

BAB II

TINJAUAN KASUS

2.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan, Persalinan dan Nifas

2.1.1. Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh dalam rahim ibu (Depekes RI, 2002). Masa kehamilan dari konsepsi dan berakhir sampai lahirnya janin (Saifuddin, 2006).

Kehamilan suatu konsepsi yaitu pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan (Sulistiyawati, 2009).

Masa kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi hinggalahirnya janin. Dimana dibagi menjadi 3 triwulan, triwulan pertama dimulai dari konsepsi hingga 3 bulan, triwulan ke dua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ke3 dari bulan ke 7 sampai 9 bulan. (Saifuddin, 2006)

1) Menentukan Usia Kehamilan

- a) Ada dua cara yang dapat menentukan usia kehamilan, yang sebagai berikut.
 - a. Menggunakan suatu alat khusus (skala yang sudah disesuaikan).
 - 1) Tentukan terlebih dahulu hari pertama haid terakhir (HPHT).
 - 2) Lihat dalam skala, akan terlihat usia kehamilan sekaligus HPLnya
 - b. Menggunakan cara manual (Menghitung)

- 1) Tentukan HPHT terlebih dahulu.
- 2) Tentukan tanggal pemeriksaan hari ini.
- 3) Buat daftar jumlah minggu dan kelebihan hari setiap bulan.
- 4) Daftar jumlah minggu dan hari dibuat mulai dari sisa hari dalam bulan HPHT Sampai dengan jumlah minggu dan hari dibulan saat pasien melakukan pemeriksaan.
- 5) Setelah daftar selesai dibuat, jumlahkan minggu dan harinya, hasil akhir dikonversikan dalam jumlah minggu.

3). Perubahan Fisiologis pada Ibu Hamil Trimester III

1. Perubahan fisik pada ibu hamil trimester III

1) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan pemberian ASI pada laktasi. Hormon yang berpengaruh pada proses laktasi yaitu Estrogen, Progesteron, Somatomamotropin, PIH. Penampakan payudara sebagai berikut

- a) Payudara menjadi lebih besar
- b) Areola payudara menjadi lebih besar
- c) Glandula montgomery makin tampak,
- d) puting susu semakin menonjol.
- e) Pengeluaran ASI belum berlangsung karena prolaktin belum berfungsi karena hambatan dari PIH untuk Asuhan Kehamilan Normal mengeluarkan ASI.
- f) Setelah persalinan, hambatan prolaktin tidak ada sehingga pembuatan ASI dapat berlangsung.

3) Uterus

Ukuran pada kehamilan cukup bulan : 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 pekan).

6) Kontraksi braxton –hicks

Merupakan kontraksi tak teratur rahim dan terjadi tanpa rasa nyeri di sepanjang kehamilan .Kontraksi ini membantu sirkulasi darah plasenta.

7) Vagina dan vulva

Akibat hipervaskularisasi vagina dan vulva kelihatan lebih merah atau kebiru-biruan. Warna livid pada vagina dan portio serviks disebut tanda Chadwick.

8) Serviks uteri

Serviks bertambah vaskularisasi dan menjadi lunak (soft) disebut tanda goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus, karena bertambahnya pembuluh darah dan melebar, warnanya menjadi livid, ini disebut tanda Chadwick.

9) Traktus urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Wanita HamilPage 22kepala bayi pada hamil tua terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering

kencing, desakan tersebut menyebabkan kandung kencing cepat penuh. Persediaan air seni bertambah 69-70%.

10) Berat badan ibu hamil

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar $\frac{1}{2}$ kg/minggu. Rustam Mochtar (1998) dan I.G.B. Manuaba (2010)

2. Menurut Sulistyawati (2009), perubahan psikologis pada trimester III adalah:

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
4. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
5. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
6. Merasa kehilangan perhatian
7. Perasaan mudah terluka (sensitif)
8. Libido menurun

4). Masalah Kehamilan Pada Trimester III

- a. Sering buang air kecil
- b. Hemoroid
- c. Keputihan
- d. Sembelit
- e. Nafas sesak
- f. Nyeri ligamentum rotundum
- g. Perut Kembung
- h. Pusing/sinkop
- i. Sakit punggung atas dan bawah
- j. Varises pada kaki

Sumber : (Sulistyawati, 2009)

5). Kebutuhan Kehamilan pada trimester III

a. Pantang diet saat hamil

Pada dasarnya dianjurkan makanan empat sehat lima sempurna. Karena kebutuhan akan karbohidrat, protein, lemak dan mineral yang sangatlah tinggi. Zat besi, Asam Folat dan Kalsium juga di perlukan dalam masa kehamilan. Nilai gizi dapat ditentukan dengan bertambahnya berat badan sekitar 6,5 sampai 15 kilogram selama hamil. Berat badan yang terlalu besar atau kurang perlu mendapat perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan.

b. Imunisasi

Vaksinasi dengan toksoid tetanus dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus. Vaksinasi toksoid tetanus dilakukan dua kali selama kehamilan.

c. Persiapan persalinan

Untuk mencapai keadaan optimal menjelang persalinan perlu dilakukan dua langkah penting yaitu melakukan senam hamil dan mempersiapkan keadaan payudara untuk laktasi (Manuaba, 2010:123).

d. Pekerjaan rumah tangga

Pekerjaan rutin dapat dilaksanakan. Bekerjalah sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin bertambahnya usia kehamilan (Manuaba, 2010).

6). Ante Natal Care

1. Pengertian ANC

Antenatal Care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Manuaba, 2010:110).

2. Tujuan ANC

- a. Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyakit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- b. Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
- c. Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- d. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinata (Manuaba, 2010)

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling lambat 4 kali selama kehamilan, yaitu :

- a. Satu kali pada triwulan pertama
- b. Satu kali pada triwulan kedua
- c. Dua kali pada triwulan ketiga

1. Trimester I (0-14 minggu)

- a. Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga suatu mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika diperlukan

- b. Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum menjadi bersifat mengancam jiwa
- c. Mencegah masalah, seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan
- d. Memulai persiapan persalinan dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi
- e. Mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)

2. Trimester II (14-28 minggu)

Sama seperti trimester pertama, ditambah kewaspadaan khusus mengenai tanda trias.

- a. Pantau tekanan darah
- b. Evluasi eodema
- c. Periksa urine untuk mengetahui proteinuria

3. Trimester III (28-36 minggu)

Selama seperti pada trimester pertama dan kedua ditambah palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.

- a. Setelah 36 minggu

Sama seperti trimester pertama ditambah pendeteksian dari letak bayi yang tidak optimal atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit (Saifuddin, 2006).

2.1.2 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan

melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010).

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

1. Jenis Persalinan

Menurut Sumarah (2009), klasifikasi persalinan ialah sebagai berikut:

1) Persalinan Spontan

Bila persalinan berlangsung dengan his dan tenaga ibu sendiri.

2) Persalinan Buatan

Bila persalinan berlangsung setelah dilakukan tindakan misalnya vakum, forsep, dan seksio cesaria.

3) Persalinan Anjuran

Bila persalinan berlangsung setelah pemberian rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan.

2. Teori Persaalianan

Menurut Manuaba (2010), teori-teori tentang persalinan adalah sebagai berikut:

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.

Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

2. Teori Penurunan Progesteron

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

3. Teori Oksitosin Internal

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

4. Teori Prostaglandin

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

5. Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

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

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan

1. His/ kontraksi Rahim (power)

Dimulai pada salah satu tanduk rahim, sebelah kanan atau kiri, lalu menjalar keseluruh otot rahim. Fundus uteri berkontraksi lebih dulu, lebih lama dari bagian-bagian lain. Bagian tengah berkontraksi agak

lambat dan singkat. Pada daerah serviks tetap pasif atau hanya berkontraksi sangat lemah. Sifat-sifat his yaitu lamanya, kuatnya, teraturannya, seringnya, dan relaksasinya.

2. Jalan lahir (passage)

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

3. Janin (Passenger)

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

4. Kejiwaan Ibu (Psikis)

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

bekerjasama dengan pemimpin atau penolong persalinan dan adaptasi ibu bersalin dengan nyeri persalinan (Manuaba, 2010).

5. Pertolongan Persalinan

Peran penolong persalinan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi/perasaan maupun fisik dan harus mempunyai ketrampilan serta pengetahuan tentang pertolongan persalinan yang sesuai dengan kompetensi bidan (Prawirohardjo, 2008)

4. Tanda Tanda Persalainan

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

berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu (Sumarah, 2009).

5. Tahapan Persalinan

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

1. Kala I

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

2. Kala II

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

- 1) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit, durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan karena tertekannya pleksus Frankenhauser.
- 4) Kekuatan his dan mengejan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, dan kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar.

- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan: Kepala dipegang pada os oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang, setelah kedua bahu lahir, ketika dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- 7) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3. Kala III

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

4. Kala IV

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

6. Kemajuan Persalinan

Dalam pengingisian partograf, untuk mengetahui kemajuan persalinan hal-hal yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

a. Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada pada fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus dicantumkan digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

b. Penurunan bagian terbawah janin

Berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai sebagai lambang dari penurunan kepala janin. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak putus.

c. Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai dari pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm/ jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan.

7. Asuhan Persalinan

Menurut Sumarah (2009), tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Dengan pendekatan

seperti ini, berarti bahwa upaya asuhan persalinan normal harus didukung oleh adanya alasan yang kuat dan berbagai bukti ilmiah yang dapat menunjukkan adanya manfaat apabila diaplikasikan pada setiap proses persalinan.

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

Kelima benang merah tersebut adalah :

- a. Membuat keputusan klinik
- b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
- c. Pencegahan infeksi.
- d. Pencatatan (rekam medik).
- e. Rujukan.

8. Penatalaksanaan Persalinan Normal

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

- a. Penatalaksanaan Kala I
 - 1) Menilai kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf
 - 2) Menyarankan kepada ibu untuk didampingi oleh orang yang dekat dengan ibu

- 3) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.
 - 4) Membimbing ibu untuk relaksasi
 - 5) Mempersilahkan ibu untuk memilih posisi yang aman sesuai dengan keinginan
 - 6) Menjaga privasi ibu
 - 7) Menjaga kebersihan ibu
 - 8) Mengatasi rasa ketidaknyamanan
 - 9) Memberikan makan dan minum
 - 10) Menjaga agar kandung kemih tetap kosong
 - 11) Memberikan dukungan pada ibu
- b. Penatalaksanaan Kala II
- 1) Mengenali tanda gejala kala 2 (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).
 - 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan essensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir
 - 3) Gunakan celemek
 - 4) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering
 - 5) Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melakukan pemeriksaan dalam

- 6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/ steril. Pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik)
- 7) Bersihkan vulva dan perineum dari arah depan ke belakang dengan kapas DTT
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan pada larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik dan rendam selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
- 11) Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, dan keadaan janin baik, bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya
- 12) Beritahu keluarga untuk membantu ibu menyiapkan posisi meneran
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman

- 15) Letakkan handuk bersih di atas perut ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva 5-6 cm
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
- 18) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan
- 22) Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, dan kaki. Pegang kedua mata

kaki (masukkan telunjuk diantara kakai dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

25) Lakukan penilaian terhadap bayi baru lahir

26) Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu

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

c. Penatalaksanaan Kala III

28) Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus ibu

29) Beritahu pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin

30) Suntikkan oksitosin 10 unit pada 1/3 paha atas bagian distal secara IM

31) Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat bayi sekitar 3 cm dari pusar

32) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat

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

34) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi

35) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

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

d. Penatalaksanaan Kala IV

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 43) Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu dan bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)

- 44) Lakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu dan bayi
- 45) Berikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) di paha kanan antero lateral
- 46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
- 47) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi
- 48) Evaluasi dan perkirakan jumlah darah yang keluar
- 49) Periksa nadi ibu dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama persalinan
- 50) Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik serta suhu tubuh normal
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 53) Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering

- 54) Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI, anjurkan pada keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
- 55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 56) Celupkan sarung tangan yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan secara terbalik dan rendam selama 10 menit
- 57) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering
- 58) Lengkapi partograf, periksa tanda vital, dan berikan asuhan sayang ibu

9. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

2.1.3 Definisi Nifas

Masa nifas atau disebut juga masa post partum atau puerperium adalah masa / waktu sejak bayi, lahir dan placenta keluar lepas dari rahim, sampai 6 minggu berikutnya, disertai pulihnya kembali alat-alat kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain-lain, berkaitan saat melahirkan (Suherni, 2009).

Masa nifas adalah mulai dari setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu akan tetapi seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum hamil alam waktu 3 bulan (Sarwono, 2010).

Nifas (*puerperium*) periode waktu atau masa dimana organ reproduksi kembali kepada keadaan tidak hamil, masa ini membutuhkan waktu sekitar 6 minggu (Farrer, 2011).

1. Tujuan Masa Nifas

- a. Menjaga kesehatan Ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada Ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana (Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal)

2. Tahapan Masa Nifas

1) Tahap I : taking in

- a. Periode ketegangan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan
- b. Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri
- c. Ibu mudah tersinggung, menjadi pasif terhadap lingkungan
- d. Sering menceritakan tentang pengalaman melahirkan secara berulang-ulang.

2) Tahap II : taking hold

- a. Hari ke 3-10 hari
- b. Merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab merawat bayinya
- c. Perawatan sangat sensitive, mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati
- d. Memerlukan dukungan yang lebih dari suami dan keluarga untuk menerima penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya

3) Tahap III : letting go

- a. Menerima tanggung jawab dan peran barunya menjadi Ibu 10 hari setelah melahirkan
- b. Sudah mulai menyesuaikan diri ketergantungan bayinya
- c. Mempunyai keinginan untuk merawat diri dan bayinya sendiri (Ilmu Kebidanan).

4). Post partum blues

Keadaan dimana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut baby blues. Post partum blues merupakan sebuah gangguan efek ringan pada minggu pertama setelah persalinan, penyebabnya antara lain: perubahan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan tersebut akan kembali secara perlahan-lahan setelah beradaptasi dengan peran barunya. Yang ditandai dengan gejala – gejala :

- a. Sedih dan kecewa
- b. Sering menangis

- c. Merasa gelisah dan cemas
- d. Kehilangan ketertarikan terhadap hal-hal yang menyenangkan
- e. Gangguan tidur dan gangguan nafsu makan
- f. Tidak bisa tidur (insomnia). (Saleha, 2009)

5). Depresi berat

Merupakan gangguan afeksi yang sering terjadi pada masa nifas dan tampak dalam minggu pertama pasca persalinan. (Yanti, 2011).

Adapun gejala dari depresi post partum:

- a) Perubahan mood
- b) Gangguan tidur dan pola makan
- c) Perubahan mental dan libido
- d) Pobia, ketakutan menyakiti diri sendiri atau bayinya.

3. Perubahan Perubahan yang terjadi pada Masa Nifas meliputi :

a. Sistem Reproduksi

1. Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram.

Tabel 2.1 Tinggi fundus uteri dan berat menurut masa involusi

	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gram
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan symphysis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas symphysis	350 gram

6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : (Mochtar, 1998)

2. Bekas Implantasi Plasenta

Otot-otot uterus berkontraksisegera pasca salin. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir. Bagian bekas implantasi plasenta merupakan suatu luka yang kasar dan menonjol kedalam kavum uteri, segera setelah persalinan. Penonjolan tersebut dengan diameter 7,5 cm, sering disangka sebagai suatu bagian plasenta yang tertinggal setelah 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm dan pada 6 minggu setelah mencapai 2,4 mm dan akhirnya pulih (Prawiroharjo, 2009).

3. Luka pada jalan lahir

Serviks sering mengalami perlukaan pada persalinan, demikian juga vulva, vagina dan perenium yang semuanya itu merupakan tempat masuknya kuman-kuman pathogen. Proses radang dapat terbatas pada luka-luka tersebut atau dapat menyebar diluar luka asalnya. Bilaluka tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari (Mochtar, 1998).

4. Afterpaint

Afterpain adalah rasa sakit yang mencekam (kram) pada abdomen bagian bawah, yang sering dijumpai pada hari

ke 7 hingga ke 10 postnatal. (Menurut Christian, 1996), kontraksi uterus dikatakan baik bila uterus menjadi bundar dan keras seperti batu, sebaliknya bila uterus lembek menjadi lebih tinggi dari tempatnya semula, menunjukkan bahwa kontraksi uterus kurang baik.

5. Lochea

Lochea adalah cairan yang keluar dari liang senggama pada masa nifas. Jumlah dan warnanya akan berkurang secara progresif sampai hari ke 14 dimana pada saat itu, dari vagina hanya keluar sedikit sekret yang berwarna putih atau hampir tidak berwarna (Manuaba, 1999). Lochea dapat dibagi menjadi 3 dengan warnanya yaitu:

- a. Lochea rubra berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan mekoneum berlangsung 3-4 hari pertama masa nifas. Aliran lochea cukup deras.
- b. Lochea serosa berwarna merah muda, berisi sedikit darah dan lendir serta leukosit dari bekas implantasi plasenta . Berlangsung pada hari ke 5-9 masa nifas dan pengeluaran lochea berkurang.
- c. Lochea alba berwarna putih kekuningan (krim) mengandung leukosit, lendir serviks dan jaringan nekrosis dari penyembuhan luka endometrium.

Pengeluaran lochea alba berkurang 2-3 minggu pasca salin. Pengeluaran lochea alba sangat berkurang.

6. Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim. Setelah 2 jam dapat dilalui 2-3 jari, dan setelah 7 hari terbuka 1 jari (Mochtar, 1998).

7. Endometrium

Perubahan yang terdapat pada endometrium adalah timbulnya trombosis, egenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama masa nifas, endometrium yang kira-kira 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah 3 hari permukaan endometrium mulai rata akibat lepasnya sel-sel yang mengalami degenerasi. Sebagian besar endometrium terlepas. Regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sal desidua basalis yang memakan waktu 2-3 minggu (Prawiroharjo, 2010).

8. Ligament-ligament

(Prawiroharjo, 1999) mengatakan ligament dan diaphragma pelvis yang meregang waktu melahirkan, setelah janin lahir berangsur-angsur ciut dan pulih kembali seperti

sedia kala. Tidak jarang ligament rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan uterus jatuh kebelakang.

b. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada saat melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong. Pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Rasa sakit di daerah perineum juga dapat menghalangi keinginan kebelakang, supaya BAB dapat kembali teratur cukupi kebutuhan serat dan cairan.

c. Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme fringter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi-kompresi antara kepala janin dan tulang pulus selama selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan. Setelah placenta dilahirkan, kadar hormone esterogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan cliviesis ureter akan berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

d. Sistem Muskuloskeletal

Ligament, fasia dan diagframa peluit yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi ciut

dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Sistem Endorrin

Hormone placenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HLG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 post partum dan sebagai onset pemenuh mammae pada hari ke 3 post partum.

f. Sistem kardio Vaskuler

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uterin. Penarikan kembali esterogen menyebabkan aturesis yang terjadi secara cepat mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa nifas ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskulel pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma persalinan.

g. Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit

menurun tapi darah mengental dengan peningkatan viskositas dengan meningkatkan faktor pembekuan darah leukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dan masa post partum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000 / 30.000 tanpa adanya kondisi psikologis. Jika wanita tersebut melayani persalinan lama.

h. Payudara

1. Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
2. Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-25 / hari ke-3 setelah persalinan.
3. Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulanya proses laktasi.

4. Kebutuhan Masa Nifas

- a. 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.
- b. Diet : Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, diantaranya yang mengandung protein banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

- c. Miksi : Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.
- d. Defekasi : BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan, jika masih belum bisa dilakukan klisma.
- e. Perawatan Payudara (mammas) : Perawatan mammas telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
- f. Laktasi : ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusukan bayi sangat baik untuk menjelmakan rasa kasih sayang antara Ibu dan anaknya.
- g. Senam masa nifas
Berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot abdomen rahim yang sudah menjadi longgar akibat melahirkan (Sinopsis Obstetri Jilid).

2.2 Manajemen Varney

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

penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

2.2.1. Pengumpulan Data Dasar

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

- a. Riwayat Kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

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

1. Data Subjektif

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

2. Data Objektif

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

2.2.2. Interpretasi Data Dasar

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

- a. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan (Muslihatin, 2009).

2.2.3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

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

2.2.4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

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

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

2.2.5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

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

2.2.6. Melaksanakan perencanaan

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

2.2.7. Evaluasi

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

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1 Pengkajian (Data Fokus)

a. Data Subyektif

1. Biodata : Umur, Semakin tua (>35th)/ terlalu muda (<20th) mempunyai resiko pendarahan lebih baku karena organ reproduksi

tidak mempunyai titik maksimal dalam menjalankan fungsi fisiologis.(Manuaba 2010)

2. Keluhan Utama : sering berkemih, Pigmentasi pada kulit, akne, kulit berminyak lebih nyata, adanya Spider nevi, Eritema pada telapak tangan, Nyeri ulu hati, Konstipasi (Bobak, dkk 2005).
3. Riwayat kebidanan: Kunjungan 1 atau ulang, satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III (Sulistyawati 2009).
4. Riwayat kehamilan sekarang : Pergerakan anak pertama kali pada primigravida usia 18 minggu dan multigravida 16 minggu dengan frekuensi janin 10 kali dalam 12 jam (ayu, 2011),. Penyuluahn yang sudah didapat,: Nutrisi, Imunisasi, Istirahat, Kebersihan diri, Aktifitas, Tanda-tanda bahaya kehamilan, Perawatan payudara/laktasi, Seksualitas, Persiapan persalinan. Imunisasi yang sudah di dapat : TT1 Pada kunjungan antenatal pertama,TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 dengan efektifitas 3 tahun.TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2 dengan efektifitas 5 tahun.TT4 diberikan 1 tahun setelah TT3 dengan efektifitas 10 tahun.TT5 diberikan 1 tahun setelah TT4 dengan efektifitas 25 tahun (Saifuddin, 2007).
5. Pola Kesehatan Fungsional
 - a. Pola nutrisi dan cairan : Ibu hamil memerlukan lebih banyak nutrisi dari sebelumnya untuk pertumbuhan janin, kesehatan ibu

dan persiapan laktasi. Menu baku yang dianjurkan yaitu makanan yang mengandung 4 sehat 5 sempurna (Manuaba, 1998).

- b. Pola eliminasi : berkemih lancar, tidak terasa sakit, warna urine kuning jernih, 5 kali / hari. Defekasi lancar, tidak merasa sakit, konsistensi lembek, 1 kali / hari.
- c. Pola aktivitas sehari-hari : Wanita karier yang hamil mendapat hak cuti hamil selama 3 bulan, yang dapat diambil sebulan menjelang kelahiran dan 2 bulan setelah persalinan (Manuaba, 1998).
- d. Pola istirahat dan tidur : Wanita hamil harus sering istirahat, tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Tidur siang 1 jam sehari, tidur malam 8 jam sehari (Manuaba, 1998).
- e. Pola kebersihan diri : Mandi diperlukan untuk kebersihan selama kehamilan, terutama karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Mandi berendam tidak dianjurkan. Mandi 2-3 kali / hari, gosok gigi 2 kali / hari, keramas 1 minggu 2 kali, ganti baju dan celana dalam 3-4 kali / hari
- f. Pola hubungan seksual : Coitus disarankan untuk dihentikan bila :
Sering terjadi prematur, Perdarahan vaginam, Pada minggu terakhir kehamilan, coitus harus berhati-hati, Bila ketuban sudah pecah, Orgasme pada wanita hamil tidak dapat menyebabkan kontraksi uterus partus prematurus (Mochtar, 1998).
- g. Perilaku kesehatan : Jika mungkin, hindari pemakaian obat-obatan selama kehamilan terutama dalam triwulan I, pengobatan

penyakit saat hamil selalu memperhatikan pengaruh obat terhadap pertumbuhan janin. Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mengakibatkan kelahiran dengan berat badan rendah, cacat bawaan, kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental bayi, bahkan kematian bayi (Mochtar , 1998).

6. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

Anemi : dapat menurunkan daya tahan tubuh ibu hamil sehingga ibu mudah sakit, menghambat pertumbuhan janin sehingga bayi lahir dengan berat badan rendah,persalinan prematur,kematian pada janin dalam kandungan,persalinan lama,perdarahan pasca persalinan.

TBC : dapat menyebabkan keguguran,bayi lahir belum cukup bulan,janin mati dalam kandungan. Jantung : dapat menyebabkan gangguan pada pertumbuhan janin dengan berat badan lahir rendah,pada saat peralihan bayi tidak langsung menangis,bayi dapat lahir mati.

DM : Dapat menyebabkan persalinan prematur (belum cukup bulan, kurang dari 37 minggu),hydramnion,kelainan bawaan, kelahiran berat badan bayi lebih dari 4000 gram, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan,36 minggu,kematian bayi prinal (yaitu: bayi lahir,kemudian mati pada umur kurang dari 7 hari).

HIV/AIDS : dapat terjadi gangguan pada sistem kekebalan tubuh ibu dan mudah terkena infeksi,kehamilan akan memburuk

progresifitas infeksi HIV , sebaliknya efek pada kehamilan adalah pertumbuhan intrauteri terhambat dalam berat badan janin rendah serta meningkatkan kelahiran prematur, bayi juga dapat tertular dalam kandungan atau tertular melalui air susu ibu.

Toksoplasmosis : dapat menyebabkan infeksi dalam kehamilan muda dapat menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan kelainan kongenital, hidrosefalus (kepala busung). (Poedji Rochjati 2003)

7. Riwayat psiko-social-spiritual trimester III

- a. Ambivalen (kadang-kadang respon seorang wanita terhadap kehamilan bersifat mendua).
- b. Merasa cemas dan takut.
- c. Merasa takut kehilangan (terpisah dari bayinya).
- d. Gelisah menunggu hari kelahiran anak.
- e. Mulai mempersiapkan segala sesuatu untuk calon anak.
- f. Takut kelak tidak bisa merawat bayinya.
- g. Merasa canggung, buruk dan memerlukan dukungan yang sering.
- h. Depresi ringan (mungkin terjadi), (Sulistyawati, 2009).

b. Data Obyektif

- 1) Pemeriksaan Umum : Keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis, BB : Menurut perkiraan kenaikan berat badan yang dianjurkan adalah : 4 kg pada kehamilan di TM I, 0,5 kg/minggu pada kehamilan TM II sampai TM III jadi keseluruhan total kenaikan berat badannya yaitu 15-16 kg selama kehamilan. TB ibu

> 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul. Ukuran LILA > 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk (Sulistiyawati, 2009).

- 2) Tanda vital : Suhu : Normal 37° C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi, Nadi : Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38°C menandakan infeksi, Tekanan darah : Normal kurang dari 140/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsi ringan, Pernafasan : 16 – 24 x/ menit (Christina, 1989).

3) Pemeriksaan Fisik

1. Muka : Adanya cloasma gravidarum, tidak sembab (Odema)
2. Mata : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterus, tidak bengkak pada kelopak mata
3. Mulut : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
4. Leher : Bila mengalami pembesaran kelenjar tyroid kemungkinan ibu mengalami kekurangan yodium, bila ibu berpenyakit jantung akan tampak pembendungan vena jugularis
5. Dada : Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colostrum keluar
6. Abdomen: Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, konsistensi rahim, bagian-bagian janin, letak, presentasi, Herakan janin, Linia nigra nigra, striae TFU : 2 jari bawah prosesus

xifoideus, albakonraksi rahim Braxton hicks dan his (Mochtar 1998)

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

Leopold II : Teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.

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

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

DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal dan presentasi kepala, 2 jari kanan/kiri bawah pusat.(Mochtar, 1998)

7. TFU Mc. Donald : 23 cm UK : 6 bulan, 26 cm UK : 7 bulan, 30 cm. UK : 8 bulan, 33 cm UK : 9 bulan (Sulaiman, 1983). Menghitung TFU menurut Mc Donal untuk menghitung taksiran berat janin (TBJ), caranya : jika belum masuk panggul $(TFU - 12) \times 155$, jika sudah masuk panggul $(TFU - 11) \times 155$ (Sulistyawati 2009)

8. Genetalia :Keadaan perineum condylomata,varises,pembesaran dan infeksi kelenjar bartolini

9. Ekstremitas bawah: Bila ada oedem pada kehamilan dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum/tekanan rahim yang membesar pada vena dalam panggul yang mengalirkan darah ke kaki. Reflek patella : mengetahui adanya hipovitaminosis B₁, hipertensi penyakit urat syaraf, dalam keadaan normal reflek patela.
10. :Panggul : Tinggi badan kurang dari 145 cm pada Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul dan besar kepala janin mungkin tidak proposional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi yaitu panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin/kepala tidak besar. Pada kedua kemungkinan itu bayi tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa dan membutuhkan operasi sesar. Pada ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang. Pada ibu hamil ,kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah kurang dari 2500 gram. Bahaya yang dapat terjadi persalinan tidak berjalan dengan lancar (Poedji Rochjati 2003)
- Normal panggul : Distansia spinarum : 24-26 cm, Distansia cristarum : 28-30 cm, Konjugata eksterna : 18-20 cm, Lingkar panggul, Konjugata diagonalis : 12,5, Distansia tuburum : 10,5 cm (Mochtar 1998)

11. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium : Hb, Golongan darah Protein urin, USG dan NST (Sulistyawati 2009)

2) Interpretasi data dasar

- a. Diagnosa : Hamil ke, primi/multi, tuanya kehamilan, hidup/mati, tunggal/gemeli, letak janin, intra/ekstra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu dan janin baik (Sulistyawati 2009).
- b. Masalah : sering berkemih, pigmentasi pada kulit, akne, kulit berminyak lebih nyata, adanya spider nevi, eritema pada telapak tangan, nyeri ulu hati, konstipasi, haemoroid dan cemas (Bobak 2005 dan sulistyawati 2009).
- c. Kebutuhan : Berikan dukungan mental dan spiritual kepada pasien, fasilitasi kebutuhan pasien yang berkaitan dengan penyebab cemas dengan menjadi teman sekaligus pendengar yang baik, menjadi konselor dan lakukan pendekatan yang bersifat spiritual, memberikan pendidikan kesehatan (sulistyawati 2009).

3). Antisipasi diagnose dan masalah potensial

IUGR, Eklamsi, Atoniauteri (sulistyawati 2009)

4). Identifikasi kebutuhan tindakan segera.

Segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien ,menunggu intruksi Dokter, konsultasi dengan tim kesehatan lainnya (Sulistyawati 2009)

5). Intervensi

Tentukan tujuan yang akan dilakukan meliputi saran dan target hasil yang akan dicapai

1. Kaji penyebab cemas
2. Libatkan keluarga dalam mengkaji penyebab cemas dan alternatif penanganannya
3. Berikan dukungan mental dan spiritual kepada pasien dan keluarga
4. Fasilitasi kebutuhan pasien yang berkaitan dengan penyebab cemas
5. Berikan pendidikan kesehatan : Gizi, Higiene,Istirahat dan tidur hubungan seksual (Sulistyawati 2009).

2.3.1 PERSALINAN

1. Pengkajian (Data Fokus)

1. Data Subyektif

- 1) Keluhan Utama : Keluhan utama: Keluhan yang dirasakan oleh klien yaitu sejak kapan perut terasa nyeri (mules), jarak setiap rasa sakit, lamanya rasa sakit, dan sudah mengeluarkan lendir bercampur darah, atau cairan (Manuaba, 2010).
- 2) Riwayat kehamilan sekarang : Frekuensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : 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).

3) Pola Fungsional

- a. Nutrisi : Anjurkan pada ibu hamil mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama proses kehamilan dan proses persalinan. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan, tetapi setelah memasuki fase aktif mereka hanya ingin mengkonsumsi cairan saja. Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalianan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi jadi tidak teratur dan kurang efektif.(Asuhan persalinan normal 2008)
- b. Eliminasi : sebelum bersalin anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa kosong.(.) Asuhan persalianan normal, 2008).
- c. Istirahat : Tidur miring kiri, njurkan pada ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit karena menyebabkan uterus dan isinya (Janin,cairan ketuban,plasenta,dll) dapat mengganggu kemajuan persalianan dan dapat menyebabkan hipoksia pada janin (Asuhan Persalinan Normal, 2008)

d. Aktivitas : ibu berjalan, berdiri,duduk.(Asuhan Persalinan Normal 2008)

e. Hubungan seksual : Jika dilakukan saat ini akan merangsang pembukaan, karena sperma mengandung prostaglandin sehingga menambah pembukaan serviks.

4). Riwayat psiko-sosio-spiritual

Secara psiko-psikologis ibu yang mendekati persalinan akan merasa cemas, takut, khawatir dengan keadaanya.

2. Data Obyektif :

1) Pemeriksaan Umum : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, Keadaan emosional : Kooperatif, pada tanda vital :Tekanan darah : 110/70 -130/90 mmHg, Nadi : 80-100 kali/menit, Pernafasan : 16 – 20 kali/menit, dan suhu : 36,5°C – 37,5°C. (Prawiroharjo 2006).

2). Pemeriksaan Fisik

a. Wajah : Tanpak pucat mendadak anemi, wajah odema menandakan, cloasma gravidarum akibat deposit pigmen yang berlebihan.

b. Mata Knjungtivapucat mendadak anemi, sklera ikterus mendadak hepatitis,bila merah Conjuktivitis,caries gigi menandakan kekurangan kalsium

c. Mamae : Bentuk simetris,konsistensi tegang, puting susu menonjol, hiperpigmentasi pada areola mamae kolostrum

(+)

- d. Abdomen : pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan pada perabaan perut terasa tegang (tidak selonggar pada multigravida). (Sulistyawati 2009)
- e. Genetalia : cairan darah bercampur lendir, perinium menonjol.
- f. Pemeriksaan Dalam : tidak ada nyeri tekan, VT : Ø 1 – 10 cm, eff 10- 100%, ket (+/ -) jernih, keruh, bercampur mekonium, berbau , let-kep denominator UUK kiri depan, H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi.

2. Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G...PAPIAH UK, Tunggal,Hidup,Presentasi kepala, Intrauteri,Kesan jalan lahir normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik,dengan inpartu fase laten/aktif
2. Masalah :
 - a. Cemas Menghadapi persalinan,
 - b. Nyeri akibat kontraksi , data Pendukung ; Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng – kenceng,Tampak meringis,Perut tegang pada saat kontraksi, His pada fase aktif minimal 2 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih (Asuhan Persalinan Normal, 2008).
3. Kebutuhan :Dukungan emosional, KIE teknik relaksasi,KIE proses persalinan, Dukungan psikologi. (Nining wiyati, 2009)

3. Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial

Persalinan lama, Persalinan macet

4. Identifikasi akan kebutuhan segera : Tidak ada

5 Intervensi

1. Kala I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 12 jam (Primigravida)/8 jam (Multigravida) diharapkan terjadi pembukaan lengkap dan ibu masuk kala II (Manuaba, 2010).

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, pembukaan lengkap (10 cm), effacement 100% ketuban pecah, terdapat penurunan bagian terbawah janin, his adekuat dan terdapat gejala kala II (Doran, teknus, Perjol, vulva)

Intervensi

1. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana yang akan dilakukan kepada keluarga
2. Lakukan informed consent pada ibu tentang tindakan yang akan dilakukan.
3. Tingkatkan perasaan aman dengan dukungan dan memupuk rasa kepercayaan pada diri ibu bahwa dia mampu untuk melahirkan
4. Bimbing pernafasan yang adekuat
5. Membantu posisi meneran sesuai pilihan ibu
6. Tingkatkan peran serta keluarga, menghargai anggota keluarga atau teman yang mendampingi

7. Lakukan tidakan-tindakan yang membuat nyaman seperti mengusap dahi, memijat pinggang, libatkan keluarga
8. Perhatikan pemasukan nutrisi dan cairan ibu dan memberi makanan dan minuman.
9. Jalankan prinsip pencegahan infeksi
10. Mengusahakan kandung kencing kosong dengan cara membantu dan memacu ibu mengosongkan kandung kencing secara teratur (Sumarah, 2009)
11. Bimbing ibu untuk relaksasi
12. Jaga privasi ibu
13. Lakukan persiapan persalinan
14. Nilai kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf

2. Kala II

Tujuan :Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 – 60 menit diharapkan bayi lahir spontan.

Kriteria Hasil : bayi lahir spontan, menangis dengan kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan

Intervensi

Lakukan asuhan persalinan normal langkah 1-27.

1. Mengenal tanda gejala kala 2 (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir

3. Gunakan celemek
4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melakukan pemeriksaan dalam
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/ steril. Pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik)
7. Bersihkan vulva dan perineum dari arah depan ke belakang dengan kapas DTT
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan pada larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik dan rendam selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
11. Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa pembkaan sudah lengkap, dan keadaan janin baik, bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

12. Beritahu keluarga untuk membantu ibu menyiapkan posisi meneran
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman
15. Letakkan handuk bersih di atas perut ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva 5-6 cm
16. Letakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kakai dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
25. Lakukan penilaian terhadap bayi baru lahir
26. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu
27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus ibu

3. Kala III

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

Kriteria Hasil :Plasenta lahir spontan secara scutse/ duncan , kotiledon lengkap, selaput ketuban utuh, tidak ada kelainan baik dari sisi fetal maupun maternal.

Intervensi

Lakukan Asuhan Persalinan Normal langkah 28-40.

28. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus ibu
29. Beritahu pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin

30. Suntikkan oksitosin 10 unit pada 1/3 paha atas bagian distal secara IM
31. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat bayi sekitar 3 cm dari pusar
32. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat
33. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu
34. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
35. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
36. Pastikan bahwa plasenta telah lepas dari tempat implantasinya
37. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri
38. Lakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir
39. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan

40. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

4. 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

Lakukan Asuhan Persalinan Normal langkah 41-58.

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

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

58. Lengkapi partograf, periksa tanda vital, dan berikan asuhan sayang ibu (APN, 2008)

2.1.3. Nifas

1. Pengkajian (data fokus)

1. Subyektif

a. Keluhan utama: Nyeri pada jahitan, demam, nyeri dan bengkak pada payudara., nyeri pada symphysis 3-4 hari pertama, dysuria, nyeri leher atau punggung, hemoroid, cemas. (Sulistyawati, 2009).

b. Pola Fungsional

Nutrisi : makan 3-4 kali/hari (karbohidrat protein,mineral dan vitamin), minum 3 liter sehari dengan asumsi 1 liter setiap 8 jam (Sulistyawati 2009)

Eliminasi : BAK 1-2 x (spontan tidak nyeri), BAB : BELUM BAB (Sulistyawati 2009)

Istirahat : tidur siang kira – kira 2 jam dan tidur malam 7-8 jam (Suherni, 2009).

Personal Hygine : Menyarankan ibu mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3-4 jam supaya ganti pembalut (Suherni ,2009)

Aktivitas : menyusui bayinya dan kamar mandi

2.Obyektif

1. Pemeriksaan umum :

- a. Tekanan darah : tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.
- b. Nadi : denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali/menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat.(Sulistyawati, 2009)
- c. Pernafasan : Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan
- d. Suhu : Dalam satu hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit (37°C - 30°C), sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan kehilangan cairan dan kelelahan.(Sulistyawati 2009)

2. Pemeriksaan Fisik:

- a. Wajah : pucat (anemia), tidak odem
- b. Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus, tidak ada gangguan penglihatan
- c. Mammae: Hiperpigmentasi pada areola dan puting susu menonjol, Kolostrum keluar
- d. Abdomen: TFU 2 jari bawah pusat, Kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong.

- e. Genetalia: pengeluaran lochea sesuai hari nifas, ada/tidak luka perineum, tidak ada nyeri tekan. (Sulistyawati, 2009).

2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH, 2 jam post partum Hari ke
- b. Masalah : Nyeri pada luka jahitan,krang percaya diri untuk merawat bayinya,belum tahu cara merawat bayinya
- c. Kebutuhan : HE Tentang nyeri luka jahitan dan KIE cara merawat bayi

3. Identifikasi Diagnosa dan Diagnosa Potensial :Tidak ada

4. Identifikasi Akan Kebutuhan Segera:Tidak ada

4. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

1). Kunjungan 1 (6-8 jam)

- a. Mencegah perdarahan pada masa nifas karena persalinan atoniauteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan apabila perdarahan berlanjut
- c. Memberi konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu
- e. Mengajari cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia

1. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
 1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidaka ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
 2. Menilai adanya tanda-tanda demam,infeksi,atau kelainan pasca melahirkan
 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat
 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
 5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi,cara merawat tali pusat dan bagaimana manjaga bayi agar tetap sehat.(Suherni, 2009)