih, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar.
- c. Abdomen : UC keras dan baik, TFU sesuai hari nifas.
Uri lahir 2 jari bawah pusat, 1 minggu Pertengahan pusat symphysis, 2 minggu Tidak teraba atas symphysis, 6 minggu Bertambah kecil, 8 minggu Sebesar normal
- d. Genetalia : pengeluaran lochea sesuai hari nifas, ada/tidak luka perineum, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, tidak ada nyeri tekan dan hemoroid pada anus.
- e. Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan.

(Sulistyawati, 2009).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH, 6 jam/ 6 hari / 2 minggu / 6 minggu post partum.
- b. Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, cemas.

(Varney, 2007).

- c. Kebutuhan : KIE mobilisasi
 - KIE perawatan payudara dan laktasi
 - KIE kebutuhan nutrisi
 - KIE aktifitas dan personal hygiene
 - Dukungan emosional

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

- a. Haemorrhagic Post Partum.
- b. Post Partum Blues.

(Klein, 2012).

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada.

5) Intervensi

6-8 jam post partum

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
- d. Pemberian asi awal.
- e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

6 hari post partum dan 2 minggu post partum

- a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau.

- b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan)
- c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e. Memberikan konsling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.

6 minggu post partum

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

(Sulistyawati, 2009).