

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1) Pengertian

Proses permulaan kehamilan ketika bersatunya sel telur (ovum) dan sperma atau disebut fertilisasi. Ovum yang telah dibuahi ini segera membelah diri sampai stadium morula selama 3 hari dan bergerak ke arah rongga rahim oleh rambut getar tuba (silia) dan kontraksi tuba, hasil konsepsi tiba dalam kavum uteri pada tingkat blastula (Prawirahardjo, 2005).

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum, periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal (Varney, 2007).

2) Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan, yaitu :

1. Triwulan pertama (0 sampai 12 minggu)
2. Triwulan kedua (13 sampai 28 minggu)
3. Triwulan ketiga (29 sampai 42 minggu)

(Manuaba, 2010)

3) Tanda dan Gejala Kehamilan

1. Amenorea (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graff dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus Neagle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.
2. Mual dan muntah (emesis). Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan.
3. Ngidam. Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu.
4. Sinkope/pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop/pingsan.
5. Payudara tegang. Pangaruh estrogen-progesteron dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air. Dan garam pada payudara.
6. Sering miksi. Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.
7. Konstipasi atau obstipasi. Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
8. Pigmentasi kulit. Keluarnya *melanophore stimulating hormone* hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi, dinding perut, sekitar payudara.
9. Epulis adalah Hipertrofi gusi.

10. Varises Karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron. Terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara. Dapat menghilang setelah persalinan (Manuaba, 2010).

4) Tanda Tidak Pasti Kehamilan

1. Perut membesar
2. Uterus membesar, sesuai dengan umur kehamilan.
3. Tanda Chadwicks, mukosa vagina berwarna kebiruan karena hipervaskularisasi hormonestrogen.
4. Discharge, lebih banyak dirasakan wanita hamil. Ini pengaruh hormon estrogen dan progesteron.
5. Tanda Goodell, portio teraba melunak.
6. Tanda Hegar, isthmus uteri teraba lebih panjang dan lunak.
7. Tanda Piscaseck, pembesaran dan pelunakan pada tempat implantasi. Biasanya ditemukan saat umur 10 minggu.
8. Teraba ballotement (tanda ada benda mengapung/ melayang dalam cairan) pada umur 16-20 minggu.
9. Kontraksi Braxton Hicks, kontraksi uterus (perut terasa kencang) tetapi tidak disertai rasa nyeri.
10. Reaksi kehamilan positif

(Manuaba, 2010).

5) Tanda Pasti Kehamilan

1. Gerakan janin dalam rahim.
2. Terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin dengan pemeriksaan rontgen.
3. Terdengar denyut jantung janin (hamil 12 minggu).
4. Pemeriksaan ultrasonografi
 - a. Terdapat kantong kehamilan, usia kehamilan 4 minggu.
 - b. Terdapat fetal plate, usia kehamilan 4 minggu.
 - c. Terdapat kerangka janin, usia kehamilan 12 minggu.
 - d. Terdapat denyut jantung janin, usia kehamilan 6 minggu

(Manuaba, 2010).

6) Diagnosis Banding Kehamilan

1. Hamil palsu (pseudosiesis atau spuria). Dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
2. Tumor kandungan atau mioma uteri.
3. Kista ovarium.
4. Hematometra. Terlambat datang bulan yang dapat melampaui usia kehamilan. Perut terasa nyeri tiap bulan. Terjadi tumpukan darah dalam rahim. Tanda dan pemeriksaan kehamilan tidak menunjukkan hasil positif, karena himen in perforata.
5. Kandung kemih yang penuh.

(Manuaba, 2010).

7) Usia Kehamilan

Untuk menetapkan usia kehamilan dilakukan dengan :

1. Mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT).

Untuk menentukan hari persalinan, digunakan rumus Neagle :

HPHT : +7 (hari) -3 (bulan) +1 (tahun)

(Saminen, 2009).

Memperkirakan usia kehamilan dengan :

- a. Menghitung tinggi fundus uteri (Manuaba, 2010).

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
1/3 di atas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	32 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
2 jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Tabel 2.1 Usia Kehamilan berdasarkan TFU

- b. Menghitung gerakan pertama dirasakan.

Dengan memperkirakan terjadinya gerakan pertama janin pada usia kehamilan 16 minggu (multigravida), pada usia kehamilan 18 minggu (primigravida). Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan janin bisa diraba oleh pemeriksa. Maka perkiraan usia kehamilan dapat ditetapkan. Perkiraan ini tidak akurat (Nur, 2011).

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 (Prawirohardjo, 2008).

c. Mendengarkan Denyut Jantung Janin (DJJ).

DJJ merupakan salah satu tanda pasti kehamilan dan kehidupan janin. DJJ mulai terdengar pada usia kehamilan 16 minggu. Ciri-ciri DJJ adalah ketukan lebih cepat dari denyut nadi, dengan frekuensi normalnya 120-160 kali / menit (Nur, 2011).

d. Memperhitungkan masuknya kepala ke PAP terutama primigravida.

Pada primigravida, kepala masuk pintu atas panggul (PAP) pada minggu terakhir (minggu ke-36). Jika belum masuk PAP, ingat kemungkinan terjadi CPD (Cephalodisproporsi panggul), plasenta previa, atau hidramnion. Pada multigravida, kepala masuk PAP pada permulaan inpartu (Saminem, 2009).

e. Mempergunakan ultrasonografi untuk menghitung usia kehamilan dengan jarak biparietal, jarak tulang tibia, dan panjang lingkaran abdomen janin (Manuaba, 2010).

8) Perubahan Fisiologis Wanita Hamil

1. Uterus

Pada wanita yang tidak hamil, uterus merupakan struktur yang hampir padat dengan berat kurang lebih 70 gr serta rongga bervolume 10 ml atau kurang. Selama masa kehamilan, uterus berubah bentuk menjadi sebuah organ muskular berdinding relatif tipis dengan kapasitas yang cukup untuk menampung janin, plasenta, dan cairan amnion. Volume total isi uterus saat aterm rata – rata

sekitar 5 liter, tetapi dapat mencapai 20 liter atau lebih, sehingga pada akhir kehamilan kapasitas uterus telah mencapai 500 sampai 1000 kali lebih besar dari pada tidak hamil. Terjadi penambahan berat uterus yang berkaitan dengan hal tersebut diatas, dan saat aterm, berat uterus adalah sekitar 1100 gr (Cunningham, 2006).

2. Servik uteri

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat perubahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks (Sarwono,2009).

3. Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga vagina akan terlihat berwarna keungu-unguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos (Sarwono,2009).

4. Ovarium

Ovulasi berhenti selama kehamilan, dan pematangan folikel baru ditangguhkan. Biasanya, hanya satu korpus luteum gravidarum yang dapat ditemukan di dalam ovarium wanita hamil. Korpus luteum gravidarum ini cenderung berfungsi secara maksimal pada 6 sampai 7 minggu pertama kehamilan (4 sampai 5 minggu pasca ovulasi), dan setelah itu, hanya berpengaruh relatif kecil pada produksi progesterone (Cunningham, 2006).

5. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar (Sarwono, 2009).

6. Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta. Uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat-alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah banyak secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25 %, dengan puncak kehamilan 32 minggu, di ikuti dengan *cardiac output* yang meninggi sebanyak kira-kira 30 %. Akibat hemodilusi tersebut, yang mulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan *dekompensasi kordis* yaitu kegagalan jantung dalam upaya untuk mempertahankan peredaran darah sesuai dengan kebutuhan tubuh (Wiknjosastro, 2006).

7. Sistem Respirasi

Wanita hamil biasanya mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu keatas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan kadar oksigen yang meningkat

kira-kira 20 %, seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam dan bagian bawah toraknya juga melebar ke sisi, yang sesudah partus kadang-kadang menetap jika tidak dirawat dengan baik (Wiknjosastro, 2006).

8. Traktus digestivus

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (*nausea*). Mungkin ini akibat hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot-otot *traktus digestivus* menurun, sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada didalam lambung dan apa yang telah dicerna lebih lama berada dalam usus-usus. Hal ini mungkin baik untuk resorpsi, akan tetapi menimbulkan pula obstipasi, yang merupakan keluhan utama ibu hamil. Tidak jarang dijumpai pada bulan-bulan pertama kehamilan gejala muntah (*emesis*) (Wiknjosastro, 2006).

9. Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar, sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun kebawah pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali. Dalam kehamilan ureter kanan dan kiri membesar karena pengaruh progesteron. Akan tetapi ureter kanan lebih membesar dari pada ureter kiri, karena mengalami lebih banyak tekanan dibandingkan dengan ureter kiri (Wiknjosastro, 2006).

10. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh *Melanophore Stimulating Hormon* (MSH) yang meningkat. MSH ini adalah salah satu hormone yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi, hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mamma. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai *linea grisea*. Tidak jarang di jumpai perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut *striae livide*. Setelah partus, *striae livide* ini berubah warnanya menjadi putih dan disebut *striae albican*. Pada seorang multigravida sering tampak *striae* bersama dengan *striae albican* (Wiknjosastro, 2006).

11. Perubahan metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah sekitar 12.5 kg. Pada kehamilan normal akan terjadi hipoglikemia puasa yang disebabkan oleh kenaikan kadar insulin, hiperglikemia postprandial dan hiperinsulinemia. Konsentrasi lemak lipoprotein dan apolipoprotein dalam plasma akan meningkat selama kehamilan. Lemak akan disimpan sebagian besar di sentral yang kemudian akan digunakan janin sebagai nutrisi sehingga cadangan lemak ini akan berkurang. LDL akan mencapai puncaknya pada minggu ke-

36, sementara HDL akan mencapai puncaknya pada minggu ke-25, berkurang sampai minggu ke-32 dan kemudian menetap. Hal ini dipengaruhi oleh kenaikan hormon progesteron dan estrogen.

9) Keluhan pada Trimester III

1. Nafas pendek dan sesak

Penyebab : Rahim yang membesar, mendesak diafragma, sehingga diafragma dapat naik sekitar 4 cm.

Cara mengatasi : Tidur dengan bantal yang tinggi, menghindari adanya beban yang berlebihan pada perut, berhenti merokok bila ibu merokok.

2. Insomnia

Penyebab : Gerakan janin, otot kram, serin kencing, nafas pendek dan lain- lain.

Cara mengatasi : Sengaja relaksasi, memijat, mengganjal badan dengan bantal, susu hangat, mandi sebelum tidur, hindari makan / minum yang mengandung cafein pada petang dan malam hari.

3. Sering kencing

Penyebab : Meningkatnya volume darah, berubahnya fungsi kandung kemih karena hormon, berkurangnya kapasitas kantong kemih karena pembesaran uterus.

Cara mengatasi : Anjurkan ibu memakai pembalut perineal.

4. Ketidaknyamanan perineal

Penyebab : Tekanan dari pembesaran uterus terutama ketika berdiri dan berjalan, biasanya pada hamil ganda / lebih dari satu.

Cara mengatasi : Istirahat, relaksasi, pemakaian korset, rujuk ke dokter bila nyeri / sensasi panas.

5. Kontraksi Braxton Hicks

Penyebab : Intensifikasi uterus untuk persiapan bersalin.

Cara mengatasi : Tenangkan hati pasien, istirahat, lakukan teknik pernafasan, relaksasi.

6. Kaki kram

Penyebab : Tekanan syaraf yang mensyarafi ekstremitas bawah karena pembesaran uterus, mengurangi tingkat penyebaran kalsium serum atau menambah serum phospor.

Faktor-faktor yang mengganggu : kelelahan berjinjit, merentangkan kaki atau saat berjalan, minum lebih dari 1 liter susu per hari.

Cara mengatasi : Melakukan spasme relaksasi yaitu melakukan gerakan dorso flexes kaki dengan menekan lutut, gerakan ini dilakukan dengan bantuan orang lain, massase dan pemanasan yang mempengaruhi otot, berdiri di atas permukaan yang dingin, menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung kalsium.

7. Oedem

Penyebab : Tekanan oleh rahim yang membesar pada vena-vena panggul. Oedem bertambah bila berdiri yang lama, sikap yang tidak baik, pakaian yang kotor.

Cara mengatasi : Istirahat yang teratur dan cukup dengan kaki dinaikkan, memperbanyak minum, memakai korset untuk menyokong dan mengangkat

uterus sehingga memudahkan drainage vena lympatik, posisi tidur miring ke kiri untuk mempermudah sirkulasi darah (Bobak, 2000).

8. Sakit punggung

Penyebab : Perut yang semakin membesar sehingga titik berat badan pindah ke depan, spasmus dan otot-otot pinggang.

Cara mengatasi : Istirahat cukup, pemakaian korset, pemberian analgetika.

9. Haemoroid

Penyebab : Uterus yang membesar dan menekan vena sehingga menimbulkan bendungan darah di dalam rongga panggul.

Cara mengatasi : Defekasi yang teratur (Obstetri Fisiologi, 1983).

10) Perubahan Psikologis pada Kehamilan

1. Trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Sebagian besar wanita merasa sedih dan ambivalent tentang kenyataan bahwa ia hamil. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Penerimaan kehamilan biasanya terjadi pada akhir trimester pertama dan difasilitasi oleh perasaannya sendiri yang merasa cukup aman untuk mulai mengungkapkan perasaan – perasaan yang menimbulkan konflik yang dialami.

Hasrat seksual pada trimester pertama sangat bervariasi antara wanita yang satu dan yang lain. Meski beberapa wanita mengalami peningkatan hasrat seksual, tetapi secara umum trimester pertama merupakan waktu terjadinya penurunan

libido dan hal ini memerlukan komunikasi yang jujur dan terbuka terhadap pasangan masing-masing. Banyak wanita merasakan kebutuhan kasih sayang yang besar dan cinta kasih tanpa seks. Libido secara umum sangat dipengaruhi oleh kelelahan, mual, depresi, payudara yang membesar dan nyeri, kecemasan, kekhawatiran, dan masalah-masalah lain yang merupakan hal yang normal terjadi pada trimester pertama (Varney, 2007).

2. Trimester II

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni periode ketika wanita nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Trimester kedua terbagi atas dua fase yakni *pra quickening* dan *pasca quickening*. *Quickening* menunjukkan kenyataan adanya kehidupan yang terpisah, yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester kedua, yakni mengembangkan identitas sebagai ibu bagi dirinya sendiri, yang berbeda dari ibunya. Dengan timbulnya *quickening* muncul sejumlah perubahan karena kehamilan telah menjadi jelas dalam pikirannya. Wanita lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil atau ibu baru lainnya, dengan minat serta aktivitasnya berfokus pada kehamilan, cara membesarkan anak, dan persiapan untuk menerima peran yang baru (Varney, 2007).

3. Trimester III

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

Sejumlah ketakutan muncul, wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain lebih lanjut dan lebih menutup diri karena perasaan rentannya.

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

11) Tanda-tanda Bahaya dalam Kehamilan

1. Keluar darah dari jalan lahir

Perdarahan vagina pada awal kehamilan adalah merah, perdarahan bercak hingga derajat sedang pada kehamilan muda, perdarahan yang banyak atau pasif dan perdarahan dengan nyeri. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau kehamilan ektopik. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah atau kehitaman cair atau ada bekuan, sedikit kadang-kadang banyak, tetapi tidak selalu di sertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa atau abruptio plasenta (Saiffudin, 2009).

2. Keluar air ketuban sebelum waktunya

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh

sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan yang disebabkan kelemahan fokal yang terjadi pada selaput janin diatas serviks internal yang memicu robekan atau proses patologis seperti perdarahan dan infeksi. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (Nitrazin test) merah menjadi biru (Rukiyah, 2010).

3. Kejang-Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala nyeri kepala hebat, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat penglihatan kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia (Saifuddin, 2009).

4. Gerakan janin tidak ada atau kurang

Ibu mulai bisa merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan atau minum dengan baik (Rukiyah, 2009).

5. Demam tinggi

Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain evaluasi keadaan umum ibu, berikan

pengobatan suportif dan antipiretika, evaluasi kesejahteraan janin dan lakukan evaluasi penyebab demam, istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu, tambahkan upaya untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan nutrisi (Saifuddin, 2009).

6. Nyeri perut yang hebat

Nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini bisa berarti appendisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantung empedu, abrupsio plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Rukiyah, 2009).

7. Muntah terus dan tidak bisa makan pada kehamilan muda

Mual (nausea) dan muntah (vomiting) dapat terjadi pada 50 % kasus ibu hamil. Mual biasa terjadi pada pagi hari, gejala ini biasa terjadi pada usia kehamilan 6-12 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur 20 minggu, dengan keluhan muntah yang kadang begitu hebat dimana segala apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan kembali sehingga dapat mempengaruhi keadaan umum dan mengganggu pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, dehidrasi dan terdapat aseton dalam urin bahkan seperti gejala appendisitis, pielitis dan sebagainya (Sarwono, 2009).

12) Standart Kunjungan Antenatal

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).

Pemeriksaan meliputi :

Anamnesis dan pemantauan ibu dan janin, mengenal kehamilan resiko tinggi, imunisasi, nasihat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat untuk merujuk (Jannah,2012).

13) Standar Pelayanan Antenatal Care

Pelayanan standart, yaitu 7 T.

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

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan. Penambahan berat badan kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (Kementrian kesehatan RI, 2012).
2. Ukur Tekanan Darah. Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan (Kementrian kesehatan RI, 2012).
3. Ukur Tinggi Fundus Uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain (Kementrian kesehatan RI, 2012).

4. Skrining Status Imunisasi Tetanus Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Bila Diperlukan.

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	≥ 25 tahun

Tabel 2.2 : Pemberian Imunisasi (Depkes, 2009)

5. Beri Tablet Darah Untuk mencegah anemia gizi besi dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama (Kementrian Kesehatan RI, 2012).
6. Periksa Laboratorium (Rutin Atau Khusus)
- a. Pemeriksaan golongan darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.
 - b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.
 - c. Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi.
 - d. Pemeriksaan kadar gula darah pada ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus.
 - e. Pemeriksaan darah malaria pada semua ibu hamil di daerah endemis Malaria.

- f. Pemeriksaan tes sifilis di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis.
 - g. Pemeriksaan HIV pada ibu hamil di daerah terkonsentrasi HIV dan ibu hamil risiko tinggi terinfeksi HIV.
 - h. Pemeriksaan BTA pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis (Kementrian Kesehatan RI, 2012).
7. Temu Wicara/ Konseling tentang :
- 1. Kesehatan ibu
 - 2. Perilaku hidup bersih dan sehat
 - 3. Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
 - 4. Tanda bahaya pada kehamilan,persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
 - 5. Asupan gizi seimbang
 - 6. Gejala penyakit menular dan tidak menular
 - 7. Penawaran untuk melakukan testing dan konseling HIV di daerah terkonsentrasi HIV/ bumil risiko tinggi terinfeksi HIV
 - 8. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
 - 9. KB pasca persalinan.
 - 10. Imunisasi dan
 - 11. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*) (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1) Pengertian Persalinan

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu (Varney, 2002).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan dimana janin dan ketuban turun ke dalam jalan lahir dan didorong keluar melalui jalan lahir (Sarwono Prawirohardjo, 2005).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2007).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (APN, 2008). Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Johariyah, 2012).

2) Jenis-jenis persalinan

1. Berdasarkan Cara Pengeluarannya

- a. Persalinan Spontan: Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.

- b. Persalinan Buatan: Persalinan dengan bantuan dari luar misalnya forcep/vakum/SC.
 - c. Persalinan Anjuran: Persalinan dengan bantuan diberi obat-obatan baik disertai atau tanpa pemecahan ketuban (Johariyah, 2012).
2. Berdasarkan Usia Kehamilan
- a. Abortus: keluarnya hasil konsepsi (bayi) sebelum dapat hidup pada Usia Kehamilan < 20 minggu. Berat janin kurang dari 1000 gram.
 - b. Persalinan Imatur: keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 20-27 minggu. Berat janin kurang dari 2499 gram.
 - c. Persalinan Prematur: keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 28-35 minggu.
 - d. Persalinan Matur Atau Aterm: Keluarnya hasil konsepsi pada Usia Kehamilan 37-42 minggu. Berat janin \geq 2500 gram.
 - e. Persalinan Postmatur Atau Serotinus: Keluarnya hasil konsepsi Usia Kehamilan >42 minggu. Pada janin terdapat tanda serotinus.
 - f. Persalinan Presipitatus: persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Johariyah, 2012).

3) Sebab Mulainya Persalinan

1. Teori peregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Contohnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan (Johariyah, 2012).

2. Teori penurunan Progesteron

- a. Proses penebaran plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.
- c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Johariyah, 2012).

3. Teori oksitosin

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

4. Teori prostaglandin

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

(Johariyah, 2012).

5. Teori Hipotalamus - pituitari dan glandula suprarenalis

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

(Johariyah, 2012).

4) Tanda-tanda Permulaan Persalinan

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (Prepatory stage of labor), dengan tanda-tanda :

1. Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multigravida tidak begitu kelihatan.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
3. Perasaan sering atau susah buang air kecil (polaksuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan sakit diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi dari uterus, disebut “false labor pains”.
5. Serviks menjadi lembek mulai mendatar, dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show).

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya

plasenta secara lengkap. Belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (Johariyah 2012).

5) Tanda-tanda Inpartu

1. Rasa sakit oleh adanya his yang dapat lebih kuat, sering dan teratur.
2. Keluar lendir dan bercampur darah (show) lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

(DEPKES RI, 2008).

6) Tahapan Persalinan

1. Kala I

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

a. Fase laten

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukan serviks.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4.
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b. Fase aktif

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan menimbulkan secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

(Buku Panduan APN, 2008).

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

(a) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

(b) Fase dilatasi maksimal

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

(c) Fase deselerasi

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

2. Kala II

Kala dua persalinan dimulai dengan dilatasi lengkap serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi (Varney, 2007).

Persalinan kala 2 dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala 2 juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Gejala dan Tanda kala 2 persalinan :

1. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya.
3. Perineum menonjol.
4. Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

(Buku panduan APN, 2008).

3. Kala III

Kala tiga persalinan dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta.

Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara antara 5 dan 10 menit. Akan tetapi, kisaran normal kala tiga sampai 30 menit. Resiko perdarahan meningkat apabila kala tiga lebih lama dari 30 menit, terutama antara 30 sampai 60 menit (Varney, 2007).

1. Manajemen aktif kala tiga
 - a. Pemberian suntik oksitosin

Segera dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis). Jika oksitosin tidak tersedia, minta ibu untuk melakukan stimulasi puting susu atau menganjurkan ibu menyusukan dengan segera, Ini akan menyebabkan pelepasan oksitosin secara alamiah.

b. Penegangan tali pusat terkendali

Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat diatas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkn tali pusat dengan satu tanag yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso kranial). Lakukan secara hati – hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lakukan tekanan dorso kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

c. Rangsangan taktil (masase) fundus uteri

1. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
2. Jelaskan tindakan pada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan serta rileks.
3. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.
4. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
5. Periksa uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Ajarkan ibu dan keluarganya cara masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.

6. Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.

(Buku Panduan APN, 2008)

4. Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Setelah plasenta lahir :

1. Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
2. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
3. Memperkirakan kehilangan darah.

Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu (2000 – 2500 ml).

4. Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Derajat satu : Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum (tak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik).

Derajat dua : Mukosa Vagina, Komisura Posterior, Kulit perineum, Otot perineum.

Derajat tiga : Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot Perineum, Otot sfingter ani (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).

Derajat empat : Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani, Dinding depan rektum (Segera rujuk ke fasilitas rujukan).

(Buku panduan APN, 2008)

5. Evaluasi keadaan ibu

- a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- b. Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- c. Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai dengan apa yang diperlukan.
- d. Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- e. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus mejadi lembek.

- f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberikan ASI.
- g. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
- h. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (Buku Panduan APN, 2008).

7) Lama Persalinan

Lama persalinan dihitung dari kala I sampai dengan kala III kemungkinan akan berbeda, dibawah ini adalah tabel perbedaan lama persalinan antara Nulipara dengan Multipara.

Lama Persalinan		
	Para	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
	14 ½ jam	7 ¾ jam

Tabel 2.3 : Lama Persalinan

(Johariyah, 2012).

8) Faktor Penyebab 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 (Sarwono, 2007).

1. Teori Keregangan

Rahim yang menjadi besar dan teregang menyebabkan iskemia otot-otot sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter.

2. Teori penurunan progesteron

Proses panaan 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.

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

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.

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).

9) Faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Power

1) His (Kontraksi uterus)

Kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

Pembagian his dan sifat-sifatnya

- a. His pendahuluan : His tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir dan bloody show.
- b. His pembukaan (kala I) : Menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.

- c. His pengeluaran (kala II) : Untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- d. His pelepasan plasenta (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- e. His pengiring (kala IV) : Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari (Arsinah, 2010).

P

Kontraksi pada persalinan sejati	Kontraksi pada persalinan palsu
Kontraksi terjadi dengan interval teratur	Kontraksi terjadi dengan interval tidak teratur
Interval bertahap memendek	Interval tidak lama
Nyeri di punggung dan abdomen	Nyeri diperut bawah
Serviks membuka	Serviks belum membuka
Nyeri tidak hilang dengan sedasi	Nyeri mereda dengan sedasi

Tabel 2.4 : Perbedaan kontraksi sejati dengan kontraksi palsu

(Cunningham, 2006).

2) Tenaga Mergedan

Setelah Pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada didasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibanttu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunteer (Ai Nurasih, Dkk, 2012).

2) 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 relatif kaku.

3. Passenger (janin dan plasenta)

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

4. Power (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunteer disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha involunteer dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.

5. Posisi ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi uterus yang lebih kuat dan efisien dapat

membantu penipisan dan dilatasi serviks. Pada posisi tegak dapat mengurangi insiden penekanan tali pusat juga membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu, mencegah kompresi pembuluh darah.

6. Psikologis

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang ada dalam dirinya atau yang disampaikan padanya. Wanita bersalin mengatakan kekhawatiran jika ditanya. Perilaku dan penampilan ibu serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Sumarah, 2009, Hal 23-45).

10) Mekanisme Persalinan

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 (JNPK-KR/POGI, 2008).

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase yaitu :

- 1) Fase Laten persalinan.
 - a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
 - b. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm.
 - c. Biasanya berlangsung dibawah 8 jam (JNPK-KR/POGI, 2008).
 - d. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik (Rukiyah, 2009).
- 2) Fase Aktif persalinan
 - a. 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).
 - b. 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).
 - c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin

(JNKP-KR/POGI, 2008)

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase, 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 (Sarwono, 2007).

Fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada primi serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi, berlangsung 13-14 jam. Pada multi mendatar dan membuka bisa bersamaan, berlangsung 6-7 jam (Sarwono, 2007).

1) Kala II

Kala dua Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran bayi (JNKP-KR/POGI, 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).

1. Tanda gejala kala II

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina.
- c. Perineum terlihat menonjol
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.

e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

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 (JNPK-KR/POGI, 2008).

2. Mekanisme persalinan normal

Mekanisme persalinaan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul (Sumarah, 2008).

Mekanisme persalinan sebenarnya mengacu pada bagaimana janin menyesuaikannya dan meloloskan diri dari panggul ibu, yang meliputi gerakan :

a. Turunnya kepala

Sebetulnya janin mengalami penurunan terus menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester III, antara lain masuknya bagian terbesar janin kedalam pintu atas panggul (PAP) yang pada primigravida 38 minggu atau selambat-lambatnya awal kala II.

b. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (Oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu terutama bidang sempit panggul

yang ukuran melintang 10 cm untuk dapat melewatinya, maka kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran diameter Oksipito Frontalis (11,5 cm) harus Fleksi secara maksimal menjadi diameter Oksipito Bregmatika (9,5 cm) (Ibu dan bayi , 2009).

c. Rotasi dalam / putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil anterior posterior Pintu Bawah Panggul (PBP). Hal ini dimungkinkan karena kepala janin bergerak spiral atau seperti sekrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis (Ibu dan bayi , 2009).

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau depleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada PBP mengarah ke depan dan ke atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya kalau tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada pertemuan dan menembusnya. Dengan ekstensi ini maka sub Oksiput bertindak sebagai Hipomochlion (sumbu putar) (Ibu dan bayi (2009).

e. Rotasi Luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu,

sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus (Ibu dan bayi, 2009).

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir. Lamanya kala II pada primi 1 ½ - 2 jam dan pada multi ½ - 1 jam.

2) Kala III (kala pengeluaran uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (JNPK-KR/POGI, 2008).

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 kebagian bawah uterus atau bagian dalam vagina.(JNPK-KR/POGI, 2008).

1. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

a. Uterus menjadi semakin globuler

b. Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld).

c. 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 (JNPK-KR/POGI, 2008).

2. Macam-macam pelepasan plasenta :

a. Secara Schultzel

Pelepasan dimulai dari bagian tengah plasenta, bagian plasenta yang nampak pada vulva ialah bagian fetal. Perdarahan tidak ada sebelum plasenta lahir.

b. Secara Duncan

Pelepasan mulai dari pinggir plasenta, plasenta lahir dengan pinggirnya terlebih dahulu, yang nampak di vulva ialah bagian maternal. Perdarahan sudah ada sejak bagian dari plasenta terlepas.

3. Perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta :

a. Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas symphysis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas, diam atau maju atau bertambah panjang berarti sudah lepas.

b. Klein

Sewaktu ada his rahim kita dorong sedikit pada daerah fundus, bila tali pusat kembali masuk berarti belum lepas, diam atau turun atau bertambah panjang berarti sudah lepas.

c. Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus uteri, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas (Mochtar, 1998).

4. Manajemen aktif kala III

a. Pemberian suntikan oksitosin

b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali

c. Masase fundus uteri

Seluruh proses biasanya berlangsung 5- 30 menit setelah bayi lahir.

Pengeluaran plasenta biasanya disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (JNPK-KR/POGI, 2008).

3) Kala IV

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.

1. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

2. Tingkat kesadaran pasien.

3. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
4. Kontraksi uterus
5. Terjadinya perdarahan.

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

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1) Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009).

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

Periode Pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, 2007).

2) Tahapan Masa Nifas

1. Puerpurium Dini

Puerpurium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerpurium Intermedial

Puerpurium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh ala-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote Puerpurium

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

3) Tujuan Asuhan Masa Nifas

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

(Reni Heryani, 2010).

4) Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi
 - 1) Uterus
 - a. Involusi Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi (layu atau mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (tinggi fundus uteri).

- a) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- b) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
- c) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- d) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
- e) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram..

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua nekrotik dari dalam uterus.

Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

a. Lokhea Rubra/Merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum.

Cairan yang keluar berwarna merah karena terisis darah segar, jaringan

sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b. Lokhea Sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 samapi hari ke-7 post partum.

c. Lokhea Serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

d. Lokhea Alba/ Putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometriotitis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan "lokhea purulenta". Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut "lokhea statis".

3) Perubahan pada Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara corpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil.

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua rongga ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih lonjong.

5) Perineum

Segera setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas

tubuh. Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

3. 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 sfinter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu (Ari Sulistyawati, 2009).

4. Perubahan Tanda-Tanda Vital

a. Suhu Badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 x/menit. Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100x/menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c. Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya pre-eklamsi post partum.

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan (Ari Sulistyawati, 2009)

5. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari dari volume darah dan entrasi. Apabila ada persalinan pervaginam hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan

dapat menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitium cordial (Ambarwati, 2010).

5) Program dan Kebijakan Teknis

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

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri. d. Pemberian asi awal. e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan dia harus tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah persalinan / sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan) c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.
III	2 minggu post partum	Sama seperti diatas (6 hari post partum)
IV	6 minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dia alami atau bayinya. b. Memberikan konsling KB secara dini.

Tabel 2.5 : Kunjungan Nifas

(Abdul bari , 2002)

6) Perawatan Pasca Persalinan

1. Mobilisasi : Karena lelah setelah bersalin ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau ke 5 sudah diperbolehkan pulang.
2. Diet : Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, diantaranya yang mengandung protein banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.
3. Miksi : Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.
4. Defekasi : BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan, jika masih belum bisa dilakukan klisma.
5. Perawatan Payudara (mammarum) : Perawatan mammarum telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
6. Laktasi : ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusukan bayi sangat baik untuk menjalin rasa kasih sayang antara Ibu dan anaknya
7. Senam masa nifas
Berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot abdomen rahim yang sudah menjadi longgar akibat melahirkan.

(Mochtar, 1998)

7) Tanda-Tanda Bahaya Nifas

1. Infeksi nifas : keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas.
2. Demam nifas : demam masa nifas oleh sebab apapun
3. Morbiditas puerperalis : kenaikan suhu badan sampai 38 °C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama puerperium kecuali hari pertama. Suhu diukur 4 kali sehari secara oral.
4. Sub involusi : proses mengecilnya uterus terganggu, faktor penyebabnya antara lain sisa-sisa placenta dalam uterus, adanya mioma uteri, endometritis dll. Pada peristiwa lochea bertambah banyak dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.
5. Perdarahan nifas sekunder bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan. Perdarahan ini bisa timbul pada minggu kedua nifas. Sebab-sebabnya adalah subinvolusi, kelainan kongenital uterus, inversio uterus, mioma uteri dll.

(Prawirohardjo, 2008)

8) Pemeriksaan Postnatal

1. Pemeriksaan umum : Tekanan Darah, Nadi, Keluhan
2. Keadaan umum : suhu badan, selera makan, dll
3. Payudara : ASI, puting susu
4. Sekret yang keluar misalnya lochea, flour albus
5. Keadaan otot-otot kandungan

9) Perubahan Psikologis

1. Tahap I : taking in
 - a. Periode ketegangan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan

- b. Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri
 - c. Ibu mudah tersinggung, menjadi pasif terhadap lingkungan
 - d. Sering menceritakan tentang pengalaman melahirkan secara berulang-ulang.
2. Tahap II : taking hold
- a. Hari ke 3-10 hari
 - b. Merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab merawat bayinya
 - c. Perawatan sangat sensitive, mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati
 - d. Memerlukan dukungan yang lebih dari suami dan keluarga untuk menerima penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya
3. Tahap III : Letting go
- a. Menerima tanggung jawab dan peran barunya menjadi Ibu 10 hari setelah melahirkan
 - b. Sudah mulai menyesuaikan diri ketergantungan bayinya
 - c. Mempunyai keinginan untuk merawat diri dan bayinya sendiri

2.2 Manajemen 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 kebidanan bukan hanya terdiri atas pemikiran dan tindakan, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar layanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai.

Dengan demikian, proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberi pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses dimulai dengan 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 (Saminem, 2010).

2.2.2 Standar 7 Langkah Varney

1) Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid (Soepardan, 2008).

2) Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah

dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnose dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnose tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian (Soepardan, 2008).

Masalah juga sering menyertai diagnose. Sebagai contoh: wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut (Saminem, 2010).

3) Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tidak terjadi. Langkah ini bersifat rasional atau logis (Soepardan, 2008).

4) Langkah IV : Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Dengan kata lain manajemen bukan hanya dilakukan selama asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Dari data yang dikumpulkan, akan terlihat mana situasi yang memerlukan tindakan segera dan mana yang harus menunggu intervensi dari dokter. Situasi lainnya bisa saja bukan merupakan kondisi kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter (Saminem, 2010).

5) Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa saja yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek

asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut (Soepardan, 2008).

6) Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Saminem, 2010).

7) Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Bisa saja sebagian rencana tersebut telah efektif sedangkan sebagian lagi belum.

Bidan perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah-langkah pada proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis (Saminem, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

Subyektif

1. Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 16-35 tahun (Skor Poedji Rochjati).

2. Keluhan utama

Keluhan yang di rasakan oleh klien pada tribulan ketiga yaitu sering kencing, keputihan, sesak nafas dan nyeri punggung (Asrinah, 2010).

3. Riwayat kebidanan

a. Kunjungan :

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).

b. Riwayat menstruasi :

Menarche : Menarche sekitar 12 sampai 16 tahun (Sulistyawati, 2011).

1. Banyaknya : Sebagai acuan biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Normalnya 50-70 cc (Sulistyawati, 2011).

2. Lamanya 3 - 8 hari, sifat darah cair, warna merah segar, bau anyir, disminorhoe ya atau tidak, lama berapa hari, flour albus ya atau tidak, kapan sebelum atau sesudah haid, bau tidak berbau, warna putih.
4. Riwayat obstetrik yang lalu
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).
5. Riwayat kehamilan sekarang
 - 1) Keluhan
 - a. Keluhan pada TM 1 : mual dan muntah, kelelahan, keputihan, mengidam, sering buang air kecil
 - b. Keluhan pada TM 2 : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki,perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki
 - c. Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri punggung, sering buang air kecil.
 - 2) Pergerakan anak pertama kali : ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir (Varney,2007).
 - 3) Frekwensi pergerakan standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam (Janet medforth, 2011).
6. Imunisasi yang sudah di dapat

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).

7. Pola kebiasaan sehari – hari

a. Pola nutrisi dan cairan

Sebelum hamil ibu tidak mengalami perubahan pada pola makan yaitu 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, tahu, tempe dll), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam,dll), minum air putih 8 gelas/hari.

Selama hamil *kecukupan yang dianjurkan, sebanyak 40 kalori/kg/hari dalam distribusi yang seimbang, yaitu protein \pm 15%, lemak \pm 30% dan karbohidrat \pm 55%*. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu di anjurkan minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu dan jus tiap 24 jam (Salmah dkk, 2002). Makan 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, tahu, tempe dll), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam,dll), minum air putih 8 gelas/hari.minum susu 1 gelas/hari (Stanhope, 2007).

b. Pola eliminasi

Sebelum hamil ibu BAK \pm 4-5 x/hari, BAB \pm 1 x/hari kadang-kadang 2x/hari.

Saat hamil pembesaran uterus trimester ketiga menurunkan kapasitas kandung kemih, mengakibatkan sering berkemih, efek dari Fe dapat menyebabkan konstipasi (Marilyn, 2002). BAK lebih sering \pm 7-8 x/hari, BAB 1x/hari

c. Pola aktivitas

Wanita hamil sebaiknya melakukan hal yang biasa ia lakukan karena dapat menghentikan kelelahan ringan dan latihan sebaiknya jangan dilakukan secara berlebihan. Tidak ada batasan lain yang diperlukan jika wanita tersebut berpengalaman dalam segala bentuk latihan yang ingin ia lakukan. Namun, kehamilan bukanlah saat untuk mempelajari jenis olahraga berat yang baru. Latihan harian seperti berjalan-jalan di luar rumah, sangat baik untuk kesehatan mental, relaksasi, pencernaan dan pengondisian otot (Varney, 2007).

d. Pola istirahat/ tidur

Sebelum dan selama hamil ibu mengalami penurunan pada pola tidur siang dan malam sebelum hamil ibu tidur malam \pm 8 jam, tidur siang \pm 1-2 jam. Saat hamil Jadwal istirahat dan tidur harus diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur malam \pm 8 jam, tidur siang \pm 1-2 jam (Salmah dkk, 2002).

e. Pola seksual

Perubahan posisi untuk mengakomodasi pembesaran abdomen, menghilangkan kekhawatiran dan ketakutan yang tidak perlu bahwa hubungan seksual akan membahayakan bayi, puasa senggama bila diperlukan (contoh bila dicurigai perdarahan pada trimester pertama, persalinan preterm) pada trimester III saat usia kehamilan sudah aterm, hubungan seksual di anjurkan karena kandungan semen yaitu terdapat prostaglandin yang dapat merangsang kontraksi (Varney, 2007).

8. Riwayat kesehatan yang lalu penyakit yang pernah diderita seperti :

Dalam keadaan normal ibu dan riwayat kesehatan keluarga tidak pernah menderita penyakit jantung, ginjal, asma (Prawirihardjo, 2008).

9. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keadaan normal ibu dan riwayat kesehatan keluarga tidak menderita penyakit diabetes, paru-paru, hipertensi, gemeli, jantung, asma, TORCH (Prawirihardjo, 2008).

10. 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 bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatiran.

Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya. Merasa kehilangan perhatian.

Perasaan mudah terluka (sensitif). Libido menurun (Sulistyowati, 2009).

Obyektif

1) Pemeriksaan umum

1. Keadaan umum : meliputi adanya kecemasan, kemarahan atau peka. Postur dan cara berjalan menunjukkan masalah punggung atau trauma pelvis sebelumnya (Salmah dkk, 2002).

2. Kesadaran : composmentis

3. Keadaan emosional : kooperatif

2) Tanda –tanda vital

1. Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg.

2. Nadi : 80-100 kali/menit

3. Pernafasan : 16-20 Kali / menit

4. Suhu : $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Suryati, 2011)

3) Antropometri

Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,5-16,5 kg.

1. Tinggi Badan : > 145 cm

2. Lingkar Lengan : >23,5 cm (Suryati, 2011)

4) Taksiran persalinan dapat dihitung dengan rumus :

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 (Kusmiyati, 2009). k

5) Usia Kehamilan : 29-42 minggu

6) Pemeriksaan fisik

1. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak oedem, tidak ada cloasma gravidarum
2. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
3. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
4. Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -
5. Mamae : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan, colostrum sudah keluar.
6. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.
 Leopold I : Teraba TFU 3 jari bawah processus xipoidius, umur kehamilan > 36 minggu, pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting (bokong).
 Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut.
 Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, melenting dan tidak dapat digoyangkan (kepala sudah masuk PAP).

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

TFU Mc. Donald : 29-30 cm (Baihaqi, 2010).

TBJ : dihitung dengan $(TFU-13) \times 155 = \dots\dots\dots$ gram

Bayi aterm mempunyai tanda cukup bulan yaitu lahir saat usia kehamilan 38-42 minggu dan memiliki berat badan sekitar 2500 sampai 3000 gram dan panjang badan sekitar 50 sampai 55 cm (Manuaba, 2010).

DJJ normal 120–160 x/menit dan teratur (Feryanto, 2011).

7. Genetalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak odema, tidak varises, ada atau tidak pengeluaran pervaginam.

8. Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat oedem atau tidak, reflek patella +/-

7) Pemeriksaan panggul

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 (Varney, 2006)

8) Pemeriksaan Lab

Darah : Hb : >11 gram %

Urine : Reduksi (-)

Albumin (-) (Varney, 2006).

9) Pemeriksaan lain :

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

b. NST

Pemeriksaan NST dilakukan untuk menilai gambaran denyut jantung janin dalam hubungannya dengan gerakan atau aktivitas janin (Prawirohardjo, 2008).

2) Interpretasi data dasar

Diagnose : GPAPIAH uk....minggu , hidup/mati, tunggal/gemeli, letak/presentasi, int/eks uteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin.

Masalah : Nyeri ulu hati, Konstipasi, Haemoroid sering berkemih, Pigmentasi pada kulit, akne, kulit berminyak lebih nyata, adanya Spider nevi, Eritema pada telapak tangan.

Kebutuhan : Observasi tanda-tanda vital

HE penyebab masalah

HE penanganan masalah

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial :

Diagnosa / masalah potensial yang mungkin dapat terjadi, (Feryanto, 2011).

Misalnya kehamilan post date, sakit kepala hebat yang merupakan tanda dari preeklamsi, KPD.

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera :

Melakukan kolaborasi dengan dokter.

5) Intervensi

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

Kriteria Hasil :

- 1) Keadaan umum ibu dan janin baik,
- 2) Ibu dapat mengulangi kembali penjelasan yang disampaikan petugas tentang kehamilannya.

Langkah-langkah pada proses perencanaan dan penatalaksanaan yaitu :

- a. Berikan informasi tentang perubahan fisik normal pada trimester III.

R/ Informasi tentang perubahan fisiologis pada ibu hamil trimester III dapat mempengaruhi sikap dan persepsi ibu secara positif sehingga ibu dapat menerima perubahan yang terjadi (Manuaba, 2010).

- b. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang.

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

- c. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup.

R/ istirahat dan tidur yang cukup dan teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010).

- d. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.

R/ Perawatan payudara untuk memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan puting susu dan mengeluarkan putingb susu yang datar atau masuk kedalam (*retracted nipple*) (Manuaba, 2010).

- e. Berikan informasi kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ ibu dapat mempersiapkan keperluan pakaian bayi yang akan dilahirkan ibu dan jika sudah muncul tanda-tanda bersalin ibu bisa segera pergi ke tempat bersalin (Saminem, 2009).

- f. Anjurkan ibu untuk kontrol kembali tiap 1 minggu sekali.

R/ pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2010).

- g. Berikan informasi persiapan persalinan dan laktasi.

R/ meningkatkan kesehatan optimal menjelang persalinan dan segera dapat memberikan laktasi (Manuaba, 2010).

- h. Berikan ibu obat penambah darah (Fe) dan vitamin.

R/ kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta (Manuaba, 2010).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

Subyektif

1. 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). Kontraksi semakin adekuat (3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih)

2. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola nutrisi

Kebutuhan nutrisi pada ibu bersalin meliputi jenis makanan yang dimakan, jumlah, frekuensi 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

Hubungan seksual sebelumnya dapat mempengaruhi kontraksi yang disebabkan karena pengaruh hormon prostaglandin yang ada di dalam sperma, jadi perlu di tanyakan kapan terakhir melakukan hubungan seksual, (Manuaba, 2010).

3. Riwayat psikososiospiritual, dikaji untuk mengetahui persepsi klien terhadap keluarga maupun terhadap persalinannya, hubungan klien, 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). Kondisi psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan (Varney, 2007).

Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Meliputi adanya kecemasan, kemarahan atau peka.

Postur dan cara berjalan menunjukkan masalah punggung atau trauma pelvis sebelumnya (Salmah dkk, 2002).

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda –tanda vital

1. Tekanan darah : 110/70 – 120/80 mmHg

2. Nadi : 80 -100 x /menit

3. Pernafasan : 16- 20 x / menit

4. Suhu : 36,5 °C – 37, 5° C

(Cristina, 1989)

2. Pemeriksaan Fisik

- Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak oedem, tidak ada cloasma gravidarum
- Payudara : Simetris, terdapat hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak lecet, colostrum belum keluar
- Abdomen : Simetris, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum dan linea nigra, pembesaran sesuai usia kehamilan janin, kandung kemih kosong
- Leopold I : Menentukan tinggi fundus uteri, pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)
- Leopold II : Pada sebelah kanan atau kiri perut ibu teraba panjang, keras dan datar (punggung janin)
- Leopold III : Pada bagian bawah uterus teraba bulat, keras, melenting (kepala)
- Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP
- Genetalia : Tidak ada oedem, tidak ada varises, tidak ada condiloma, tidak ada pembesaran kelenjar bhartholine dan terdapat pengeluaran lender dan darah, terdapat cairan ketuban atau tidak.

Pemeriksaan Dalam : VT Ø 1-10 cm, eff 10-100 %, ket (+/-), jernih, keruh, bercampur mekonium, berbau, letkep, denominator, UUK kiri depan, H I-H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi (Maternal Neonatal, 2007).

2) Interpretasi data dasar

Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan 36-40 minggu, tunggal/gemeli, hidup/mati, letak/presentasi, intrauteri/ekstrauteri, kesan jalan lahir/jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin dengan inpartu kala I fase laten/aktif.

Masalah : Cemas

Kebutuhan : KIE tentang keadaannya saat ini
Dukungan emosional
KIE teknik relaksasi

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

- a. Potensial Kala I Lama
- b. Potensial Infeksi
- c. Partus Macet
- d. Inersia Uteri
- e. Gawat Janin

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya berdasarkan kondisi klien.

5) Intervensi

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 (Johariyah, 2012).

Kriteria Hasil : 1. DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).

2. Tanda-tanda vital dalam batas normal.

Dibawah 140/90 mmHg (Abdul Bari Saifudin, 2004) Suhu 36,5 – 37,5⁰C, Nadi 80 - 100 x/menit, Pernafasan 16 - 24 x/menit.

3. Terdapat tanda dan gejala kala II

Pembukaan lengkap 10 cm, Ada dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka.

5) Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.

Rasionalisasi : penjelasan tentang keadaan pasien dapat mengurangi rasa cemas.

2. 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. Berikan asuhan sayang ibu

- 1) Berikan dukungan emosional.

Rasionalisasi : Keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan

- 2) Atur posisi ibu.

Rasionalisasi : Meningkatkan relaksasi, posisi miring kiri menurunkan tekanan uterus pada vena cava, tetapi pengubahan posisi secara periodic mencegah iskemia jaringan atau kekakuan otot dan meningkatkan kenyamanan.

- 3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasionalisasi : Pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan dapat membantu memperkuat tenaga ibu untuk mengejan.

- 4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasionalisasi : penurunan janin dapat diganggu bila kandung kemih distensi.

- 5) 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 deteksi dini komplikasi.

6. Observasi DJJ setiap 30 menit pada kala I fase aktif.

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

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. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

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

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.

Intervensi

1. Kenali tanda dan gejala kala II (Dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).
2. Pastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukan spuit kedalam partus set.

3. Pakai celemek plastik
4. Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dg handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Pakai sarung tangan DTT/steril pd tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin 10 unit kedalam spuit yg telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set
7. Bersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon
8. Lakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap
9. Dekontaminasi saruung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Periksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal
11. Beritahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman .
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Lakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan member cukup cairan.

14. Anjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.
15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
19. Lindungi perineum dg tangan kanan yg dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Pegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Telusuri 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. Nilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.
26. Keringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

(APN, 2008)

KALA III

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan 30 menit diharapkan plasenta lahir spontan, lengkap.

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

Intervensi

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.
29. Suntikan oksitosin 10 unit secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
30. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit kembali tali pusat oada 2 cm distal dari klem yang pertama.
31. Gunting tali pusat yang telah di jepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi) pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut, ikat tali pusat.

32. Berikan bayi pada ibunya, menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD)
33. Ganti handuk yang basah dengan kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-6 cm dari vulva.
35. Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain merengangkan tali pusat.
36. Lakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain. Mendorong kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
37. Letakan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).
38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian dilahirkan ditempatkan pada tempat yang telah disediakan.
39. Letakan telapak tangan difundus dan melakukan msase dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir.
40. Periksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal.

Maternal = selaput utuh, kotiledon lengkap, diameter 20cm , tebal 2cm, berat 500 gram

Fetal = insersi tali pusat centralis, panjang tali pusat 60 cm

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

KALA IV

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

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

Intervensi

42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.

43. Biarkan bayi diatas perut ibu.

44. Timbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetrasiklin 1%), berikan injeksi Vit.K (paha kiri)

45. Berikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit.k)

46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

a. setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama post partum

b. setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum

c. setiap 30menit pada 1 jam kedia post partum.

47. Anjurkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi

48. Evaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.

49. Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15menit pada 1 jam pertama post partum dan setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.

50. Periksa pernafasan dan temperatur tubuh ibu sekali setiap 1jam selama 2 jam post partum

51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk mendekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang sudah terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lender dan darah.
54. Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan asi menganjurkan keluarga untuk member minum dan makanan yang diinginkan ibu, mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan rendam selama 10 menit.
57. Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
58. Lengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV.

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian

Subyektif

1. Keluhan Utama (PQRST) :

Ketidaknyamanan pada masa puerperium: Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid (Hellen Varney, 2007).

2. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Nutrisi :

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

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).

b. Pola Eliminasi

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

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

BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diet cairan, obat-obat analgesik dan perineum yang sakit (Suherni, 2009).

c. Pola Istirahat

Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan

Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.

Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan

Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam (Suherni, 2009).

d. Pola Seksual

Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

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).

e. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan. Mengonsumsi tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari. Mengonsumsi vitamin A 200.000 IU (Suherni, 2009).

Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, Keadaan emosional : kooperatif

b. Tanda –tanda vital

Tekanan darah : dibawah 140/90 mmHg (Abdul Bari Saifudin, 2004), segera setelah melahirkan banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

Nadi : 80-100 kali/menit, apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau haemoragi pasca partum lambat.

Pernafasan : 16-24 Kali / menit, napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru.

Suhu : $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$, suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pasca partum.

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

- a. Wajah : jika wajah tampak pucat mengindikasikan anemia, jika wajah oedema mengindikasikan preeklamsi.
- b. Mata : jika konjungtiva tampak pucat mengindikasikan anemia, jika sklera tampak kekuningan mengindikasikan ikterik yaitu peningkatan kadar bilirubin.
- c. Mamae : Pembesaran, puting susu (menonjol/mendatar adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal (Suherni, 2009).
- d. Abdomen : Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih kosong/penuh (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 : jika terdapat oedema pada ekstermitas merupakan tanda klasik preeklampsia (varney, 2007).

8) Pemeriksaan Laboratorium

a. Darah: HB > 8 gr/dl

b. Urine : albumin (-), Reduksi (-) (Ambarwati, 2010)

2) Interpretasi data dasar

Diagnosa : PAPIAH post partum fisiologis..... jam atau hari

Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaren payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid (Hellen Varney, 2007).

Kebutuhan : Sesuai dengan masalah

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

HPP primer, HPP sekunder, infeksi, mastitis.

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Kolaborasi dengan dokter

PLANNING

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1 jam diharapkan masalah ibu berkurang atau teratasi.

Kriteria Hasil : Keadaan Umum ibu baik, UC baik, tidak terjadi perdarahan, tidak terjadi komplikasi

5) Intervensi

1. 6-8 jam post partum

- a. Cegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri
- b. Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut
- c. Berikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d. Pemberian ASI awal
- e. Lakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- g. 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.

2. 6 hari – 2 minggu post partum

- a. Pastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b. Nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Pastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d. Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat
- f. Jaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3. 6 minggu post partum

- a. Tanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami
- b. Berikan konseling untuk KB secara dini.

(Sarwono Prawirohardjo, 2010).