

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan dan Nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi

Kehamilan merupakan proses yang fisiologis dan alamiah. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Sarwono P, 2010).

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010: 75).

2) Tanda – tanda kehamilan

Untuk bisa memastikan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil antara lain :

1. Tanda Pasti Hamil

Seseorang yang dinyatakan positif hamil ditandai dengan:

- a. Terlihatnya embrio atau kantung kehamilan melalui USG pada 4-6 minggu sesudah pembuahan.
- b. Denyut jantung janin ketika usia kehamilan 10-20 minggu. Didengar dengan alat dopler.
- c. Terasa gerak janin dalam rahim. Pada primigravida bisa dirasakan ketika kehamilan berusia 18 minggu, sedangkan pada multigravida di usia 16 minggu. Terlihat atau teraba gerakan janin dan bagian-bagian janin.

d. Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (Asrinah, 2010).

3) Perubahan Anatomi Dan Fisiologi Pada Kehamilan Trimester III

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormone somatomamotropin, estrogen, dan progesterone.

a) Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir

kehamilan. Otot rahim mengalami hiperlasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena penyimpangan kehamilan seperti kehamilan kembar, kehamilan molahidatidosa, kehamilan dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar.

b) Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak terlihat makin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda chadwicks).

c) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan pemberian ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone, dan somatomamotrofin.

d) Sirkulasi Darah Ibu

Setelah kehamilan lebih dari 30 minggu, terdapat kecenderungan peningkatan tekanan darah. Sama halnya dengan pembuluh darah yang lain, vena tungkai juga mengalami distensi dan berpengaruh pada kehamilan lanjut karena terjadi obstruksi aliran balik vena, akibat tingginya tekanan darah yang kembali dari uterus, keadaan ini menyebabkan varices pada vena tungkai.

e) Sistem Respirasi

Elespansi diafragma dibatasi oleh pembesaran uterus, diafragma naik 4 cm. Kondisi ini menyebabkan ibu bernapas pendek dan saat terjadi pada 60 % wanita hamil.

f) Sistem pencernaan

Karena pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat hal ini yang menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (hipersaliva), daerah lambung terasa panas dan mual muntah. Pengaruh estrogen menimbulkan gerakan usus makin berkurang dapat menyebabkan sembelit.

g) Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, muncul keluhan sering berkemih karena kepala janin turun ke pintu atas panggul, desakan ini menyebabkan kandung kemih terus terasa penuh. Akibat terjadinya hemodiaksi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urin pun bertambah. (simkin, penny : 2007)

4) Perubahan dan Adaptasi Psikologi Dalam masa kehamilan**a. Pada Kehamilan Trimester III**

Trimester ke ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau bayinya lahir dengan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya

dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya (Asrinah, 2010).

b. **Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester III**

Selama kehamilan, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologi dan emosional. Sebagai seorang bidan, anda harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu memberi dukungan dan keprihatinannya, kekhawatiran dan pernyataan-pernyataan.

1. Dukungan Keluarga
2. Dukungan Dari tenaga Kesehatan
3. Rasa aman dan Nyaman Selama Hamil
4. Persiapan Menjadi Orang Tua
5. Persiapan Saudara Kandung (Asrinah, 2010 : 72)

6) Standar Asuhan Kehamilan

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

- a. Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal:
 1. Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
 2. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu)
 3. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)
- b. Pelayanan standart, yaitu 7 T:

Sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan, standart minimal pelayanan pada ibu hamil adalah tujuh bentuk yang disingkat dengan 7 T, antara lain sebagai berikut:

1. Timbang berat badan.
2. Ukur tekaan darah.
3. Ukur tinggi fundus uteri.
4. Pemberian imunisasi TT lengkap.
5. Pemberian Tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablett setiap harinya.
6. Lakukan Tes penyakit Menular Seksual (PMS).
7. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

(Ari Sulistyowati, 2011:4-5)

7) Asuhan Antenatal

a) Tujuan Antenatal Care

1. Tujuan Umum

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

2 Tujuan Khusus

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.

- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Asrinah, 2010).

b) 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.

c) Pemeriksaan Rutin dan Penelusuran Penyulit Selama Kehamilan

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

1. Identifikasi dan Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan umum dalam kehamilan
3. Pemeriksaan laboratorium

4. Pemeriksaan USG dan lain-lain

d) 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 disosialisasikan 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 abdominalpelvikum

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.

5. Asuhan berkala asuhan antenatal

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:

- a. Keluhan yang dirasakan ibu hamil
- b. Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
- c. Menilai kesejahteraan janin (prawihardjo 2008: 278)

8) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik harus dilakukan secara menyeluruh karena terjadi perubahan akibat kehamilan, yang bersumber dari perubahan hormonal. Perubahan sistem hormonal ini dapat memperberat penyakit ibu yang diderita sebelumnya hingga saling mempengaruhi antara kehamilan dan penyakitnya.

Pemeriksaan fisik ibu hamil dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Pemeriksaan fisik umum

Tujuan pemeriksaan fisik umum adalah:

- a. Menilai keadaan umum yang dapat mendukung kehamilan atau sebaliknya sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan.
 - b. Mencari tanda-tanda perubahan fisik ibu hamil yang dapat mendukung diagnosis kehamilan.
 - c. Mencari kemungkinan penyakit yang telah dideritanya atau terselubung sehingga dapat ditegakkan diagnosis dini dan pengobatan.
 - d. Melakukan pemeriksaan penunjang khususnya laboratorium untuk menilai kesehatan umum ibu hamil untuk menegakkan diagnosis penyakit yang diderita.
- ### **2. Pemeriksaan fisik khusus kehamilan**

Tujuan pemeriksaan adalah:

- a. Untuk memastikan telah terjadi kehamilan.

- b. Untuk memastikan apakah kehamilannya intrauteri.
 - c. Untuk memastikan apakah kehamilannya tunggal atau ganda.
 - d. Untuk memastikan apakah kehamilannya tergolong berisiko rendah, meragukan atau berisiko tinggi.
 - e. Bagaimana sikap masing-masing untuk menghadapi keadaan itu.
 - f. Untuk menentukan keadaan janin dan ibu saat ini.
 - g. Untuk menentukan apakah perlu diberikan pengobatan terhadap penyakit yang diderita ibu.
 - h. Untuk menentukan apakah saat ini diperlukan intervensi medis.
- (Manuaba, 2007).

9) 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	- Antara 28-30 cm - Kurang 2-3 cm dari ukuran normal kemungkinan panggul patologis
Distansia oblikua	- Jarak antara spina iliaka posterior	- Merupakan ukuran silang

eksterna	sinistra dan spina iliaca anterior superior sinistra	- Untuk menentukan apakah panggul simetris atau tidak
Konyugata eksterna (Boudoloque)	- Jarak antara bagian atas simfisis dengan spina L5	Sekitar 18 cm
Distansia tuberum	- Jarak tuber isciadika kanan dan kiri	- Jarak sekitar 10,5 cm - Jarak kurang dari normal, akan menunjukkan sudut simfisis kurang dari 90 derajat

(Manuaba, 2007).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1) Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses di mana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan di anggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya placenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. (APN, 2008 : 39).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan placenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).(Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, 2010 : 164).

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).

2) Jenis Persalinan

Menurut Manuaba (2010) Jenis-jenis persalinan adalah sebagai berikut:

a. Persalinan Spontan

Persalinan yang seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan Buatan

Persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan yang kekuatannya ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

3) Perubahan Fisik dan Psikologis pada Ibu Bersalin

Sejumlah perubahan-perubahan baik fisiologis maupun psikologis yang normal akan terjadi selama proses persalinan. Perubahan-perubahan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Perubahan Fisiologis

Adapun perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu bersalin adalah sebagai berikut:

1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata sebesar 5-10 mmHg. Diantara

kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya maka diperlukan pengukuran tekanan darah diluar kontraksi.

2) Perubahan Metabolisme

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

3) Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan semakin meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan, kenaikan suhu dianggap normal asal tidak melebihi $0,5-1^{\circ}\text{C}$, suhu badan yang mengalami kenaikan sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama mengindikasikan adanya dehidrasi.

4) Perubahan Pernapasan

Terjadi kenaikan sedikit demi sedikit pada frekuensi pernapasan dibanding sebelum persalinan, kenaikan pernapasan ini dapat disebabkan karena adanya nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar

5) Perubahan Renal

Polyuria sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Kandung kencing harus sering dikontrol (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urine setelah melahirkan.

6) Perubahan Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang sehingga bisa menyebabkan terjadinya konstipasi. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan, oleh karena itu ibu bersalin dianjurkan untuk tidak makan atau minum secara berlebihan, tetapi makan dan minum hanya untuk mempertahankan energi.

7) Perubahan Hematologis

Hematologis akan meningkat 1,2 gr/ 100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Jumlah sel darah putih meningkat secara progresif selama kala 1 persalinan sebesar 5000 – 15000 WBC (*White Blood Cell*) sampai dengan akhir pembukaan lengkap.

8) Perubahan Uterus

a. Kontraksi Uterus

Selama persalinan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung. Bagian bawah relatif pasif dibanding dengan segmen atas, dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis. Segmen atas berkontraksi, mengalami retraksi dan mendorong janin keluar, sebagai respon terhadap gaya dorong kontraksi segmen atas, sedangkan segmen bawah uterus dan serviks akan semakin lunak berdilatasi dan dengan cara demikian membentuk suatu saluran muskular dan fibromuskular yang menipis sehingga janin dapat menonjol keluar.

b. Perubahan Bentuk Uterus

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengurangan diameter horisontal. Hal ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks.

c. Pembentukan Segmen Atas Rahim dan Segmen Bawah Rahim

Segmen atas rahim (SAR) terbentuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif. Pada bagian ini terdapat banyak otot serong dan memanjang. SAR terbentuk dari fundus ishmus uteri.

Segmen bawah rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah atas ishmus dengan serviks, dengan sifat otot yang tipis dan elastis, pada bagian ini banyak bagian otot yang melingkar dan memanjang.

d. Penarikan Serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena kanalis servikalis membesar dan membentuk ostium uteri eksterna (OUE).

9) Perubahan Serviks

a. Pendataran Serviks

Obliterasi atau pendataran serviks adalah pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Proses ini disebut sebagai pendataran (*effacement*) dan terjadi dari atas ke bawah. Sebagai hasil dari aktivitas myometrium yang meningkat sepanjang persiapan uterus untuk persalinan, pendataran sempurna pada serviks yang lunak kadang kala telah selesai sebelum persalinan aktif mulai.

b. Dilatasi Serviks

Jika dibandingkan dengan korpus uteri, segmen bawah uterus dan serviks merupakan daerah yang resistensinya lebih kecil. Oleh karena itu, selama terjadi kontraksi, struktur-struktur ini mengalami peregangan, dalam prosesnya serviks mengalami tarikan sentrifugal. Ketika kontraksi uterus menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks. Bila selaput ketuban sudah pecah, tekanan pada bagian terbawah janin terhadap serviks dan segmen bawah uterus juga sama efektifnya.

c. Pembentukan Ostium Uteri Interna dan Ostium Uteri Eksterna

Pembentukan serviks disebabkan oleh karena pembesaran OUE karena otot yang melingkar disekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pembukaan uteri tidak saja karena penarikan SAR akan tetapi juga karena tekanan isi uterus yaitu kepala dan kantung amnion. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu baru ostium eksterna membuka pada saat persalinan terjadi, sedangkan pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi.

10) Perubahan pada Vagina dan Dasar Panggul

Jalan lahir disokong dan secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah musculus levator ani dan fasias yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat dianggap sebagai dasar panggul. Kelompok otot ini menutup ujung bawah rongga panggul sebagai sebuah diafragma sehingga memperlihatkan permukaan atas yang cekung dan bagian bawah yang cembung. Di sisi lain musculus levator ani terdiri atas bagian pubokoksigeus dan iliokoksigeus. Bagian posterior dan lateral dasar panggul, yang tidak diisi oleh musculus levator ani diisi oleh musculus piriformis dan *muskulus* koksigeus pada sisi lain.

11) Perubahan Ligamentum Rotundum

Ligamentum rotundum mengandung otot-otot polos dan saat uterus berkontraksi, otot-otot ligamentum rotundum ikut berkontraksi hingga ligamentum rotundum menjadi pendek.

b. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada ibu bersalin wajar terjadi pada setiap orang namun ibu memerlukan bimbingan dari keluarga dan penolong persalinan, agar ibu dapat menerima keadaan yang terjadi selama persalinan dan dapat memahaminya, sehingga ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan. Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu bersalin adalah sebagai berikut:

- 1) Perasaan tidak enak
- 2) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang di hadapi
- 3) Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan normal
- 4) Menganggap persalinan sebagai cobaan
- 5) Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
- 6) Apakah bayi normal apa tidak
- 7) Apakah ia sanggup merawat bayinya
- 8) Ibu cemas

4) Proses Terjadinya Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui secara pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kekuatan terjadinya His. Perlu diketahui bahwa ada 2 hormon yang dominan pada saat hamil, yaitu :

1. Esterogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim, memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.
2. Progesterone yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Esterogen dan progesterone terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin yang di keluarkan melalui hipofisis posterior dapat menimbulkan bentuk kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks. Kontraksi Braxton hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua usia kehamilan frekuensi kontraksi semakin sering.

Oksitosin diduga bekerja sama dengan prostaglandin yang makin meningkat mulai dari usia kehamilan minggu ke-15. Disamping itu, faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk dimulainya kontraksi rahim. Berdasarkan uraian tersebut dapat di kemukakan beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan.

Teori kemungkinan terjadinya proses persalinan :

1. Teori keregangan

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

2. Teori Penurunan Progesteron

Proses penuaan placenta terjadi pada saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

3. Teori Oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, Sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Dengan menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi di keluarkan Prostaglandin dianggap dapat memicu terjadinya persalinan.

5. Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan ansefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin

1973. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinaan dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-hipofisis dengan mulainya persalinaan. Grandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinaan.(Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB, 2010 : 166)

5) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinaan

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinaan adalah sebagai berikut:

1. His/ kontraksi Rahim (power)

Dimulai pada salah satu tanduk rahim, sebelah kanan atau kiri, lalu menjalar keseluruhan 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 persalinaan, 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 persalinaan, 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 persalinaan.

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 tidak 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 ketrampilan serta pengetahuan tentang pertolongan persalinan yang sesuai dengan kompetensi bidan. (Prawirohardjo, 2008)

6) Permulaan Terjadinya Persalinan

Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi.

Kontraksi otot rahim menyebabkan:

1. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, diatas simfisi pubis dan ingin sering berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
2. Perut lebih melebar karena fundus uteri turun.
3. Muncul saat nyeri didaerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus frankenhauser yang terletak sekitar serviks(tanda persalinan palsu).
4. Terjadi penurunan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim.

5. Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

Factor-faktor penting dalam persalinan adalah power (hila atau kontraksi otot rahim, kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, keregangan dan kontraksi ligamentum rotundum), pasanger(janin dan placenta), pasange(jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang).

Dalam persalinan, masih terdapat subfaktor yang mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat terjadi kemungkinan persalinan yang berlangsung dengan kekuatan sendiri yang disebut dengan persalinan eutosia dan persalinan yang berlangsung dengan penyimpang yang berasal dari kekuatan sendiri yang disebut persalinan distosia.

Persalinan letak belakang kepala dan berlangsung spontan terjadi paling banyak. Persalinan di Indonesia terutama dipedesaan sebagian besar ditolong oleh tenaga nonmedis yang disertai berbagai penyulit sampai kematian. Penyebab kematian ibu adalah perdarahaan, infeksi, gestosis preeklamsia dan eklamsia. (Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB, 2010 : 167)

7) Tahapan Persalinan

Menurut Manuaba (2010), tahapan dalam persalinan adalah sebagai berikut:

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.

1) Fase laten

- a. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c. Pada umumnya, fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam.
- d. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20 – 30 detik.

2) Fase aktif

- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi di anggap adekuat / memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b. Dan pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin
(Asuhan Persalinan Normal, 2008 : 38)

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.

Langkah 1-27 :

1. Mengenali tanda dan gejala Kala II (Dorongan meneran, Tekanan pada anus, Perineum menonjol, Vulva membuka)
2. Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukan spuit kedalam partus set
3. Memakai celemek plastik.

4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Memakai sarung tangan DTT/steril pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukan oksitosin 10 unit kedalam spuit yang telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon.
8. Melakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan servik.
9. Mendekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
11. Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman.
12. Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman.
13. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
14. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan memberi cukup cairan.

15. Menganjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.
16. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
17. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
18. Memakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan.
19. Melindungi perineum dengan tangan kanan yg dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan kepala tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat.
21. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Memegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah simpisis, kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dengan ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.
25. Menilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.

26. Meringkakan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam Rahim.

(APN, 2008)

3. Kala III

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

Langkah 28 – 40

28. Memberi tahu ibu bahwa dia akan disuntik Oksitosin
29. Menyuntikkan oksitosin secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
30. Menjepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat bayi kearah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama
31. Menggantung tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan lain melindungi perut bayi) menggantungan diantara kedua klem ikat tali pusat
32. Memberikan bayi pada ibunya menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai IMD
33. Mengganti handuk yang basah dengan kering serta bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi
34. Memindahkan klem pada tali pusat, hingga berjarak 5-6 cm dari vulva
35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atau symphysis untuk mendeteksi dan tangan lain meregangkan tali pusat

36. Melakukan penegangan tali pusar sambil tangan lain mendorong ke arah atas belakang secara hati – hati untuk mencegah inversio uteri
37. Meletakkan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga placenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir
38. Melahirkan placenta dengan kedua tangan dan memilih searah jarum jam kemudian ditempatkan pada tempatnya
39. Meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dan gerakan memutar dan melingkar sehingga uterus berkontraksi
40. Memeriksa kedua sisi placenta bagian maternal dan fetal (APN, 2008)

d. Cara pelepasan placenta

1) 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.

2) 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.

e. Cara untuk mengetahui pengeluaran placenta:

a) Kutstner

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

b) Klien

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

c) 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.

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
43. Membiarkan bayi diatas perut ibu.
44. Menimbang berat badan bayi, tetesi mata dengan salep mata, injeksi vit k (paha kiri)
45. Memberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit.K)
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginaan.
47. Mengajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi

48. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi dan kandung kemih
50. Memeriksa pernafasan dan temperatur tubuh
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk mendekontaminasi cuci dan bilas perlatan setelah didekontaminasi
52. Membuang bahan – bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban lendir dan darah
54. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan menganjurkan mobilisasi dini
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan rendam selama 10 menit
57. Mencuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir
58. Melengkapi Partograf. (APN, 2008)

Tabel 2.2 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 : 97)

8) Mekanisme Persalinan

Yang paling sering kita jumpai adalah presentasi belakang kepala dan kebanyakan presentasi ini masuk dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis. Ubun-ubun kecil kiri melintang lebih sering daripada ubun-ubun kecil kanan melintang.

Gerakan-gerakan utama anak pada persalinan:

1. Turunnya kepala, dapat dibagi dalam

1. Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)
2. Majunya kepala

Yang menyebabkan majunya kepala:

- a. Tekanan cairan intra uteri
- b. Kekuatan mengejan
- c. Melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk rahim

2. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah sehingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah daripada ubun-ubun besar. Keuntungannya dalam ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm).

3. Putar paksi dalam

Adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.

4. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah defleksi dari kepala

5. Putar paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putar paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi (putaran balasan).

6. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simpisis dan menjadi hipomoglion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan jalan lahir.(Obstetri UNPAD: 1988)

Tabel 2.3 Palpasi 5/5 :

Palpasi	VT	Keterangan
5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan
4/5	H I-II	Sulit digerakan,bagian terbesar kepala belum masuk ke dalam panggul
3/5	H II-III	Bagian terbesar kepalabelum masuk panggul
2/5	H III+	Bagian terbesar kepalasudah masuk panggul
1/5	H III-IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

(Maternal Neonatal, 2007 : N-10)

2.1.3 Konsep Dasar Teori Massa Nifas

1) Definisi

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Sujiyatini, 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. (Ari Sulistyowati, 2008).

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran placenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intra partum). Hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada saat tidak hamil. Ingat bahwa perubahan ini adalah pada kondisi tidak hamil, bukan kondisi prahamil, seperti yang sering dikatakan. Kondisi prahamil hilang selamanya – paling mencolok setelah pertama kali hamil dan melahirkan, tetapi juga pada setiap kehamilan selanjutnya. Periode ini disebut juga puerperium, dan wanita yang mengalami puerperium disebut dengan puerperal. Periode pasca partum berlangsung sekitar 6 minggu. (Varney, 2008 : 985)

2) Tahapan Masa Nifas

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

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. 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 biasa cepat bila kondisi sehat prima,

atau biasa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.(Ambareati 2010:3)

3) Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Asuhan Masa Nifas

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain:

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
2. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
3. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
4. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
5. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
6. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
7. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
8. Memberikan asuhan secara professional.

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.

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

Tabel 2.4 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1	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

		<p>pengecahan hipotermi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamasetelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi barulahir dalam keadaan baik
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan involusi uterus barjalan 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 konselingtentang 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 Hari post partum	- Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami selama nifas - Memberikan konseling KB secara dini

Sumber : sujyatini (2010)

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 :

- a. Proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar alveoli dan jaringan lemak bertambah.

- b. Keluar cairan susu jolong dan ductus lactiferous disebut colostrum berwarna kuning / putih susu.
- c. Hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam, dimana vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.

1) 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) Involusi uterus.

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

- 1) Iskemia Miometrium = Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- 2) Atrofi jaringan = Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
- 3) Autolysis = Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.
- 4) Efek Oksitosin = Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi

situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.5 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

Sumber : 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 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis.

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.

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian selesai involusi ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil.

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.

Lokea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokea dapat dibagi menjadi lokea rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lokea dapat dilihat sebagai berikut:

Pada masa nifas akan terdapat perubahan warna lokea setiap waktunya sendiri maka dari itu di bawah ini merupakan perubahan lokea pada masa nifas yaitu :

Tabel 2.6 Perubahan Lochea pada masa nifas

Lokea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sis mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir.

Serosa	7- 14 hari	Kekuningan/keco klatan	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

(Sumbe : 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 lokia sekitar 240 hingga 270 ml.

f) Perubahan Pada Vulva, Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan,setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu

g) Perubahan Fisiologis Masa Nifas 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. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

1) Nafsu Makan Pasca melahirkan.

Biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan Usus.

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas

membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

- a) Pemberian diet / makanan yang mengandung serat.
- b) Pemberian cairan yang cukup.
- c) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- d) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

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.

Urin dalam jumlah besar akan di hasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut 'dieresis' ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

i) Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

j) 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 estrogen 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. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan.

k) Perubahan Tanda Vital

1) 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 genitalis ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu di atas 38 derajat celcius, waspada terhadap infeksi post partum.

2) 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.

3) 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. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

4) 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. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

L) Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon placenta

Hormon placenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke3 post partum.

2) Hormone pituitary

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

3) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena redahnya kadar estrogen dan progesteron

4) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

M) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah placenta dilahirkan

Ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga

tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh ³kandungannya turun´ setelah melahirkan karena ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

2) Perubahan Psikis

a) Post Partum Blues

Adalah masalah yang di alami setelah melahirkan seperti menangis, kelelahan, marah-marah, sensitive, takut bayi mati, bayi menangis terus.

Tanda-tandanya :

- 1) Sangat emosional
- 2) Cemas
- 3) Semangat hilang
- 4) Khawatir
- 5) Mudah tersinggung
- 6) Sedih tanpa sebab
- 7) Menangis berulang kali
- 3) Depresi post partum

8) Adaptasi Psikologi Post Partum

Periode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa post partum yaitu :

1. Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
2. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi.
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
4. Pengaruh budaya.

Satu atau dua hari post partum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ibu hanya menuruti nasehat, ragu-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, masih menggebu mem-bicarakan pengalaman persalinan. Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap :

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. (Bahiyatun,2009)

9) Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Gizi
2. Ambulasi Dini
3. Eliminasi (Miksi dan Defekasi)
4. Kebersihan diri (Perwatan perinium dan payudara)
5. Istirahat
6. Seksual
7. Latihan senam nifas
8. Keluarga berencana

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney

2.2.1 Pengertian Manajemen Varney

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

2.2.2 Standar 7 Langkah Varney

a) Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

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

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.(Asrina, 2010 : 162)

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)

1. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien ataupun keluarganya.

2. Data Obyektif

Data obyektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pengamatan maupun pengukuran yang dilakukan oleh bidan dan memiliki standar normal.

b) 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:

- a. Diakui dan telah disyahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.(Muslihatin,2009:115)

c) Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa Dan Masalah)

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 di harapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

d) Langkah IV (Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera)

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

Langkah ke empat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama perempuan tersebut bersama bidan terus menerus misalnya pada waktu ia berada dalam persalinan (Asrinah,2010).

e) Langkah v (Merencanakan Asuhan Yang Menyeluru)

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluru, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan menejeman terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau di antisipasi. 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).

f) Langkah VI (melaksanakan perencanaan)

Pada langkah ini, rencana asuhan yanag menyeluruh dalam langkah ke lima 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. Pelaksanaan rencana yang sudah di buat.

g) 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(Asrina, 2010 : 162).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Kehamilan, Persalinan dan Nifas

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

a) . SUBYEKTIF

1. Biodata

Umur : < 20 tahun alat reproduksi belum siap dan > 35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya persalinan prematur (Stanhope, 2007).

2. Keluhan utama : P : penyebab keluhan, Q : kualitas/ berapa kali, R : penjalaran sampai seberapa, S : skala parah atau tidak menurut pasien, T : waktunya kapan(Feryanto, 2011).

Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya : leukorea, peningkatan frekuensi berkemih, nokturea, nyeri ulu hati, konstipasi, hemoroid, insomnia, nyeri pada ligamentum teres uteri, nyeri punggung bawah (nonpatologis), hiperventilasi dan sesak napas (nonpatologis), kesemutan pada jari (Helen Varney, 2007: 538-543).

3. Riwayat Kebidanan :

Kunjungan : frekuensi 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)

(Ari Sulistyawati, 2011 : 4).

Riwayat menstruasi :

1. Menarce : Wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarce sekitar 12 sampai 16 tahun, (Ari Sulistyawati, 2011: 167)
2. Siklus : Merupakan jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya, dalam hitungan hari.Biasanya sekitar 23-32 hari, (Ari Sulystyowati, 2011: 167).
3. Banyaknya : Sebagai acuan biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Atau berapa kali mengganti pembalut dalam sehari.(Ari Sulistyawati, 2011 : 167)

HPHT: perhitungan usia kehamilan dapat dilakukan dengan menanyakan pada ibu hamil tersebut kapan hari pertama haid terakhir,kemudian dihitung perminggu secara manual

(Indrayani,2011).

4. Riwayat obstetric yang lalu

Dikaji jumlah kehamilan karena menentukan apakah pasien primi, multi, atau grandemultipara, dan anak yang hidup untuk mengetahui jarak kehamilan yang dulu dengan sekarang, kelahiran prematur dan riwayat keguguran. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu apakah kehamilanya berjalan dengan normal atau ada permasalahan seperti

kehamilan dengan tekanan tinggi/pre- eklamsi , IUGR, polihidromnion atau oligohidromnion. Riwayat persalinan dengan forcep, vakum, SC, partus lama. Riwayat nifas seperti perdarahan, infeksi, masalah dalam menyusui maupun masalah psikologi. Berat badan bayi juga penting digali untuk memberikan gambaran kapasitas dari pelvic/panggul ibu. (Indrayani, 2011)

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, mual, sering buang air kecil.
- b. pergerakan anak pertama kali : ibu akan merasakan gerakan janin pada sekitar minggu ke -18 setelah masa menstruasi keluar terakhir (Helen varney, 2008)
- c. frekwensi pergerakan standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam .(janeth medtforth, 2011 : 49)
- d. Penyuluhan yang sudah didapat :
 Nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktifitas, tanda – tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara/laktasi, seksualitas, persiapan persalinan dan KB.
- e. 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. Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun

dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Asrinah, 2010).

6. Pola kesehatan fungsional

1) Pola nutrisi dan cairan

Nutrisi yang di dapatkan pada ibu hamil yaitu antara lain: jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori dan jumlah kalori yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya pre-eklamsi. Sedangkan jumlah protein yang diperlukan ibu hamil adalah 85 gram/hari sumber yang diperoleh dari tumbuh – tumbuhan (kacang – kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, telur, dan susu). Kebutuhan kalsiumnya adalah 1,5 kg /hari dan jumlah zat besi adalah 30 mg / hari terutama setelah trimester kedua dan jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mikro gram / hari. Air menjaga keseimbangan sel, darah, getah bening dan cairan vital tubuh lainnya. Air juga menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6 – 8 gelas (1500 – 2000 ml) air, susu dan jus tiap 24 jam. (Asrinah, 2010)

2) Pola eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahannya adalah

dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih terutama ketika lambung dalam keadaan kosong.(Asrinah,2010)

3) Pola istirahat/ tidur

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

4) Pola aktivitas

Ibu hamil tidak boleh bekerja terlalu berat dan istirahat untuk dianjurkan sesering mungkin. Seorang ibu hamil disarankan untuk menghentikan aktivitasnya apabila mereka merasakan gangguan pada kehamilannya. Menurut undang – undang perburuhan, perempuan hamil berhak mendapatkan cuti 1,5 bulan sebelum bersalin dan 1,5 bulan sesudah melahirkan.

5) Pola seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit antara lain : sering abortus dan kelahiran prematur, perdarahan pervaginam, koitus harus dilakukan dengan hati – hati terutama pada minggu pertama kehamilan dan bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri.

7 Riwayat kesehatan pada ibu hamil

Selama hamil baik ibu dan janin kondisi medis bisa dipengaruhi kehamilan. Bila tidak diatasi dapat terjadi akibat serius bagi kesehatan ibu antara lain adalah : infeksi saluran kemih dengan mudah terjadi pada pielonefritis yang bila tidak diobati bisa menimbulkan kerusakan ginjal dan menyebabkan persalinan

prematurn, Hipertensi mempredisposisikan akibat kehamilan yang dapat mengakibatkan penurunan fungsi placenta, keterbatasan pertumbuhan intrauterin, gangguan janin atau kematian. Kondisi lain seperti asma, epilepsi, infeksi dan gangguan psikiatrik memerlukan pengobatan yang dapat menimbulkan efek samping pada perkembangan janin.

8. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu hamil yang gemuk beresiko terhadap komplikasi kehamilan. komplikasi ini meliputi diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan dan distosia bahu. Tekanan darah yang sesuai diperlukan untuk mempertahankan fungsi plsentia tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada saat awal pemeriksaan adanya potensi hipertensi dan membutuhkan pemantauan ketat selama kehamilan baik dari bidan maupun dokter obstetrik ginekologi.

9. Riwayat psiko-social-spiritual

a) 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 (Ari sulistyowati , 2009)

a. Respon keluarga terhadap kelahiran bayi

Bagaimanapun juga,hal ini sangat penting untuk kenyamanan psikologis ibu.Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap kelahiran bayi akan mempercepat proses adaptasi ibu menerima perannya.

b. Tradisi

Untuk mendapatkan data ini bidan sangat perlu melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien, terutama orang tua. Hal penting yang biasanya mereka anut berkaitan dengan masa hamil adalah menu makan untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang makanan yang berasal dari daging, ikan telur, dan gorengan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan pada janin (Sulistyawati, 2011)

b) **OBJEKTIF**

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain,serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.Dan keadaan pasien lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain,serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati,2011).
- b. Kesadaran : untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan compos mentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati,2011).

2. Pemeriksaan Tanda – tanda Vital

- a) Tekanan darah : <140/90 mmHg.
- b) Nadi : 80-100 kali/menit
- c) Pernafasan : 16-20 Kali / menit
- d) Suhu : 36,5⁰C-37,5⁰C (Prawiroharjo,2006)

3. 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

Tinggi Badan : > 145 cm, Lingkar Lengan : >23,5 cm

- b. Taksiran persalinan dapat dihitung dengan 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. (Yuni Kusmiyati, 2009 : 51)

- c. Usia Kehamilan : 28-42 minggu

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum.
- b. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- c. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
- d. Mamae : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- e. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi, braxton hicks : perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi braxton hicks yang dapat dirasakan dari usia kehamilan 16 minggu (Indrayani, 2011).
- 1) Leopold I : TFU 2-3 jari di bawah processus xypoides, teraba bagian yang bulat, tidak melenting dan lunak yaitu bokong

- 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 yaitu kepala.
- 4) Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (Rukiyah dan Yulianti, 2010).
- a. TFU Mc. Donald : Usia Kehamilan 36 minggu
tinggi fundus adalah 36 cm (± 2 cm)
(Sarwono, 2009)
- b. 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.
(Yuni Kusmiyati, 2010).
- c. DJJ : normal normal 120-160 kali permenit, apabila kurang dari 120x/menit disebut bradikardi, sedang lebih dari 160x/menit disebut tathicardi. Waspadai adanya gawat janin.
(yuni kusmiyati, 2010).
- f. Genetalia : bartolinitis dan PMS dapat mempengaruhi pada persalinan dan keadaan bayi.
- g. Ekstremitas : odema mengidentifikasi preeklamsi jika di sertai adanya protein dalam urin.
4. Pemeriksaan Panggul : pemeriksaan panggul yang dapat dilakukan pada usia kehamilan 36 – 38 minggu jika kepala bayi belum engaged (Indrayani 2011)
- Distancia Spinarum : 24-26 cm
- Distancia cristarum : 28-30 cm
- Conjugata eksterna : 18-20 cm

Lingkar panggul : 80-90 cm

Distancia tuberum : 10,5 cm

5. Pemeriksaan Laboratorium

a) Darah

pemeriksaan darah tersebut diperlukan untuk mengetahui golongan darah ibu apabila diperlukan trnsfusi darah pada sat persalinan

b) Urine :

urinalis dilakukan setiap kali pemeriksaan untuk mengetahui adanya abnormalitas. Pada kunjungan pertama, spesimen aliran tengah dapat dikirimkan kelaboratorium untuk dibiakkan guna mengetahui kemungkinan bakteri. Bakteriuria seringkali terjadi asimtomatik sehingga ibu hamil tidak menyadarinya.

6. Pemeriksaan lain :

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

NST : *NST* idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal *DJJ*, ada atau tidaknya *Braxton his*, aktif atau tidaknya gerak janin.

2.) Interpretasi Data Dasar

Adapun masalah atau diagnosa yang dapat ditimbulkan dari kondisi kehamilan letak sungsang ini adalah :

1. Diagnosa : G PAPIAH usia kehamilan 36 minggu, Hidup atau mati, tunggal atau gemeli, letak kepala U, intrauterine atau ekstrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Masalah : sering kencing, nyeri punggung, sesak napas
3. Kebutuhan : Nutrisi, istirahat, aktivitas dan eliminasi

3) Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Beberapa diagnosa potensial yang mungkin dapat ditemukan pada pasien kehamilan, yaitu IUGR, eklamsi, atonia uteri (Sulistyawati, 2011)

4) Mengidentifikasi dan Menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)

Dalam pelaksanaannya terkadang bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) di mana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, misalnya melakukan kolaborasi dengan dokter dan petugas kesehatan lainnya yang sesuai dengan bidangnya (Sulistyawati, 2011).

5) Intevensi

Kebutuhan ibu hamil pada trimester III

- a) Kebutuhan nutrisi (kebutuhan zat besi : tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan)

Rasional : nutrisi dan vitamin penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri

- b) Kebutuhan personal hygiene

Rasional : mencegah terjadinya infeksi

- c) Kebutuhan istirahat

Rasional : pada saat tidur, hormon pertumbuhan disekresikan dan hal ini merupakan waktu yang optimal untuk pertumbuhan janin

- d) Tanda-tanda persalinan

Rasional : ibu mengetahui tanda-tanda persalinan.

- e) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Rasional : mendidik wanita menyiapkan diri menjadi orang tua

f) Persiapan laktasi

Rasional : persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya.

(Indrayani,2011)

2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

1.) Pengkajian

a. 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 (Manuaba, 2010).

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.

(Asuhan Persalinan Normal, 2008).

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

(Asuhan Persalinan Normal, 2008).

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. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi/ kontraksi menjadi kurang efektif (Asuhan Persalinan Normal, 2008). Makanan padat tidak boleh di berikan selama persalinan aktif, karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair (Yanti, 2009).

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 (Luwzee, 2008).

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 endorphin dalam tubuh (Yanti, 2009).

d. Pola Aktivitas

Aktifitas klien selama proses persalinan tidak dianjurkan terlentang terus menerus dalam masa persalinannya. Dapat digunakan untuk jalan – jalan (Yanti, 2009).

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 (Manuaba, 2010).

- 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 (Asuhan Persalinan Normal, 2008).
- 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 (asuhan Persalinan Normal, 2008).
- 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, dukungan tersebut dapat berupa membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, menciptakan kamar bersalin yang nyaman, memberikan sentuhan, berada disisi pasien, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien (Sumanah, 2008).

b. Data Obyektif

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

1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dan keadaan pasien lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2011)
- b. Kesadaran : untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan *compos mentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2011)

a. 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 °C – 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 (Asuhan Persalinan Normal, 2010).

Abdomen : simetris, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum dan linia nigra pembesaran sesuai usia kehamilan janin, Kandung kemih kosong

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP, DJJ 120 –

- 160x/menit, kontraksi 3x atau lebih dalam waktu 10 menit dan lamanya 40 detik/lebih
- Genetalia : Terdapat Lendir bercampur darah, jika cairan ketuban sudah pecah tetapi tidak diikuti adanya pembukaan serviks, maka dapat dikatakan KPD.
- 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 : \emptyset 1 – 10 cm, eff 10-100%, ket (+/ -) jernih, keruh, bercampur mekonium, berbau , let-kep denominator, H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi.
- Anus : Hemoroid selama persalinan terjadi peningkatan 50% distensibilitas vena atau derajat dilatasi pada tekanan tertentu akibat estrogen plasenta.
- Ekstrimitas : Oedema mengindikasikan preeklamsi yang disertai dengan protein dalam urin

3) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

1. Darah (Hb)
2. Urine (albumin dan reduksi)

3. Tes kertas lakmus : 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. Pemeriksaan diagnostik

USG dan NST

2.) Interpretasi data

1. Diagnosa : GPAPIAH ukminggu, tunggal, hidup, intra uterine, let kep, ku ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase laten / aktif.

2. 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

(Asuhan Keperawatan Maternitas, 2011).

- 2) Nyeri

Data Pendukung

- a. Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng – kenceng.
- b. Tampak meringis.
- c. Perut tegang pada saat kontraksi,

(Asuhan Keperawatan Maternitas, 2011).

- d. His pada fase aktif minimal 2 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

2. Kebutuhan

KIE tentang keadaannya saat ini

Dukungan emosional

KIE teknik relaksasi

3.) Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial

1. Potensial Kala I Lama
2. Potensial Infeksi
3. Partus Macet
4. Inersia Uteri
5. Gawat Janin

4.) Identifikasi akan kebutuhan segera

1. Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya berdasarkan kondisi klien.

5.) Intervensi

1. 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.
 - a) TD sistole 100 - 140 mmHg dan diastole 60 - 90 mmHg
 - b) Suhu 36,5 – 37,5⁰C.
 - c) Nadi 60 - 100 x/menit.
 - d) Pernafasan 16 - 24 x/menit.
3. Terdapat tanda dan gejala kala II
 - a. Pembukaan lengkap 10 cm
 - b. Ada doran, teknus, perjol, vulka

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.
Rasionalisasi : Alih informasi antara bidan dengan klien.
- b. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
Rasionalisasi : dengan mempersiapkan ruangan sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses persalinan.
3. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
Rasionalisasi : dengan mempersiapkan peralatan, obat-obatan sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses persalinan.
4. Beri asuhan sayang ibu
 - a) Berikan dukungan emosional.
Rasionalisasi : Keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan
 - b) Atur posisi ibu.
Rasionalisasi : Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.
 - c) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
Rasionalisasi : Pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan.
 - d) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.
Rasionalisasi : Tidak mengganggu proses penurunan kepala.
 - e) Lakukan pencegahan infeksi.
Rasionalisasi : Terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang(Asuhan Persalinan Normal, 2008).
5. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.
Rasionalisasi : Observasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan dan Observasi DJJ setiap 30 menit.

Rasionalisasi : Saat ada kontraksi, DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

6. Anjurkan pasien untuk tirah baring (Manuaba, 2010).

Rasionalisasi : Posisi tirah baring mengurangi keluarnya cairan ketuban yang semakin banyak.

7. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Rasionalisasi : Teknik relaksasi memberi rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

8. Kaji tingkat nyeri dan upaya tindakan mengurangi respon (Keperawatan maternitas, 2011).

Rasionalisasi : Penekanan pada daerah sakrum secara berlawanan bersifat get control dapat menghambat/ mengurangi respon nyeri., Mengurangi rasa nyeri pada sumber nyeri.

9. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

Rasionalisasi : Merupakan standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan memudahkan pengambilan keputusan klinik.

2. **Kala II**

Intervensi 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 : Langkah 1 – 27

1. Mengenali tanda dan gejala Kala II (Dorongan meneran, Tekanan pada anus, Perineum menonjol, Vulva membuka)
2. Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukan spuit kedalam partus set
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Memakai sarung tangan DTT/steril pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukan oksitosin 10 unit kedalam spuit yang telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon.
8. Melakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan servik.
9. Mendekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
11. Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman.

12. Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman.
13. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
14. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan memberi cukup cairan.
15. Menganjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.
16. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
17. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
18. Memakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan.
19. Melindungi perineum dengan tangan kanan yg dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan kepala tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat.
21. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Memegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah simpisis, kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dengan ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.
25. Menilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.
26. Mengeringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam Rahim.
(APN, 2008).

3. Kala III

Intervensi 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 : Langkah 28 – 40

28. Memberi tahu ibu bahwa dia akan disuntik Oksitosin
29. Menyuntikkan oksitosin secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
30. Menjepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat bayi ke arah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama

31. Menggunting tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan lain melindungi perut bayi) pengguntingan diantara kedua klem ikat tali pusat
32. Memberikan bayi pada ibunya menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai IMD
33. Mengganti handuk yang basah dengan kering serta bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi
34. Memindahkan klem pada tali pusat, hingga berjarak 5-6 cm dari vulva
35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atau symphysis untuk mendeteksi dan tangan lain meregangkan tali pusat
36. Melakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain mendorong ke arah atas belakang secara hati – hati untuk mencegah inversio uteri
37. Meletakkan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga placenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir
38. Melahirkan placenta dengan kedua tangan dan memilih searah jarum jam kemudian ditempatkan pada tempatnya
39. Meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dan gerakan memutar dan melingkar sehingga uterus berkontraksi
40. Memeriksa kedua sisi placenta bagian maternal dan fetal (APN, 2008)

4. Kala IV

Intervensi

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 : Langkah 41 – 58

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
43. Membiarkan bayi diatas perut ibu.
44. Menimbang berat badan bayi, tetesi mata dengan salep mata, injeksi vit k (paha kiri)
45. Memberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit.K 1 mg
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginaan.
47. Mengajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi dan kandung kemih
50. Memeriksa pernafasan dan temperatur tubuh
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk mendekontaminasi cuci dan bilas perlatan setelah didekontaminasi
52. Membuang bahan – bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban lendir dan darah
54. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan menganjurkan mobilisasi dini
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %

56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan rendam selama 10 menit
57. Mencuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir
58. Melengkapi Partograf. (APN, 2008)

2.3.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Nifas

1) pengkajian

A) SUBYEKTIF

1) Keluhan Utama (PQRST) :

Ketidaknyamanan pada masa puerperium

- a. Nyeri setelah lahir (after pain)
- b. Pembesaran payudara
- c. Keringat berlebih
- d. Nyeri perineum
- e. Konstipasi
- f. Hemoroid. (Hellen Varney, 2008 : 947 – 977)

2) Riwayat obstetri yang lalu

Umur kehamilan 9 bulan, jenis persalinan normal, di tolong oleh Bidan, tempat BPS, jenis kelamin perempuan/laki – laki , hidup/mati, usia, keadaan dan laktasi

3) Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi :

- 1) Makan dengan diet berimbang, cukup karbohidrat, protein lemak, vitamin dan mineral.

- 2) 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 tambahan dari kebutuhan kalori per harinya. Asupan cairan 3 liter/hari, 2 liter didapat dari air minum dan 1 liter dari cairan yang ada pada kuah sayur, buah dan makanan yang lain, (Suherni, 2009 : 101).

b. Pola eliminasi

- 1) Dalam 6 jam ibu nifas harus sudah bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam.
- 2) Urine dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan.
- 3) BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diet cairan, obat-obat analgesic dan perineum yang sakit

(Suherni, 2009 : 117).

c. Pola istirahat

- 1) Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan
- 2) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- 3) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- 4) Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam, (Suherni, 2009 : 104).

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, (Suherni, 2009 : 104).
- 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, (Suherni, 2009 ; 101).
- 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

a. Taking In

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

b. Taking Hold

1. Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
2. Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (misalnya eliminasi)
3. 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.

c. Letting Go

1. Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
2. 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.
3. Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum
(Sulistyawati, Ari. 2009 : 87-88).

Perubahan abnormal :

a. Post partum blues

Tanda dan gejalanya antara lain : sangat emosional, cemas, semangat hilang, khawatir, mudah tersinggung, sedih tanpa sebab, menangis berulang kali, menarik diri, reaksi negatif terhadap bayi dan keluarganya.

b. Depresi post partum

Tanda dan gejalanya :

1. Tidak mau makan dan minum

2. Mereka seakan tidak mau mengasuh bayi dan dirinya

Periode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat.

B) OBYEKTIF

1) Pengkajian data

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : baik jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain,serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.Dan keadaan pasien lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain,serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati,2011)

b. Kesadaran :untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien ,kkita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan compos mentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati,2011)

a. Tanda –tanda vital

a) Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg.

b) Nadi : 80-100 kali/menit

c) Pernafasan : 16-24 Kali / menit

d) 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 : pucat mengindikasikan anemia,odem mengindikasikan preeklamsia pada masa nifas.
- b. Mata :conjungtiva pucat mengindikasikan anemia, sklera kuning mengindikasikan ikterus.
- c. Mamae :putting susu (menonjol/mendatar adakah nyeri dan lecet pada putting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal(Suherni, 2009). Pada hari pertama,apabila penghisapan puting susu cukup adekuat,maka akan dihasilkan secara bertahap 10-100 ml ASI.produksi ASI akan optimal setelah bayi berusia 10-14 hari.bayi sehat akan mengkonsumsi 700-800 ml ASI per hari (kisaran 600-1000 ml).
- d. Abdomen : tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih kosong/penuh (Suherni, 2009)

Tabel 2.7 Involusi Uterus

Involusi	Tinggi fundus uterus	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba di atas symphisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

(Suherni,2009)

- e. Genetalia : pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), odem, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus (Suherni, 2009)
- f. Ekstremitas : tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak.

4. Pemeriksaan Laboratorium

Darah: HB > 8 gr/dl

5. Pemeriksaan lain :USG dan NST

C) ASSESSMENT

1) Interpretasi Data Dasar

a) Diagnosa : PAPIAH post partum fisiologis..... jam

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

D) PLANNING

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

a) Menganjurkan pasien mengkonsumsi tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari.

b) Menganjurkan pasien mengkonsumsi vitamin A 200.000 IU (Suherni, 2009).

c) Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

a. Postpartum 6-8 jam :

1) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri

2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan ; rujuk bila perdarahan berlanjut.

3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

- 4) Pemberian ASI awal
- 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
- 7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

b. Postpartum 6 hari

1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Postpartum 2 minggu

Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)

d. Post partum 6 minggu

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.

2) Memberikan konseling untuk KB secara dini

(Sarwono prawirohardjo, 2010)