

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar Kehamilan, Persalinan dan Nifas

2.1.1 Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

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

Kehamilan adalah matarantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010)

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

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamnya hamil normal 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi tiga triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2007).

2. Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya

1) Kebutuhan fisik ibu hamil trimester III :

(1) Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan, CO_2 menurun dan O_2 meningkat, O_2 meningkat, akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan akan menyebabkan hiperventilasi dimana keadaan CO_2 menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

(2) Nutrisi

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Total pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 mg per hari. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

d. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi

e. Asam folat

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

f. Air

Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu, dan jus tiap 24 jam. Sebaiknya membatasi minuman yang mengandung kafein seperti the, cokelat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarin) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta.

(Asrinah : 2010)

(3) Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakain ibu hamil :

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

(4) Eliminasi

Pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan saat ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Asrinah, 2010).

(5) Seksual

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

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur.
- b. Perdarahan per vaginam.
- c. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri.

(6) Exercise / senam hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Tujuan senam hamil yaitu memberi dorongan serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah (Asrinah, 2010).

(7) Istirahat / tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi

dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena (Asrinah, 2010).

(Asrinah, 2010)

(8) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut :

- a. Biaya
- b. Penentuan tempat serta penolong persalinan
- c. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.
- d. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.
- e. Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain).

(9) Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama). Ketidaknyaman dan cara mengatasinya yaitu :

2.2 Tabel ketidaknyamanan ibu hamil dan cara mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air	a. Penjelasan mengenai sebab

	kecil (trimester I dan III)	terjadinya b. Perbanyak minum saat siang hari c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia. d. Batasi minum kopi, teh, soda
2.	Keputihan (trimester I, II, III)	a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap
4.	Napas sesak (trimester II dan III)	a. Jelaskan penyebab fisiologinya. b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. c. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
5.	Sakit punggung atas dan bawah (trimester II dan III)	a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
6.	Kram pada kaki	a. Meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya b. Melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah c. Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor (varney,2007)

(Asrinah, 2010)

(10) Tanda bahaya kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan atau keselamatan ibu hamil.

a. Perdarahan

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

b. Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum

Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan beberapa riwayat atau tanda tertentu, diagnosisanya mengarah pada solusio plasenta.

c. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan hanya beristirahat. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklamsia.

Hal ini bias dipengaruhi oleh peningkatan tekanan darah, ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu diastole tidak boleh naik 15 mmHg dan systole 30 mmHg. Kejadian ini harus diawasi secara ketat terutama apabila disertai dengan tanda-tanda yang mengarah ke *eklampsia*.

d. Masalah Penglihatan

Masalah visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat, dan mungkin merupakan tanda pre eklamsia.

e. Bengkak pada Muka dan tangan

Bengkak bias menunjukkan adanya masalah serius bila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lain. Ini bisa jadi merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau pre eklamsia.

f. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam.

Apabila salah satu atau beberapa tanda bahaya tersebut muncul, maka ibu hamil hendaknya memeriksakan kehamilannya untuk memperoleh penanganan yang lebih lanjut.

(Asrinah,2010)

2) Kebutuhan Psikologis ibu hamil Trimester III

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian. Pada periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Ada perasaan tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat pada waktunya, fakta yang menempatkan wanita tersebut gelisah dan hanya bisa melihat dan menunggu tanda-tanda dan gejalanya.

Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi.

Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketuga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu mulai merasa takut akan sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu persalinan. Rasa tidak nyaman timbul kembali karena perubahan body image yaitu merasa dirinya aneh dan jelek. Ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

Wanita juga mengalami proses berduka seperti kehilangan perhatian dan hak istimewa yang dimiliki selama kehamilan, terpisahnya bayi dari bagian tubuhnya, dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Perasaan mudah terluka juga terjadi pada masa ini. Wanita tersebut mungkin merasa canggung, jelek, tidak rapi, dia membutuhkan perhatian yang lebih besar dari

pasangannya. Pada pertengahan trimester ketiga, hasrat seksual tidak setinggi pada trimester kedua karena abdomen menjadi sebuah penghalang.

(Kusmiyati, 2009: 68-74)

(11) Asuhan Antenatal (Antenatal Care)

1. Definisi

Antenatal care ialah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, 2000).

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal :

- (1) Satu kali kunjungan selama trimester pertama (0-12 minggu).
- (2) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (13-28 minggu).
- (3) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (29-42 minggu) (Saifuddin, 2007).

2. Tujuan Asuhan Antenatal

Tujuan dari Asuhan Antenatal dalam literatur Saifuddin (2007) adalah :

- (1) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial Ibu dan Bayi.
- (2) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembendahaaraan.
- (3) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu mempunyai bayi dengan trauma seminimal mungkin

- (4) Mempersiapkan Ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- (5) Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Menurut Saifudin (2007) penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sebagai berikut :

- (1) Mengupayakan kehamilan yang sehat
- (2) Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
- (3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman.
- (4) Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan
- (5) rujukan terjadi komplikasi.

3. Penilaian Klinik

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

Pelayanan atau asuhan standar minimal adalah 7 T yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid) lengkap, pemberian Tablet zat besi (Fe) minimal 90 tablet

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

Pada setiap kunjungan antenatal, perlu didapatkan informasi-informasi yang sangat penting. Untuk penatalaksanaan kehamilan Trimester III (setelah usia kehamilan 36 minggu) yaitu :

- 1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya
- 3) Melakukan tindakan pencegahan seperti kekurangan zat gizi besi dan penggunaan praktek tradisional yang merugikan
- 4) Mulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi
- 5) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)
- 6) Deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di Rumah Sakit

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi

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

2.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Memberikan Asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Saiffudin, 2006).

2.2.3 Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau disebut Lima Benang merah dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis (Wiknjastro, 2008). Kelima aspek ini akan berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala I sampai kala IV termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Kelima benang merah tersebut adalah :

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- 1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- 3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi atau dihadapi.
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk solusi masalah
- 5) Merencanakan asuhan atau intervensi.
- 6) Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih.
- 7) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi (Wiknjastro, 2008).

2. Asuhan sayangi ibu dan sayang bayi

Asuhan sayangi ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu (Wiknjastro, 2008).

3. Pencegahan infeksi

Tujuan tindakan-tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan adalah :

- 1) Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme.
- 2) Menurunkan resiko penularan penyakit mengancam jiwa seperti Hepatitis dan HIV/AIDS (Wiknjosastro, 2008).

4. Pencatatan (rekam medik)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan (Wiknjosastro, 2008).

5. Rujukan

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan sering kali disingkat BAKSOKU :

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan / atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan – bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi,dan lain – lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan – bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan atau bayi dan mengapa ibu dan atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.

Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan atau bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.

S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan / atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat – obatan yang diterima ibu dan / atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) :Bawa obat – obatan esensial padasaat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.

K (Kendaraan): Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup mem beli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

(Wiknjosastro,2008)

2.2.4 Sebab-sebab Persalinan

Penyebab terjadinya persalinan merupakan teori-teori yang kompleks antara lain ditemukan faktor hormonal, 1 – 2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan

akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun. Struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh prostaglandin, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi (Prawirohardjo, 2007).

1. Teori Keregangan

Maksudnya disini yaitu rahim yang menjadi besar dan teregang menyebabkan iskemia otot – otot sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter (Sumarah, 2008).

2. Teori penurunan progesterone

Proses pematangan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Sumarah, 2008).

3. Teori Oksitosin internal

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi baraxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan (Sumarah, 2008).

5. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Superarenalis

Dari beberapa percobaan tersebut dapat disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan (Sumarah, 2008).

6. Teori Berkurangnya Nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Sumarah, 2008).

7. Faktor lain

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale fleksus frankenhauser yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion tertekan maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Sumarah, 2008).

2.2.5 Tanda-Tanda Persalinan

1. Kontraksi atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering).
2. Lendir bercampur darah dari jalan lahir.
3. Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008).

2.2.6 Tahapan Persalinan (Kala I, II, III, IV)

1. Kala I Persalinan

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka dan lengkap (10cm). Kala satu persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008).

- 1) Fase Laten persalinan.

- (1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- (2) Pembukaan serviks kurang dari 4 cm.
- (3) Biasanya berlangsung dibawah 8 jam (Wiknjosastro, 2008).
- (4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik (Rukiyah, 2009).

2) Fase Aktif persalinan

- (1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selam 40 detik atau lebih).
- (2) Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- (3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Wiknjosastro, 2008).

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu :

- a. Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm pembukaan menjadi 4 cm.
- b. Fase dilatasi maksimal yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c. Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2007).

Fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, fase deselerasi terjadi lebih pendek (Prawirohardjo, 2007).

2. Kala II Persalinan (Pengeluaran)

Kala dua Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran bayi (Wiknjastro, 2008). Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar (Sumarah, 2008).

3. Kala III Persalinan (Palepasan Uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjastro, 2008). Adapun menurut Sumarah kala III yaitu dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta (Sumarah, 2008).

Pada kala III persalinan, otot uterus miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta

akan terlipat, menebal dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian dalam vagina (Wiknjosastro, 2008).

4. Kala IV Persalinan (Observasi)

Kala IV di mulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

- 1) Tingkat kesadaran penderita.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 cc sampai 500 cc (Sumarah, 2008).

2.2.7 Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

Pada setiap persalinan harus diperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah passage (jalan lahir), power (kekuatan), Passenger (janin) dan ada dua faktor lain yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu penolong dan psikologis (Rukiyah, 2009).

1. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-

lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku. Oleh karna itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

Bidang/pintu panggul :

- 1) Pintu Atas Panggul (PAP) : promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis. Disebut juga inlet.
- 2) Ruang tengah panggul (RTP) : kira - kira pada spina ischiadica. Disebut juga midlet.
- 3) Pintu Bawah Panggul (PBP): symphysis dan arcus pubis. Disebut juga outlet (Nurhakim, 2009).

Penentu utama dalam penilaian persalinan adalah adanya bagian-bagian pintu panggul dan saat penilaian penurunan kepala bayi lalu panggul tersebut dibagi dalam garis khayal panggul yang disebut 1) Hodge (Nurhakim, 2009).

Bagian-bagian tersebut diantaranya yaitu :

- (1) Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- (2) Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
- (3) Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.
- (4) Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis (Nurhakim, 2009).

2. Power (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Sehingga wanita merasa ingin mendedan. Usaha mendorong kebawah ini yang disebut kekuatan sekunder (Sumarah, 2008).

3. Passanger (janin dan plasenta)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, 2008)

4. Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendekontaminasian alat bekas pakai (Rukiyah, 2009).

5. Psikologis

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).

2.2.8 Pemantauan Persalinan

1. Manajemen kala 1

1) Langkah-langkah asuhan kala I

(1) Anamnesis atau wawancara

Identifikasi klien (biodata), Gravida (kehamilan), para (persalinan), abortus (keguguran), jumlah anak yang hidup, HPHT (hari pertama haid yang terakhir), Tentukan taksiran persalinan, Riwayat penyakit (sebelum dan selama kehamilan) termasuk alergi, Riwayat persalinan (Rukiyah, 2009).

a. Periksa abdomen

Mengukur Tinggi fundus uteri (TFU), Menentukan presentasi dan letak janin, Menentukan penurunan bagian terbawah janin, Memantau denyut jantung janin (DJJ) (Rukiyah, 2009).

b. Periksa dalam (PD)

Tentukan konsistensi dan pendataran serviks (termasuk kondisi jalan lahir), Mengukur besarnya pembukaan, Menilai selaput ketuban, Menentukan presentasi dan seberapa jauh bagian terbawah telah melalui jalan lahir, Menentukan denominator (petunjuk) (Rukiyah, 2009).

(2) Memantau Kemajuan Persalinan Dengan Menggunakan Partograf.

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan hasil observasi, anamnesa dan pemeriksaan fisik, dengan tujuan untuk memantau kemajuan persalinan, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal dan membantu petugas kesehatan dalam mengambil keputusan dalam penatalaksanaan pengisian partograf dimulai pada pembukaan 4 cm (fase aktif). Pencatatan yang dilakukan selama fase aktif persalinan adalah :

a. Informasi Tentang Ibu

Meliputi nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, serta waktu pecahnya ketuban. Lengkapi bagian awal(atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : ”jam” pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan, dan catat waktu terjadinya pecah ketuban (Wiknjosastro, 2008).

b. Kondisi Janin

Kolom lajur dan skala angka pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

a) DJJ (Denyut Jantung Janin)

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda- tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka disebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungan titik satu dengan yang lainnya dengan garis yang tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis

tebal angka 180 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160 (Wiknjosastro, 2008).

b) Warna dan Adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut:

U : selaput utuh

J : selaput pecah, air ketuban jernih

M : air ketuban bercampur mekanium

D : air ketuban bernoda darah

K : tidak ada cairan ketuban/kering.

(Wiknjosastro, 2008)

c) Perubahan bentuk kepala janin (molding/molase)

Penyusupan adalah indikator paling penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras dari panggul ibu. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin. Catat temuan dikotak yang sesuai, dibawah lajur air ketuban.

Gunakan lambang – lambang berikut ini:

() : sutura terpisah

1/++ : sutura yang sesuaian

2/++ : sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki

3/++ : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

(Wiknjosastro,2008).

(3) Kemajuan Persalinan

- a. Pembukaan mulut rahim (serviks tiap 4 jam (tanda : x = silang)
- b. Penurunan bagian terbawah janin.

Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada abdomen luar) diatas symphysis pubis (tanda : O) (Wiknjosastro,2008).

(4) Jam dan Waktu

Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (Wiknjosastro,2008).

(5) Kontraksi Uterus (His)

Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik (Wiknjosastro, 2008).

Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

- a. Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- b. Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- c. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

(6) Obat-obatan dan Cairan yang diberikan

- a. Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit (Wiknjosastro, 2008).

- b. Obat-obatan lain dan cairan IV (Wiknjosastro, 2008).

(7) Kondisi Ibu

- a. Tanda - tanda Vital

Nadi tiap 30 menit (tanda : ●)

TD tiap 4 jam (tanda : †)

- b. Volume urin, protein dan aseton

Pengeluaran urin : volumennya, kandungan protein dan aseton tiap 2-4 jam jika ditemukan tanda-tanda penyulitan, penilaian kondisi ibu dan janin harus lebih sering dilakukan. Jika temuan-temuan melintasi kearah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat (Wiknjosastro,2008).

2.2.9 Asuhan kebidanan pada ibu bersalin kala II

1. Perubahan fisiologis yang terjadi pada kala II persalinan :

2. His menjadi lebih kuat dan sering

- 1) Air ketuban yang telah keluar membuat dinding uterus menjadi lebih dekat dengan fetus, sehingga kekuatan kontaksi lebih intensif untuk mendorong keluarnya fetus.

- 2) Vagina yang meregang karena turunnya kepala bayi akan membuat kontraksi jadi lebih baik (Hana, 2009).

3. Timbulnya tenaga mengedan

His yang sering dan kuat di sebabkan oleh kontraksi otot dinding perut yang mengakibatkan tingginya tekanan intra abdominal sehingga kepala bayi menekan otot dasar panggul dan secara refleks menimbulkan rasa mencedan. Bila bagian terdepan bayi sudah berada di dasar panggul, maka tenaga mencedan bukan sebagai refleks saja, tapi juga merupakan tenaga untuk mengeluarkan bayi di mana tenaga mencedan harus bekerja lama dengan his (Hana, 2009).

4. Perubahan dalam dasar panggul

- 1) Perubahan letak kandung kemih, kandung kemih akan naik ke arah rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan kepala bayi, inilah pentingnya pengosongan kandung kemih agar jalan lahir lebih luas, dan kepala bayi dapat lewat.
- 2) Perubahan pada rektum, dengan adanya kepala bayi di dasar panggul, maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong ke bawah sehingga rektum tertekan oleh kepala bayi.
- 3) Adanya tekanan kepala bayi membuat perineum menjadi tipis dan mengembang atau menonjol (Hana, 2009).

2.2.10 Lahirnya Fetus

1. Di mulai dengan tampaknya kepala anak di vulva, dengan kontraksi uterus dan sedikit mencedan, secara bertahap kepala bayi dapat keluar.
2. Lalu di ikuti pengeluaran bahu bersama cairan ketuban yang tertinggal, yang membantu melicinkan jalan lahir lalu di ikuti pengeluaran seluruh badan (Hana, 2009).

2.2.11 Mekanisme persalinan normal

Mekanisme persalinaan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul (Sumanah, 2008). Mekanisme janin menyesuaikan dan meloloskan diri dari panggul ibu, yang meliputi gerakan:

1. Turun

Dimulai sebelum onset persalinan / inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung menurut Cunningham dalam buku Obstetri William yang diterbitkan tahun 1995 dan ilmu kebidanan Varney 2002 :

- 1) Tekanan cairan amnion
- 2) Tekanan langsung fundus pada bokong
- 3) Kontraksi otot – otot abdomen
- 4) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang (Sumarah, 2008)

2. Fleksi

- 1) Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh servik, dinding panggul atau dasar panggul
- 2) Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipitofrontalis 12cm berubah menjadi oksipitobregmatika 9 cm.
- 3) Posisi dengan bergeser ke arah dada janin
- 4) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar (Sumarah, 2009).

3. Rotasi dalam / putaran paksi dalam

Rotasi dalam / putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah symphysis. Bila presentasi belakang

kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar kedepan sampai berada dibawah symphysis. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala (Sumarah, 2008).

4. Ekstensi

Gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior symphysis pubis. Gerakan ekstensi ini mengakibatkan bertambahnya penegangan pada perineum dan introitus vagina. Ubun-ubun kecil semakin banyak terlihat dan sebagai hipomoklion atau pusat pergerakan maka berangsur-angsur lahirlah ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, dahi, mata, hidung, mulut dan dagu (Sumarah, 2008).

5. Rotasi Luar/putaran paksi luar

Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil kearah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum kanan dan kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun akan berputar kearah kiri bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan (Sumarah, 2008).

6. Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang, badan seluruhnya (Sumarah, 2008)

2.2.12 Tanda gejala kala II

1. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina.
3. Perineum terlihat menonjol
4. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Wiknjosastro, 2008).

Tanda pasti kala dua persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina (Wiknjosastro, 2008).

2.2.13 Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin kala III

Kala III persalinan disebut disebut juga sebagai kala uri atau pengeluaran plasenta. Pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta yang mengakibatkan terlepasnya plasenta dari tempatnya.

1. Tanda-tanda lepasnya plasenta
2. Uterus menjadi semakin globuler
3. Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld).
4. Adanya semburan darah

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan di buat seperti gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta

melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Wiknjosastro, 2008).

2.2.14 Manajemen aktif kala III

1. Pemberian suntikan oksitosin
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali
3. Masase fundus uteri (Wiknjosastro, 2008).

Seluruh proses biasanya berlangsung 5- 30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta biasanya disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

2.2.15 Melakukan manajemen aktif kala III

Teknik melahirkan plasenta :

Melakukan dorongan uterus kearah dorsokranial sambil melakukan traksi talipusat terkendali (Widjanarko, 2009).

1. Tangan kiri memegang klem talipusat , 5–6 cm didepan vulva.
2. Pertahankan traksi ringan pada talipusat dan tunggu adanya kontraksi uterus yang kuat.

Setelah kontraksi uterus terjadi, lakukan tarikan terkendali pada talipusat sambil melakukan gerakan mendorong bagian bawah uterus kearah dorsokranial (Widjanarko, 2009).

2.2.16 Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin kala IV

1. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

2. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan insiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.

3. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
4. Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic profilaxis untuk perlindungan terhadap infeksi akibat kontak dengan organisme berbahaya selama persalinan. Dan vit K 1mg IM dipaha kiri anterolateral. Kegunaannya untuk menegah terjadinya perdarahan. Karena vit K berperan dalam proses pembekuan darah.
5. Setelah 1 jam pemberian Vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral. Kegunaan imunisasi hepatitis B untuk mencegah penyakit yang di sebabkan virus hepatitis B yang berakibat pada hati. Penyakit itu menular melalui darah atau cairan tubuh yang lain dari orang yang terinfeksi. Vaksin ini di berikan 3 kali hingga usia 3-4 bulan.
6. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam :
 - 1) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
 - 2) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - 3) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan
 - 4) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan Atonia uteri.

7. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
8. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
9. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua persalinan.
 - 1) Memeriksa temperature suhu tubuh ibu sekali setiap 2 jam pertama setelah kelahiran.
 - 2) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
10. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 o C-37,5°C).
11. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
12. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
13. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT dari sisa cairan ketuban, lendir, dan darah ibu. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang kering dan bersih.
14. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman yang diinginkan oleh ibu.
15. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
16. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
17. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.3 Nifas

2.3.1 Definisi

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

Masa nifas (Puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Saifuddin, 2007).

2.3.2 Periode masa nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode :

1. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Ambarwati, 2008).
- 4.

2.3.3 Program dan Kebijakan Tehnis

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi dalam masa nifas.

1. Kunjungan I : Asuhan 6-8 jam setelah melahirkan
2. Kunjungan II : Asuhan 6 hari setelah melahirkan
3. Kunjungan III : Asuhan 2 minggu setelah persalinan
4. Kunjungan IV : Asuhan 6 minggu setelah persalinan

(Ambarwati, 2008).

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

Tabel 2.2 : Asuhan kunjungan pada masa nifas.

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8jam post partum	<ol style="list-style-type: none">a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan, melakukan rujukan bila berlanjut.c. Memberikan konseling tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.d. Pemberian ASI awal.e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi.f. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.g. Menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	<ol style="list-style-type: none">h. Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.i. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.j. Memastikan ibu mendapat istirahat yang

		<p>cukup.</p> <p>k. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.</p> <p>l. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p> <p>m. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</p>
III	2 minggu post partum	n. Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	<p>o. Menanyakan penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</p> <p>p. Memberikan konseling KB secara dini.</p>

(Sumber: Prawirorahardjo, 2010)

2.3.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah placenta lahir akibat kontraksi otot – otot uterus.

Pertumbuhan uterus pada masa prenatal tergantung pada hyperplasia, peningkatan jumlah sel – sel yang sudah ada. Pada masa post partum penurunan kadar hormon – hormon ini menyebabkan terjadinya *Autolisis*.

2) Lochea

Adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan:

(1) Loche Rubra

Lochea ini muncul pada hari ke – 1 samapi hari ke – 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa – sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

(2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke – 4 sampai hari ke – 7 postpartum.

(3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan / laserasi plasenta. Muncul pada hari ke – 7 sampai hari ke – 14 postpartum.

(4) Lochea Alba / Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput ketuban, lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta*.

(Ambarwati, 2010)

3) Cervik

Serviks mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam – hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang – kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2 – 3 jari, pada minggu keenam postpartum serviks menutup.

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 - 8 minggu postpartum.

5) Perineum

Latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya. Pengencangan ini sempurna pada akhir puerperium dengan latihan setiap hari.

(Ambarwati, 2010)

2.3.5 Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Proses adaptasi psikologis pada seorang ibu sudah dimulai sejak dia hamil. Wanita hamil akan mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan Mood seperti sering menangis, lekas marah,

dan sering sedih atau cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi dari emosi yang labil. Proses adaptasi berbeda antara ibu nifas satu dengan yang lain. Pada awal kehamilan ibu beradaptasi menerima bayi yang dikandungnya sebagai bagian dari dirinya.

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

1) Fase *Taking in*

Fase *Taking in* yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialami dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami Ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung dan menangis.

Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu adalah :

- (1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya missal jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis kelamin dan lain-lain.

- (2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu
misal rasa mules karena Rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
- (3) Rasa bersalah karena belum bias menyusui bayinya
- (4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu semata.

2) Fase *Taking hold*

Fase *Taking hold* yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada Fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu. Bagi petugas kesehatan pada fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu nifas. Tugas kita adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3) Fase *Letting go*

Fase *Letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah

mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.

(Suherni,2009)

2. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir.

3. Perubahan sistem perkemihan

Kadang – kadang puerpurium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala jann dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan, kandung kemih dalam puerpurium masih tertinggal urine residual (normalnya 15 cc) (Ambarwati, 2010)

4. Perubahan Hormon

1) Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu (Ambarwati, 2010).

2) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi (Ambarwati, 2010).

5. Perubahan tanda-tanda vital

1. Suhu Badan

Pada 24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5-38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi.

2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 100 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Sebagian wanita mungkin saja memiliki apa yang disebut bradikardi nifas (*puerperal bradycardia*). Hal ini terjadi segera setelah kelahiran dan bisa berlanjut sampai beberapa jam setelah kelahiran anak. Bradycardia semacam itu bukanlah indikasi adanya penyakit, akan tetapi sebagai satu tanda keadaan kesehatan.

3. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi postpartum.

4. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Ambarwati, 2010).

2.3.6 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1. Gizi

Kebutuhan gizi pada nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Disamping itu harus mengandung :

- 1) Sumber tenaga (energi)

Terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu dan ubi. Sedangkan zat lemak dapat diperoleh dari hewani (lemak, mentega, keju) dan nabati (kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa, dan margarine).

(1) Sumber Pembangun (Protein)

Dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu, dan keju) dan prottein nabati (kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu dan tempe).

(2) Sumber pengatur dan pelindung (Mineral, vitamin dan air)

Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah – buahan segar (Ambarwati, 2010).

2.Eliminasi

1) Miksi

Disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan :

- a. Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien,
- b. Mengompres air hangat di atas simpisis.

2) Defekasi

Biasanya 2 – 3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka dibrikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan

dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga (Ambarwati,2010).

3. Kebersihan Diri

1) Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dapat dibersihkan secara rutin. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberi tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberi tahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini.

2) Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.

4. Istirahat dan Mobilisasi dini

Anjurkan ibu supaya istirahat dan mobilisasi dini yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Ambarwati, 2010).

5. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3 – 4 minggu post partum. Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (Ambarwati, 2010).

6. Latihan Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah Senam Kegel. Senam Kegel mempunyai beberapa manfaat antar lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan haemorroid, meningkatkan pengendalian atas urin (Ambarwati, 2010).

7. Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Biasanya ibu postpartum tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, oleh karena itu Amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan (Ambarwati, 2010).

2.4 Manajemen Kebidanan menurut Hellen Varney

Varney dalam bukunya, menjelaskan bahwa proses penyelesaian masalah merupakan salah satu teori yang dapat dipergunakan dalam manajemen kebidanan. Varney

mengatakan bahwa seorang bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam melakukan analisis, bidan akan menemukan diagnosis atau masalah potensial ini. Kadangkala bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu dan mungkin juga melakukan kolaborasi konsultasi, bahkan mungkin harus segera merujuk klien.

Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu karangan lengkap yang dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

2.4.1 Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan 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. Pada keadaan tertentu, bisa terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkah kelima dan keenam (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah keempat untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Pengumpulan data pada tahap ini meliputi data Subyektif dan Obyektif. Data Subyektif adalah data yang diperoleh dari semua keluhan yang diutarakan oleh klien maupun keluarga

klien, sedangkan data Obyektif adalah semua data yang diperoleh dari pemeriksaan tenaga kesehatan.

2.4.2 Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah sering menyertai diagnosis. Berikut daftar diagnosis kebidanan yang telah memenuhi standar nomenklatur, antara lain : Kehamilan normal, Partus normal, syok, Denyut Jantung Janin (DJJ) tidak normal, abortus, solusio plasenta, amnionitis, anemia berat, atonia uteri, postpartum normal, infeksi mammae, pembengkakan mammae, presentasi bokong, presentasi dagu, disporprosi kepala panggul (DKP), presentasi ganda, eklampsi, kehamilan ektopik, hidramnion, presentasi muka, persalinan semu, kematian janin, *haemorrhagic antepartum* (HAP), *haemorrhagic postpartum* (HPP), inersia uteri, inversion uteri, bayi besar, mekonium, kehamilan ganda, partus macet, posisi oksipito posterior, posisi oksipito melintang, plasenta previa, pre-eklampsia berat (PEB), pre-eklampsia ringan (PER), ketuban pecah dini, partus prematurus, prolapsus tali pusat, partus fase laten lama, partus kala II lama, retensio plasenta, sisa plasenta, ruptur letak lintang, dan lain-lain.

2.4.3 Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

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

2.4.4 Langkah IV: Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodek atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama perempuan tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu persalinan. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat, di mana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu). Dari data yang dikumpulkan akan menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter, misalnya prolaps tali pusat.

2.4.5 Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang baru serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

2.4.6 Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

2.4.7 Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah.

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses

klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

(Asrinah, 2010)

2.5 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.5.1 Kehamilan

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Subjektif

(1) Biodata :

Umur : 16-35 tahun

(2) Keluhan trimester III : sering buang air kecil , keputihan, sesak napas, nyeri punggung atas dan bawah, dan kram pada kaki.

(3) Kunjungan kehamilan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III.

(4) Riwayat menstruasi : Menarche 12-16 tahun, Siklus 28-35 hari, lama 3-5 hari, dengan pengeluaran darah \pm 50-70 cc, ibu tidak mengalami gangguan haid/nyeri.

(5) Gerak janin 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.

(6) Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan hipoksia berat atau janin meninggal.

- (7) Nutrisi seimbang selama kehamilan trimester terakhir adalah 2500 kkal/hari.
- (8) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil adalah Kalsium 1,5 mg setiap hari. Zat besi 30 mg setiap hari. Asam folat 400 mcg setiap hari.
- (9) Minum air 6-8 gelas/ hari atau 1500 – 2000 ml
- (10) Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat perdarahan *ante partum*, *inkompetensi* Rahim dan keluhan lain yang mengganggu.

2) Objektif

- (1) Pemeriksaan Umum : dalam batas normal
- (2) Tanda –tanda vital
 - a. Tekanan darah : 110/70 mmHg sampai 130/90 mmHg, kenaikan diastole tidak boleh lebih dari 15 mmHg dan systole 30 mmHg.
 - b. Nadi : 80-100 kali/menit
 - c. Pernafasan : 16-24 Kali / menit
 - d. Suhu : 36,5-37,5 °C
 - e. Diperkirakan pertambahan berat badan pada ibu hamil 12,5 kg. Pada trimester ke2 dan ke3 perempuan dengan gizi baik dianjurkan untuk menambah BB perminggu 0,4 kg, gizi kurang 0,5 kg, gizi lebih 0,3 kg. Total penambahan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.
 - f. LILA > 23,5 cm
 - g. Pemeriksaan fisik :

- a) Dada : tidak tampak retraksi dada, ronchi dan wheezing pada pernapasan
 - b) Mamae : hiperpigmentasi areola mammae, puting menonjol, colostrum sudah keluar/belum.
 - c) Abdomen : Tidak tampak bekas operasi, pembesaran Rahim sesuai dengan usia kehamilan.
 - (a) Leopold I : TFU 3 jari bawah processu xyphoid teraba bulat, lunak, tidak melenting.
 - (b) Leopold II : teraba keras panjang seperti papan pada abdomen sisi kanan/kiri.
 - (c) Leopold III : bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting tidak dapat digoyangkan.
 - (d) Leopold IV : Bagian terendah masuk PAP (divergen).
 - d) Genetalia : Vulva vagina tidak ada odeme, varices (-), condiloma accuminata.
 - e) DJJ : 120-160 kali/menit.
 - f) TFU : Tidak lebih dari 40 cm.
- b. Pemeriksaan Panggul :
- (a) Distansia spinarum (23 – 26 cm)
 - (b) Distansia kristarum (26 – 29 cm)
 - (c) Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm)
 - (d) Distansia tuberum (10 – 11 cm)

c. Lingkar panggul (80 – 90 cm).

d. Hb Trimester III : Lebih dari 11 gr%

2. Interpretasi data dasar

1) Diagnosa : G...(PAPIAH), usia kehamilan, anak hidup, anak tunggal, letak kepala, intrauterine, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita dan janin baik.

2) Masalah Ibu Hamil pada Trimester III,
Keputihan, sering buang air kecil, keputihan , sesak napas, nyeri punggung atas dan bawah, kram pada kaki

3) Kebutuhan :

Personal Higiene, Eliminasi, Mobilisasi, Istirahat, cara mengatasi ketidaknyamanan.

3. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

4. Identifikasi Kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada

5. Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ... menit diharapkan ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan

Kriteria Hasil :

- Ibu dapat menjelaskan kembali dan menerapkan apa yang disampaikan bidan

- Keluhan teratasi atau berkurang

- 1) Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.
- 2) Jelaskan kepada ibu mengenai ketidaknyamanan yang terjadi pada kehamilan trimester 3.
- 3) Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang.
- 4) Anjurkan ibu beristirahat
- 5) Anjurkn ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat.
- 6) Jelaskan pada ibu tanda bahaya kehamilan trimester 3.
- 7) Jelaskan tanda-tanda persalinan
- 8) Beri multivitamin
- 9) Anjurkan kontrol ulang

2.5.2 Persalinan

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Subjektif

(1) Biodata :

Umur : 16 – 35 tahun

(2) Keluhan utama (PQRST):

- a. Kontraksi atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering) mulai tanggal ... jam ...
- b. Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir mulai tanggal .. jam ...

c. Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban sejak tanggal ... jam

d. Ibu mengatakan merasa cemas dan nyeri perut karena kontraksi

2) Obyektif

a. Tanda-tanda vital :

a. Tekanan darah : < 140/90 mmHg.

b. Nadi : 80-100 kali/menit

c. Pernafasan : 16-24 Kali / menit

d. Suhu : 36,5-37,5 °C

b. Pemeriksaan Fisik

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

b. Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, terdapat linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya striae livedae / alba.

a) Leopold I : Kehamilan aterm TFU pertengahan pusat dan prosesus xipoides. Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting

b) Leopold II : Bagian teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.

c) Leopold III : Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting.

d) Leopold IV : Sudah masuk PAP, seberapa masuk dengan perlimaan jari.

DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit

e. Genetalia :

a) Pengeluaran pervaginasi : blood show

b) Kebersihan cukup, tidak adanya kondiloma acuminata, kondiloma talata, varices dan oedem, terdapat cairan ketuban atau tidak.

c) Yang diperhatikan saat VT :

Tidak teraba tonjolan spina, servik mendatar, lunak, Ø 1-10 cm, eff 25-100%, ketuban (negatif/positif), jernih, letak kepala, denominator, penurunan bagian terendah Hodge I - IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil janin yang mengikuti turunnya kepala.

(b) Ekstremitas bawah

Tidak ada odeme, tidak ada gangguan pergerakan, reflek patella (+/+).

2. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : G...(PAPIAH), usia kehamilan, hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : Nyeri dan cemas

Kebutuhan : Mengajarkan ibu teknik relaksasi

Asuhan sayang ibu

3. Antisipasi Diagnosa atau masalah potensial

Tidak ada

4. Identifikasi Kebutuhan akan tindakan Segera

Tidak ada

5. Perencanaan asuhan yang menyeluruh

1) Kala I

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama \pm 13 jam pada primi dan \pm 7 jam pada multi diharapkan pembukaan lengkap dan ibu bisa kooperatif.

Kriteria hasil : KU ibu dan janin baik, adanya doran, teknus, perjol, vulva
adanya His yang adekuat dan teratur.

Intervensi :

a. Kala I Fase laten

- a. Panggil ibu sesuai dengan namanya, hargai dan jaga martabatnya.
- b. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- c. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
- e. Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu
- f. Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota-anggota keluarganya
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan/ atau anggota keluarga lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- h. Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- i. Laksanakan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten
- j. Hargai privasi ibu

- k. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
 - l. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
 - m. Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
- b. Kala I fase Aktif
- a. Siapkan peralatan untuk pertolongan persalinan
 - b. Ajarkan pada ibu mengenai posisi persalinan
 - c. Ajarkan pada ibu tehnik mengejan yang baik
 - d. Anjurkan pada ibu untuk BAK dan BAB sesring mungkin, tidak boleh menahan BAK dan BAB
 - e. Penuhi kebutuhan nutrisi
 - f. Pantau kemajuan persalinan

2) Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan 1 jam pada primi dan \pm 30 menit pada multi, ibu bisa kooperatif dan persalinan dapat berjalan dengan normal.

Kriteria hasil : - Keadaan umum ibu baik
- Bayi lahir

Intervensi :

1. Amati tanda dan gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka)

2. Pastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial, mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril didalam partus set
3. Gunakan celemek plastic
4. Lepaskan semua perhiasan dan mencuci tangan
5. Pakai handcoon pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
6. Sedot oksitosin 10 unit kedalam spuit
7. Bersihkan vulva dan perineum dengan kapas DTT
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
9. Dekontaminasi handscun kedalam larutan klorin 0,5%
10. Periksa DJJ setelah kontraksi berakhir
11. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman dan memberikam semangat pada ibu saat ibu mulai meneran
12. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13. Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, jika ibu tidak mempunyai dorongan meneran anjurkan ibu untuk berjongkok, berjalan dan mengambil posisi yang nyaman
14. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm,letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
15. Letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
16. Buka partus set
17. Pakai handscun steril pada kedua tangan

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi. Letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan/bernafas cepat saat kepala lahir
19. Dengan lembut seka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain/kasa yang bersih
20. Periksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi
21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi dan menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu anterior
23. Setelah kedua bahu lahir, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum,biarkan bahu dan lengan posterior lahir dengan disangga tangan, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan
24. Tangan kiri memegang kepala bahu, lengan menyusuri sampai bokong.
25. Lakukan penilaian selintas/sesaat
26. Keringkan tubuh bayi
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

3) KALA III

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III (15 menit – 30 menit) ibu kooperatif dan kelahiran plasenta spt dan lengkap.

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

Intervensi :

28. Beritahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin, agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Berikan suntik oksitosin 10 unit IM setelah 1 menit bayi lahir pada 1/3 paha atas bagian distal lateral ibu
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira2 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit lagi 2 cm dari klem pertama
31. Potong tali pusat diantara 2 klem dengan dilindungi tangan dibawah tali pusat yang akan dipotong
32. Ikat tali pusat dengan benang steril
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakkan tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis untuk melakukan palasi, kontraksi dan menstabilakan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
36. Tunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian keatas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso cranial)

38. Saat plasenta terlihat diintroitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin (kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan)
39. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan tangan diatas fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar
40. Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel keibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh

4) KALA IV

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

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus keras dan tidak terjadi perdarahan yang aktif

Intervensi :

41. Evaluasi laserasi vulva dan perineum
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik
43. Biarkan bayi tetap kontak kulit dengan ibu \leq 1 jam
44. Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, tetes mata, vit. K disuntikkan pada paha bagian kiri
45. Setelah 1 jam pemberian vit.K, kemudian berikan imunisasi hepatitis B dipaha bagian kanan
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan
47. Ajarkan pada ibu/keluarga bagaimana cara melakukan masase
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

49. Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit 1 jam pertama, 30 menit 2 jam kedua
50. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan spontan
51. Tempatkan peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%
52. Buang bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT
54. Pastikan ibu merasa nyaman dan menganjurkan pada keluarga untuk membantu memberi makan dan minum
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Bersihkan handscun kedalam larutan klorin 0,5%
57. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Lengkapi partograf Mengedan ketika ada kontraksi

2.5.3 Nifas

1. Pengumpulan Data Dasar

1) **Subyektif**

(1) Biodata

(2) Keluhan utama (PQRST) :

Munculnya rasa mules, nyeri pada jalan lahir karena adanya laserasi atau jahitan perineum dan kelelahan.

Ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya.

Ibu bisa istirahat dan mobilisasi dini.

Ibu bisa buang air kecil spontan setiap 3-4 jam, umumnya buang air besar masih sulit sampai 2-3 hari *post partum*.

Ibu makan minimal 3 kali sehari dengan menu gizi seimbang dan minum air setidaknya 3 liter setiap hari.

2) **Obyektif**

Riwayat persalinan :

Ibu :

Kala I : primi \pm 13 jam, multi \pm 7 jam

Kala II : primi \pm 1jam, multi \pm 30 menit

Dipimpin meneran : \pm 30 menit

Komplikasi : tidak ada

Air ketuban : banyak \pm 500 ml, warna jernih, jam ...

Kala III : \pm 15 menit

Komplikasi : tidak ada

Plasenta :

- Maternal : lengkap
- Fetal : lengkap
- Berat : Berat 500 – 600 gr
- Panjang tali pusat : 50 – 55 cc
- Insersi : marginal
- Perdarahan : < 500cc

Bayi :

- Lahir : Spt B, JK ♂/♀
- BB/PB/AS : > 2500 gr, > 45 cm, > 8
- Cacat bawaan : tidak ada
- Masa gestasi : > 37 minggu/< 42 minggu

1. Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan Umum : Baik

(2) Kesadaran : Composmentis

(3) Tanda – Tanda Vital :

Suhu : 36,5 – 37,5°C

Nadi : <100 x/menit
Tensi : <140/90 mmHg
Pernafasan : 16 – 24x/menit, teratur

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Uterus berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2-3 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong

Genitalia:

- a. Lochea : rubra, serosa, sanguinolenta dan alba yang meliputi warna, bau, bekuan darah, jumlah
- b. Keadaan perineum : intact atau ada laserasi, ada jahitan atau tidak
- c. Keadaan anus : tidak hemoroid
- d. Ekstremitas : Oedem +/-, varices +/-, reflek patella (+/+)

2. Interpretasi data dasar

Diagnosa : PAPIAH nifas fisiologis ... jam/hari/minggu.

Masalah : mules, nyeri luka jahitan dan kelelahan

Kebutuhan : HE tentang mobilisasi, nutrisi dan istirahat

3. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

4. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Tidak ada

5. Intervensi

1) 6 - 8 jam post partum

Tujuan : setelah di lakukan Asuhan kebidanan ... menit diharapkan masalah teratasi.

Kriteria hasil :

- Tidak terjadi perdarahan
- Kontraksi uterus baik
- Ibu merasa nyaman

- (1) Cegah perdarahan masa nifas karena persalinan *atonia uteri*
- (2) Beteksi dan rawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut
- (3) Berikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*
- (4) Anjurkan untuk melanjutkan memberikan ASI dini
- (5) Berikan supervise kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- (5) Jaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2) 6 hari Post Partum

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ... menit diharapkan ibu dapat mengerti tentang penjelasan bidan dan tidak ada komplikasi

Kriteria hasil :

- Tidak ada tanda-tanda infeksi masa nifas
 - Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan
- (1) Pastikan involusi uterus berjalan normal
 - (2) Evaluasi adanya tanda-tanda infeksi nifas
 - (3) Berikan konseling tentang nutrisi
 - (4) Pastikan ibu menyusui dengan baik
 - (5) Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi