

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi Kehamilan

Adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum, (Varney Midwifery Edisi 4 Vol.1, 2007).

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

Adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan, (Manuaba, 1998).

2) Perubahan Fisiologi Kehamilan

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan menurut Prawirohardjo (2009) adalah:

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan.

Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi oleh hormone estrogen dan

sedikit oleh progesterone. Hal ini dapat dilihat dengan perubahan uterus pada Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini pertama kali diperkenalkan oleh *Braxton Hicks* pada tahun 1872 sehingga disebut dengan kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi ini muncul tiba-tiba dan sporadic, intensitasnya bervariasi antara 5 sampai 25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah reseptor oksitosin dan *gap junction* diantara sel-sel miometrium. Pada saat ini kontraksi akan terjadi setiap 10 sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan kontraksi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu.

b. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Berbeda dengan korpus, serviks hanya memiliki 10-15 % otot polos. Jaringan ikat ekstra selular serviks terutama kolagen tipe 1 dan 3 dan sedikit tipe 4 pada membrana basalis. Diantara molekul-molekul kolagen itu, berkatalasi glikosaminoglikan dan proteoglikan, terutama dermatan sulfat, asam hialuronat dan heparin sulfat juga ditemukan fibronektin dan elastin diantara serabut kolagen. Rasio tertinggi elastin terhadap

kolagen terdapat di ostium interna. Baik elastin maupun otot polos semakin menurun jumlahnya mulai dari ostium interna ke ostium eksterna. Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Bersifat seperti katup yang bertanggung jawab menjaga janin didalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama persalinan. Serviks didominasi jaringan ikat fibrosa. Komposisinya berupa jaringan matriks ekstra seluler terutama mengandung kolagen dengan elastin dan proteoglikan dan bagian sel yang mengandung otot dan fibroblast, epitel, serta pembuluh darah. Rasio relatif jaringan ikat terhadap otot tidak sama sepanjang serviks yang semakin distal rasio ini semakin besar. Pada perempuan yang tidak hamil berkas kolagen pada serviks terbungkus rapat dan tidak beraturan. Selama kehamilan, kolagen secara aktif disintesis dan secara terus menerus diremodel oleh kolagenase, yang disekresi oleh sel-sel serviks dan neutrofil. Kolagen didegradasi oleh kolagenase intraselular yang menyingkirkan struktur prokolagen yang tidak sempurna untuk mencegah pembentukan kolagen yang lemah, dan kolagenase ekstra selular yang secara lambat akan melemahkan matriks kolagen agar persalinan dapat berlangsung. Pada akhir trimester pertama kehamilan, berkas kolagen menjadi kurang kuat terbungkus. Hal ini menjadi akibat penurunan konsentrasi kolagen secara keseluruhan. Dengan sel-sel otot polos dan jaringan elastis, serabut kolagen bersatu dengan arah parallel terhadap sesamanya sehingga serviks menjadi lunak

disbanding kondisi tidak hamil, tetapi tetap mampu mempertahankan kehamilan. Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari kontraksi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi) dan ter-remodel menjadi serat. Disperse meningkat oleh peningkatan rasio dekorin terhadap kolagen karena serabut terdispersi, konsentrasi air meningkat seperti juga halnya asam hialuronat dan glikosaminoglikan. Asam hialuronat disekresikan oleh fibroblas dan memiliki afinitas yang tinggi terhadap molekul air. Penurunan konsentrasi kolagen lebih lanjut ini secara klinis terbukti dengan melunaknya serviks. Beberapa perubahan ini beberapa perubahan ini berhubungan dengan disperse kolagen yang terjadi lebih awal pada kehamilan yang mengakibatkan keadaan patologis seperti serviks inkompeten. Proses *remodeling* sangat kompleks dan melibatkan proses kaskade biokimia, interaksi antara komponen seluler dan matriks ekstraseluler, serta infiltrasi stroma serviks oleh sel-sel inflamasi seperti neutrofil dan makrofag. Proses *remodelling* ini berfungsi agar uterus dapat mempertahankan kehamilan sampai aterm kemudian proses desrtuksi serviks yang membuatnya berdilatasi memfasilitasi persalinan. Proses perbaikan terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang. Waktu yang tidak tepat bagi perubahan kompleks ini akan mengakibatkan persalinan preterm, penundaan persalinan menjadi *postterm* dan bahkan persalinan spontan.

c. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang relative minimal. Relaksi, suatu hormone protein yang mempunyai hormon struktur mirip dengan insulin dan *insulin like growth factor 1 & 2*, disekresikan oleh korpus luteum, desidua, plasenta, dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses *remodeling* jaringan ikat pada saluran reproduksi yang kemudian akan mengakomodasikan kehamilan dan keberhasilan persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh, tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur biokimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplikasi pada kehamilan preterm.

d. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot diperineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwicks. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrovi dari sel-sel otot polos. Dinding vagina mempunyai mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan

hipertofisa otot polos. Perubahan ini megakibatkan bertambah banyaknya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertofi dengan gambaran seprti paku sepatu. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3, 5 -6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *lactobasillus acidopillus*.

2. Perubahan metabolik

Sebagian penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya, payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12, 5 kg. Pada trimester ke2 dan ke3 perempuan dengan gizi baik dianjurkan untuk menambah BB perminggu 0, 4 kg, gizi kurang 0, 5 kg, gizi lebih 0, 3 kg. Perubahan metabolisme dalam tubuh terutama Metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trimester ketiga. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar ½ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil adalah Kalsium 1, 5 gram setiap hari, 30 sampai 40 gram untuk pembentukan tulang janin. Fosfor, rata-rata 2 gram dalam sehari. Zat besi,

800 mg atau 30 sampai 50 mg sehari. Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

3. Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mamma dan alat-alat yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi sebanyak kira-kira 30%. Eritropoesis dalam kehamilan juga meningkat untuk memenuhi keperluan transpor zat asam yang dibutuhkan sekali dalam kehamilan. Meskipun ada peningkatan dalam volume eritrosit secara keseluruhan, tetapi penambahan volume plasma jauh lebih besar, sehingga konsentrasi hemoglobin dalam darah menjadi lebih rendah.

4. Sistem respire

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat kira-kira 20%, seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam.

5. Traktus digestivus

Karena pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan :pengeluaran air liur berlebihan (hipersalivasi), daerah lambung terasa panas, terjadi mual dan sakit/pusing kepala terutama pagi hari, yang disebut morning sicknes, muntah yang terjadi disebut emesis gravidarum, muntah berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari, disebut hiperemesis gravidarum, progesteron menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi.

6. Traktus urinariu

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering kencing. Filtrasi pada glomerulus bertambah sekitar 69-70%. Pada kehamilan ureter membesar untuk dapat menampung banyaknya pembentukan urine, terutama pada ureter kanan karena peristaltik ureter terhambat karena pengaruh progesteron.

7. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenaldengan nama *strie gravidarum*. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau merupakan sikatrik dan striae sebelumnya.

Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea*

nigra. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan.

3) Perubahan Psikologi pada ibu hamil

Pada trimester III, perubahan yang terjadi meliputi perasaan aneh, sembronno, dan merefleksikan pengalaman masa lalu (Saminem, 2009).

4) Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil dan Cara Pemecahannya

1. Pola nutrisi

Kegunaannya :

Untuk mempertahankan kesehatan ibu, untuk pertumbuhan janin, supaya luka persalinan cepat sembuh dan sebagai cadangan masa laktasi

	TIDAK HAMIL	HAMIL
Kalori	2500	2500
Protein (gr)	60	85
Calsium (gr)	0,8	1,5
Ferrum (mg)	12	15
Vitamin A (IU)	5000	6000
Vitamin B (mg)	1,5	1, 8
Vitamin C (mg)	70	100
Ribovlafin (mg)	2,2	2,5
Nicolin (mg)	15	18
Vitamin D (SI)	+	400-800

Cara pemenuhan :

Makanan dapat bervariasi dan beraneka ragam maksudnya supaya kekurangan menu hari ini dapat diimbangi oleh menu berikutnya. Juga harus memperhatikan cara pengolahan makanan karena dapat mengurangi nilai makanan.

2. Pola kebersihan diri

- a. Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi karena badan yang kotor banyak mengandung kuman. Pemeliharaan buah dada yang penting, puting susu harus dibersihkan kalau terbasahi oleh kolostrum. Mandi dilakukan minimal dua kali sehari, puting susu yang masuk diusahakan keluar dengan pemijatan keluar setiap kali mandi. Kebersihan badan terutama buah dada, puting susu, alat kelamin.
- b. Pakaian yang mudah menyerap keringat, longgar, selalu bersih
- c. Sepatu yang pendek
- d. Kebersihan gigi
- e. Kebersihan lingkungan

Agar kesehatan ibu tetap terpelihara dan pertumbuhan janin berlangsung dengan baik, maka hygiene kehamilan perlu mendapat perhatian terutama kebersihan jalan lahir.

3. Pola.Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik karena istirahat dan tidur yang teratur dapat mengakibatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin.Wanita hamil harus sering istirahat, tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan, kebutuhan istirahat tidur untuk wanita hamil \pm 7-8 jam perhari.Tempat hiburan yang terlalu ramai, sesak dan panas lebih baik dihindari karena dapat menyebabkan jatuh pingsan.

4. Pola hubungan seksual

Pada kehamilan coitus harus hati-hati dan minggu terakhir kehamilan, coitus juga harus hati-hati. Bila ketuban sudah pecah coitus di larang. Dikatakan bahwa pengaruh sperma pada hamil tua dapat menyebabkan kontraksi uterus sehingga terjadi partus prematurus.

Hamil bukan merupakan halangan berhubungan sex, namun hubungan sex disarankan untuk dihentikan apabila :

- a. Terdapat tanda-tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai nyeri/panas
- b. Terjadi perdarahan saat hubungan sex
- c. Terdapat pengeluaran cairan/air yang mendadak
- d. Hentikan pada yang sering mengalami abortus, persalinan sebelum waktunya, IUFD pada 2 minggu menjelang persalinan.

5. Pola emosional

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

5) Tanda Bahaya Kehamilan

1. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan

akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa.

2. Preeklampsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diaosiasikan dengan preeklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelum kehamilan) dengan preeklamsia.

3. Nyeri hebat di daerah abdominal pelvikum

Bila hal tersebut terjadi pada saat kehamilan trimester kedua atau ketiga maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik yang disertai perdarahan maupun tersembunyi.

4. Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai

Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan, menggigil atau demam, ketuban pecah dini atau sebelum waktunya, uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya, (Sulistyawati, 2010).

6) Pengertian Antenatal (ANC)

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2009).

7) Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Bila kehamilan termasuk resiko tinggi perhatikan dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3 dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama usia kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu. Selama melakukan kunjungan untuk asuhan antenatal, para ibu hamil akan mendapatkan serangkaian pelayanan yang terkait dengan upaya memastikan ada tidaknya kehamilan dan penelusuran berbagai kemungkinan adanya penyulit atau gangguan kesehatan selama kehamilan yang mungkin dapat mengganggu kualitas dan luaran kehamilan. Identifikasi kehamilan diperoleh melalui pengenalan perubahan anatomic dan fisiologik kehamilan seperti yang telah diuraikan sebelumnya. Bila diperlukan, dapat lakukan uji hormonal kehamilan dengan menggunakan berbagai metode yang tersedia (Prawirohardjo, 2009).

8) Standar Pelayanan Antenatal Care

Pelayanan atau asuhan standar minimal adalah 7 T yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid) lengkap, pemberian Tablet zat besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular Seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan, (Saifuddin, 2007).

1. Timbang Berat Badan

Peningkatan berat badan ibu hamil normal sama dengan 25% dari berat badan sebelum hamil. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6, 5 sampai 16, 5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0, 5kg/minggu (Manuaba, 2010).

2. Mengukur Tekanan Darah

Tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai preeklamsi.

3. Ukur Tinggi Fundus Uteri

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc.Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT. Ukuran Fundus Uteri sesuai usia kehamilan.

Tabel 2.1 Ukuran Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Kehamilan sesuai minggu	Jarak dari symfisis
22-28 minggu	24-25 cm
28 minggu	26, 7 cm
30 minggu	29, 5-30 cm
32 minggu	39, 5-30 cm
34 minggu	31 cm
36 minggu	32 cm
38 minggu	33 cm
40 minggu	37, 7 cm

(Mochtar, 1998)

4. Pemberian Imunisasi (Tetanus Toksoid)

Manfaat imunisasi TT ibu hamil:

- a. Melindungi bayinya yang baru lahir dari tetanus neonatorum (BKKBN, 2005). Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh *Clostridium tetani*, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang system saraf pusat (Saifuddin dkk., 2001)
- b. Melindungi ibu terhadap kemungkinan tetanus apabila terluka (Depkes RI, 2000). Kedua manfaat tersebut adalah cara untuk mencapai salah satu tujuan dari program imunisasi secara nasional yaitu eliminasi tetanus maternal dan tetanus neonatorum (Depkes, 2004)

Jumlah dan dosis pemberian imunisasi TT untuk ibu hamil :
Imunisasi TT untuk ibu hamil diberikan 2 kali (BKKBN, 2005; Saifuddin dkk., 2001), dengan dosis 0,5 cc di injeksikan intramuskuler/sukutan dalam (Depkes RI, 2000).

Umur kehamilan mendapat imunisasi TT : Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap (BKKBN, 2005). TT1 dapat diberikan sejak di ketahui positif hamil dimana biasanya di berikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan (Depkes RI, 2006).

Jarak pemberian imunisasi TT1 dengan TT2 adalah minimal 4 minggu (Saifuddin dkk., 2001; Depkes RI, 2000).

5. Pemberian Tablet Zat Besi

Untuk pemberian vitamin zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin serasa rasa mual telah hilang. Tiap

tablet mengandung FeSO₄ mg (zat besi 60 mg) dan Asam Folat 500 mcg. Minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersama the atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan (Saifuddin, 2007).

6. Pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan dilakukan pada Bumil datang pertama kali diambil specimen darah vena kurang lebih 2 cc. apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

7. Temu Wicara dalam Rangka Persiapan Rujukan

Persiapan rujukan perlu disiapkan karena kematian ibu dan bayi disebabkan keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan (Saifuddin, 2007).

9) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah:

Tabel. 2.2 Pemeriksaan Panggul

Ukurannya	Definisi	Keterangan
Distansia spinarum	Jarak antara kedua spina anterior superior kanan atau kiri	Sekitar 24-26 cm
Distansia kristarum	Jarak terpanjang antara kedua krista iliaka kanan dan kiri	a. Antara 28-30 cm b. Kurang 2-3 cm dari ukuran normal kemungkinan panggul patologis
Distansia obliqua eksterna	a. Jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior sinistra b. Jarak spina iliaka anterior superior dekstra dan spina iliaka interior superior sinistra	a. Merupakan ukuran silang b. Untuk menentukan apakah panggul simetris atau tidak
Konyugata eksterna (Boudiloque)	Jarak antara bagian atas simfisis dengan spina L5	Sekitar 18-20 cm

Distansia tuberum	Jarak tuber isciadika kanan dan kiri	a. Jarak sekitar 10, 5 cm b. Jarak kurang dari normal, akan menunjukkan sudut simfisis kurang dari 90 derajat
-------------------	--------------------------------------	--

(Manuaba, 2007)

10) Ketidaknyamanan pada Trimester III

1. Keputihan disebabkan karena hyperplasia mukosa vagina dan peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen.

Cara mengatasinya: Meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam yang terbuat dari kain katun dan menghindari pencucian vagina dan mencuci vagina dengan sabun dari arah depan ke belakang.

2. Sering buang air kecil disebabkan karena tekanan uterus pada kandung kemih, Nuctoria akibat sekresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air, air dan sodium tertahan di bawah tungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena.

Cara mengatasinya: Kosongkan saat ada dorongan ingin kencing, perbanyak minum di siang hari, jangan kurangi minum di malam hari untuk mengurangi nuctoria, kecuali jika nuctoria mengganggu tidur dan menyebabkan keletihan, batasi minum bahan diuretika alamiah seperti kopi, teh, cola dengan caffeine.

3. Hemoroid disebabkan karena konstipasi, tekanan yang meningkat dari uterus gravid terhadap vena hemoroida, dukungan yang tidak memadai pada vena hemoroid diarea annorektal, kurangnya klep dalam pembuluh

ini yang berakibat pada perubahan secara langsung pada perubahan secara langsung pada aliran darah, dan statis, gravitas, tekanan vena yang meningkat dalam vena, pembesaran vena-vena hemoroid.

Cara mengatasinya: Menghindari konstipasi dengan makan makanan berserat, gunakan kompres es, kompres hangat atau sit bath, dengan perlahan masukkan kembali ke dalam rectum jika perlu dan hindari BAB sambil jongkok.

4. Konstipasi disebabkan karena peningkatan kadar progesterone yang menyebabkan peristaltic usus jadi lambat, penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot halus, penyerapan air dari colon meningkat, tekanan dari uterus yang membesar pada usus, suplemen zat besi dan kurang senam.

Cara mengatasinya: Tingkatkan intake cairan intake di dalam diit, makan buah-buahan atau jus, minum cairan dingin atau panas, istirahat cukup, senam, membiasakan buang air secara teratur dan BAB segera setelah ada dorongan.

5. Sesak nafas disebabkan karena peningkatan kadar progesterone berpengaruh secara langsung pada pusat pernapasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta meningkatkan kadar O₂, meningkatkan aktivitas metabolic, meningkatkan CO₂, hiperventilasi yang ringan ini adalah SOB dan uterus membesar menekan pada diafragma.

Cara mengatasinya: Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi, secara periodic berdiri dan merentangkan lengan di atas kepala serta

menarik nafas panjang, mendorong postur tubuh yang baik melakukan pernafasan intercostals, latihan nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal ditinggikan, makan tidak terlalu banyak, konsul ke dokter bila ada asma.

6. Nyeri ligamentum rotundum disebabkan karena hipertropi dan peregangan ligamentum selama kehamilan dan tekanan dari uterus pada ligamentum.

Cara mengatasinya : Tekuk lutut kearah abdomen, mandi air hangat, gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika diagnose lain tidak melarang, topang uterus dengan bantal bawahnya dan sebuah bantal diantara lutut waktu berbaring miring.

7. Pusing disebabkan karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis, pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai mengurangi aliran balik vena dan menurunkan output cardiac serta tekanan darah dengan tegangan othostatis yang meningkat, sakit kepala yang hebat pada triwulan terakhir dapat merupakan gejala preeklamsia berat.

Cara mengatasinya : Bangun secara perlahan dari posisi istirahat, hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat atau sesak, hindari berbaring dalam posisi terlentang, konsultasi/ periksa untuk rasa sakit yang terus menerus.

8. Varices pada kaki sebabkan karena kongesti vena dalam vena bagian bawah yang meningkat sejalan dengan kehamilan karena tekanan dari uterus yang hamil, kerapuhan elastic yang diakibatkan oleh estrogen, kecenderungan bawaan keluarga dan bisa disebabkan karena factor usia dan lama berdiri.

Cara mengatasinya : tinggikan kaki sewaktu berbaring atau duduk, berbaring dengan posisi ditinggikan 90° beberapa kali sehari, jaga agar kaki jangan bersilangan, hindari berdiri atau duduk terlalu lama, ikut senam dan hindari pakaian dan korset yang ketat, jaga postur tubuh yang baik (Kusmiyati dkk., 2008).

11) Score Pobjdi Rohyati

- a. Primi para muda umur kurang dari 16 tahun
- b. Primi tua umur diatas 35 tahun
- c. Primi skunder dengan umur anak terkecil diatas 5 tahun
- d. Tinggi badan kurang dari 145 cm
- e. Riwayat kehamilan yang buruk:
 - 1) Pernah keguguran
 - 2) Pernah persalinan premature
 - 3) Lahir mati
 - 4) Riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forceps, operasi S.C)
 - 5) Pre-Eklampsi-Eklampsi
 - 6) Gravida serotinus
 - 7) Kehamilan perdarahan antepartum
 - 8) Kehamilan dengan kelainan letak.
- f. Kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan

2.1.2 Persalinan

1) Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Manuaba, dkk., 2010)

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Sedangkan persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (JNPK-KR/POGI, 2008).

2) Tujuan Asuhan Persalinan

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

3) Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

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 (JNPK-KR/POGI, 2008). Kelima aspek ini akan berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala I sampai kala IV termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Kelima benang merah tersebut adalah :

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- c. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi atau dihadapi.
- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk solusi masalah
- e. Merencanakan asuhan atau intervensi.
- f. Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih.
- g. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

(JNPK- KR/POGI, 2008).

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu, (JNPK-KR/POGI, 2008).

3. Penjegahan Infeksi

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

- a. Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme.
- b. Menurunkan resiko penularan penyakit menularan jiwa seperti Hepatitis dan HIV/AIDS (JNPK-KR/POGI, 2008).

4. Pencatatan (rekam medik)

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

5. Rujukan

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan sering kali disingkat BAKSOKU meliputi Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan dan Uang (JNPK-KR/POGI, 2008).

4) Teori-Teori Penyebab Proses Persalinan

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu, setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Contohnya pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

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 progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin, akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

3. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis part posterior, perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah

sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks, dengan menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai.

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga konsepsi dikeluarkan, prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

5. Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula supraenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus (Linggih 1973). Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan, dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-hipofisis dengan mulainya persalinan, glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan (Manuaba dkk., 2010).

5) Tanda dan Gejala Persalinan

1. Penipisan dan pembukaan serviks.
2. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
3. Cairan lendir bercampur darah ("*show*") melalui vagina.

(JNPK-KR/POGI, 2008).

6) Fisiologi 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 :

a. Fase laten pada kala 1 persalinan:

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

(JNPK-KR/POGI, 2008)

b. Fase aktif pada kala satu persalinan:

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat 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 primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)
- c) Terjadi penurunan bagain terbawah janin.

(JNPK-KR/POGI, 2008).

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 subfase, yaitu :

- a. Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4.
- b. Periode dilatasi maksimal(steady) yaitu selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c. Periode deselerasi berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap (Mochtar, 1998).

Fase-fase yang dikemukakan tersebut dijumpai pada primigravida.

Bedanya dengan multigravida ialah:

Primi : Serviks mendatar (*effacement*) dulu baru dilatasi dan berlangsung 13- 14 jam.

Multi : Mendatar dan membuka bisa bersamaan dan berlangsung 6-7 jam.

2. 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)

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat dan tahan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti ingin buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedan yang terpimpin, akan lahirlah

kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi ;1½-2 jam, pada multi 1/2-1 jam (Mochtar, 1998).

a. 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)

b. Mekanisme persalinan normal

a) Turunnya kepala

Turunnya kepala dapat dibagi dalam masuknya kepala dalam pintu atas panggul dan majunya kepala. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primi gravid sudah terjadi bulan terakhir dari kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan fleksi yang ringan. Kalau sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari pintu atas panggul, maka masuknya kepala tentu lebih sukar, karena menempati ukuran yang

terkecil dari pintu atas panggul. Kalau sutura sagittalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir, ialah tepat diantara symphysis dan promotorium, maka dikatakan kepala dalam “synclitismus”.

Majunya primigravida pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaliknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan, majunya kepala ini bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain ialah: fleksi, putaran paksi-dalam, dan ekstensi dan yang menyebabkan majunya kepala adalah: tekanan cairan intrauterine, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan mengejan dan melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk rahim. (Sulaiman, 1983).

b) Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang masih kecil melalui jalan lahir : diameter suboccipito frontalis (11 cm), fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, cervix, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini ialah terajinya fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.(Sulaiman, 1983)

c) Putaran paksi dalam

Pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai ke Hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai dasar panggul. Sebab-sebab putaran paksi dalam adalah : pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala, bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitilis antara levator ani kiri dan kanan dan ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior. (Sulaiman, 1983).

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. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satunya disebabkan tahanan dasarvpanggul yang menolaknya ke atas. Resultantnya ialah kekuatan kearah depan atas. Setelah suboccipito trtahan pada pinggir bawah symphysis maka yang berhadapan dengan subociput, mala lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan extensi. (Sulaiman, 1983).

e) Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sefihak. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu (diameter bisacromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul (Sulaiman, 1983).

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. (Sulaiman, 1983).

3. Kala III

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

a. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat, setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas perut (seringkali mengarah ke sisi kanan)
- b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld).
- c) Adanya semburan darah memdadak dan singkat. 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).

b. 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.

c. 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) Stassman

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

d. Manajemen aktif kala III

1) Pemberian suntikan oksitosin

- 2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- 3) Masase fundus uteri. (JNPK-KR/POGI, 2008)

4. Kala IV

Kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (JNPK-KR/POGI, 2008).

Kala empat adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartu (Mochtar, 1998).

a. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

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

Perdarahan di anggap masih normal jika jumlah darah 250cc, biasanya 100-300 cc. bila perdarahan lebih dari 500 ccini sudah dianggap abnormal (Mochtar, 1998).

7) Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

Faktor-faktor penting dalam persalinan adalah *power* (His/Kontraksi otot rahim, kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, keregangan dan kontraksi ligamentum rotundum), *Pasanger* (janin dan plasenta), *Passege* (jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang). (Manuaba dkk., 2010).

1. His/ kontraksi rahim (power)

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

2. Jalan lahir (passage)

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

3. Janin (*Passenger*)

Faktor janin berperan juga dalam persalinan, hal ini meliputi letak janin di dalam uterus, bisa letak sungsang, letak lintang, letak kepala, dengan presentasi 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 dukngan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi/perasaan maupn fisik dan harus mempunyai ketrampilan serta pengetahuan tentang pertolongan persalinan yang sesuai dengan kompetensi bidan (Prawirohardjo, 2008).

8) Penatalaksanaan Persalinan

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 denga 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 II (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 pembkkaan 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. Beritahu pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin.
 29. Suntikkan oksitosin 10 unit pada 1/3 paha atas bagian distal secara IM.
 30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat bayi sekitar 3 cm dari pusar.
 31. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

32. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Pastikan bahwa plasenta telah lepas dari tempat implantasinya.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri.
37. Lakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir.
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras).
40. 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 selam 10 menit.
57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering.
58. Lengkapi partograf, periksa tanda vital, dan berikan asuhan sayang ibu.

2.1.3 Nifas/Puerperium

1) Definisi Nifas

Masa Nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai hingga alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini, yaitu 6-8 minggu.(Bahiyatun, 2009)

Masa nifas adalah dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu berikutnya.(JHPEIGO, 2002).

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

2) Periode Masa Nifas

1. Puerperium dini

Yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.

2. Puerperium intermedial

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital.

3. *Remote* Puerperium

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun. (Bahiyatun, 2009).

3) Tujuan Asuhan Masa Nifas

1. Memulihkan kesehatan umum penderita

- a. Menyediakan makanan sesuai kebutuhan
- b. Mengatasi anemia
- c. Mencegah infeksi dengan memperhatikan dan sterilisasi
- d. Mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot untuk memperlancar peredaran darah.

2. Mempertahankan kesehatan psikologis

3. Mencegah infeksi dan komplikasi

4. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI)

5. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.

(Bahiyatun, 2009).

4) Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Paling sedikit empat kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi. (Bahiyatun, 2009).

5) Tahapan Masa Nifas

1. 6-8 jam setelah persalinan
 - a. Mencegah perdarahan masa nifas akibat Atonia uteri
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan rujuk jika perdarahan berlanjut
 - c. Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.
 - d. Pemberian ASI
 - e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermi.
 - g. Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan bayi selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.
2. 6 hari setelah persalinan
 - a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - b. Menilai adanya demam.
 - c. Memastikan agar ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, istirahat.

- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda penyulit.
 - e. Memberi konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan perawatan bayi sehari-hari
3. 2 Minggu setelah persalinan
 - a. Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
 4. 6 Minggu setelah Persalinan
 - a. Mengkaji tentang kemungkinan penyulit pada ibu.
 - b. Memberi konseling keluarga berencana (KB) secara dini.

6) Perubahan Pada Masa Nifas

1. Sistem Reproduksi

a. Perubahan uterus

Terjadi kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar. Hal ini menyebabkan *iskemia* pada loksi perlekatan plasenta (*plasenta site*) sehingga jaringan perlekatan antara plasenta dan dinding uterus, mengalami nekrosis dan lepas. Uterus akan mengalami pengecilan (involusi) secara berangsur-angsur sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Mengenai tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi sebagai berikut :

Tabel 2.3 Masa Involusi, Tinggi Fundus Uteri, Berat Uterus

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

(Manuaba, 2010)

Segera setelah persalinan bekas *implantasi* plasenta berupa luka kasar dan menonjol kedalam *cavum uteri*. Penonjolan tersebut diameternya kira-kira 7, 5 cm. Sesudah 2 minggu diameternya berkurang menjadi 3, 5 cm. Pada minggu keenam mengecil lagi sampai 2, 4 cm dan akhirnya akan pulih kembali. Disamping itu, dari *cavum uteri* keluar cairan sekret disebut *lochea*. Ada beberapa jenis *lochea*, yakni :

- 1) Lochia rubra (Cruenta) : ini berisi darah segar dan sisa- sisa selaput ketuban, sel-sel desidua (*decidua*, yakni selaput lendir rahim dalam keadaan hamil, *vernix caseosa* (yakni palit bayi, zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel-sel epitel, yang menyelimuti kuit janin), *lanugo* (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir), dan meconium (yakni isi usus janin cukup bulan yang terdiri atas getah kelenjar usus dan air ketuban, berwarna hijau kehitaman), selama hari pasca persalinan.
- 2) Lochia sanguinolenta : warnanya merah kuning berisi darah dan lendir, ini terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan,
- 3) Lochia serosa : berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7 -14 pasca persalinan
- 4) Lochia alba : cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.
- 5) Lochia parulenta : ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- 6) Lochiaotosis : lochia tidak lancar keluaranya (suherni, 2009)

b. Perubahan vagina dan perineum

1) Vagina

Pada minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul *rugae* (lipatan-lipatan atau kerutan-kerutan).

2) Perlukaan vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Mungkin ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi sebagai akibat ekstraksi dengan cunam, terlebih apabila kepala janin harus diputar. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan spekulum.

3) Perubahan pada perineum

Terjadi robekan perineum pada hampir semua persalinan dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, *sudut arcus* pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggl bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada *sirkumferensia suboksipito bregmatika* (suherni, 2008).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Sering terjadi kontipasi pada ibu setelah melahirkan. Hal ini umumnya disebabkan karena makanan padat dan kurangnya berserat selama persalinan. Disamping itu, rasa takut untuk buang air besar, sehubungan dengan jahitan pada perineum jangan sampai lepas dan juga takut akan

rasa nyeri. Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari setelah persalinan. (Suherni, 2008).

3. Perubahan Perkemihan

Saluran kencing normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu, tergantung pada:

- a. Keadaan atau status sebelum persalinan
- b. Lamanya partus kala 2 dilalui
- c. Besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan

(Suherni, 2008)

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal atau Diatesis Rectie Abdominis

a. Diatesis

Setiap masa nifas memiliki derajat *diatesis/konsitusi* (yakni keadaan tubuh yang membuat jaringan-jaringan tubuh bereaksi secara luar biasa terhadap rangsangan-rangsangan luar tertentu, sehingga membuat orang itu lebih peka terhadap penyakit-penyakit tertentu).

b. Abdominalis dan peritoneum

Akibat peritonium berkontraksi dan berretraksi pasca persalinan dan juga beberapa hari setelah itu, peritonium yang membugkus sebagian besar dari uterus, membentuk lipatan-lipatan dan kerutan-kerutan. Pasca persalinan dinding perut menjadi longgra, disebabkan karena teregang begitu lama. Namun demikian umumnya disebabkan karena teregang begitu lama. Namun demikian umumnya akan pulih dalam waktu 6 minggu (Suherni, 2009).

5. Perubahan Tanda-Tanda Vital pada Masa Nifas

a. Suhu badan

- a) Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit antara $37, 2^{\circ}\text{C}$ – $37, 5^{\circ}\text{C}$ kemungkinan disebabkan karena ikutan dari aktivitas payudara.
- b) Bila kenaikan mencapai 38°C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas (Suherni, 2009).

b. Denyut Nadi

- a) Denyut nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60 X/ menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama post partum.
- b) pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira-kira 110 X/menit. Bisa juga terjadi gejala shock karena infeksi, khususnya bila disertai peningkatan suhu badan (Suherni, 2009).

c. Tekanan Darah

- a) Tekanan darah $< 140/90$ mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1 -3 hari post partum.
- b) Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan post partum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas. Namun hal seperti itu jarang terjadi (Suherni, 2009).

d. Respirasi

- a) Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat.
- b) Bila ada respirasi cepat postpartum ($> 30x/$ menit), mungkin karena adanya ikutan tanda-tanda syok (Suherni, 2009).

7) Perubahan Psikologis

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

1. Fase taking in

Adalah periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Petugas kesehatan dapat menganjurkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moral dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua hal yang disampaikan agar ibu dapat melewati fase ini dengan lancar :

- a. Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misalnya jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lain-lain.
- b. Ketidaknyaman sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misal rasa mules karena rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

d. Suami dan keluarga yang mengkritik ibu tentang cara , merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut hanya tanggung jawab ibu semata (Suherni, 2009)

2. Fase Taking Hold

Adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri pada ibu.(suherni, 2009)

3. Fase Letting Go

Yaitu periode menerima tanggung jawab, akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri denganketergantungan bayinya, ibu memahami bahwa bayi butuh disusui (Suherni, 2009).

8) 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 di perbolehkan pulang.
2. Diet : Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, diantaranya yang mengandung protein banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan

3. Miksi : Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.
4. Defekasi : BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan, jika masih belum bisa dilakukan klisma.
5. Perawatan Payudara (mammas) : Perawatan mammas telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
6. Laktasi : ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusukan bayi sangat baik untuk menjelmakan rasa kasih sayang antara Ibu dan anaknya
7. Cuti hamil dan bersalin : Menurut undang-undang, bagi wanita pekerja berhak mengambil cuti hamil dan bersalin selama 3 bulan, yaitu 1 bulan sebelum bersalin ditambah 2 bulan setelah persalinan.
8. Pemeriksaan pasca persalinan : Di Indonesia, ada kebiasaan atau kepercayaan bahwa wanita bersalin tidak boleh keluar rumah setelah habis nifas yaitu 40 hari. Bagi wanita dengan persalinan normal hal ini baik dilakukan pemeriksaan kembali 6 minggu setelah persalinan. Namun bagi wanita dengan persalinan luar biasa harus kembali untuk kontrol seminggu kemudian (Mochtar, 1998).

9) Tanda-Tanda Bahaya Nifas

1. Perdarahan Per Vaginam

Perdarahan pervaginam bisa disebabkan karena Atonia uteri, Robekan jalan lahir, Retensio plasenta, Tertinggalnya sisa plasenta, dan Inversio uteri.

2. Infeksi Masa nifas

Infeksi masa nifas mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat alat genital pada waktu persalinan dan nifas. Menurut Jhon Committee on Maternal Welfare (Amerika Serikat), definisi *morbidity puerperium* adalah kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama *post partum*, dengan mengecualikan hari pertama. Suhu harus diukur dari mulut setidaknya 4 hari sehari.

3. Sakit kepala, Nyeri Epigastrik, dan Pengelihatn Kabur
4. Pembengkakan di wajah atau ekstermitas
5. Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih
6. Payudara Berubah Menjadi Merah, Panas, dan Sakit
7. Kehilangan Nafsu Makan untuk Jangka Waktu yang Lama
8. Rasa Sakit, Merah, dan Pembengkakan Kaki
9. Merasa Sedih atau tidak Mampu merawat Bayi dan Diri Sendiri.

(Sulistyawati, 2009).

2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam pemberian asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Dep.KesRI, 2005).

2.2.1 Pinsip Manajemen Kebidanan Menurut ANCM (1999)

Proses manajemen kebidanan, berdasarkan standart yang dikeluarkan oleh *American Collage of Nurse Midwife*, adalah sebagai berikut :

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbarui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif tentang kondisi kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnose berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan akan layanan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan layanan kesehatan bersama klien.
4. Memberikan informasi dan dukungan sehingga klien dapat mengambil keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi perencanaan, dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi, serta merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen untuk komplikasi tertentu, situasi darurat, dan jika ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien tentang pencapaian layanan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.2.2 Proses Manajemen Menurut Hellen Varney (1997)

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode pengorganisasian pemikiran dan tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan, baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang

diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar layanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

1. Pengumpulan data dasar

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

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

Pada tahap ini, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dari berbagai sumber. Bidan mengumpulad data dasar awal yang lengkap tentang kondisi klien. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, bidan akan melakukan konsultasi melalui upaya manajemen kolaborasi. Pada kondisa tertentu, langkah pertama dapat tumpang tindih dengan langkah ke-5 dan ke-6 (atau menjadi bagian langkah tersebut) karena data yang dipergunakan di ambil dari hasil pemeriksaan diagnostic yang lain. Terkadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah ke-4 untuk memperoleh data dasar yang perlu disampaikan kepada dokter.

2. Interpretasi data dasar

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien secara tepat berdasarkan data yang akurat. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukann masalah atau diagnosis yang spesifik. Kata masalah dan diagnose sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan layaknya diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah sering kali berkaitan dengan pengalaman eanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan arahan. Masalah ini sering kali menyertai diagnosis. Sebagai contpoh, diperoleh diagnosis kemungkinan wanita hamil, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosis ini adalah wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita yang trimester ketiga merasa takut menghadapi proses persalinan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standart” tetapi tentu akan menghadirkan masalah yang memerlukan pengkajian lebih lanjut dan perencanaan untuk mengurangi rasa takut tersebut.

3. Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis. Potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi, atau bila memungkinkan upaya pencegahan, sambil mengamati kondisi klien. Bidan

diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Langkah ini sangat penting dalam memberikan asuhan yang aman bagi klien. Mari kita lihat contoh kasus seorang wanita yang mengalami memuaian uterus yang berlebihan. Bidan mempertimbangkan kemungkinan penyebab memuaian yang berlebihan, ibu tersebut (mis., polihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan atau kehamilan kembar). Kemudian, bidan harus melakukan langkah antisipasi dan membuat perencanaan mengantisipasi kondisi tersebut dan bersiap-siap terhadap kemungkinan perdarahan pascapartum tiba-tiba akibat atonia uteri yang disebabkan memuaian uterus yang berlebihan. Pada kasus persalinan dengan bobot bayi besar, bidan sebaiknya melakukan antisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan distosia bahu dan perlunya tindakan resusitasi.

Bidan sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kemih yang menyebabkan tingginya resiko kelahiran premature atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium, dan segera member pengobatan jika infeksi saluran kemih terjadi.

4. Mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi perlu/tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun oleh dokter, dan atau kondisi yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen

kebidanan. Dengan kata lain manajemen bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan pranatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan. Misalnya pada waktu persalinan.

5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada tahap ini, bidan merencanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan menurut langkah-langkah sebelumnya. Tahap ini merupakan kelanjutan manajemen diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya, dan bidan dapat segera melengkapi informasi/data yang tidak lengkap.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah terkait, 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 yang berkaitan dengan kondisi sosial-ekonomi, budaya, atau psikologis.

6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam upaya kolaborasi bersama dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan

rencana asuhan bersama tersebut. Manajemen yang efisien akan menghemat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan.

7. Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini, bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosis yang telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif apabila memang telah dilaksanakan secara efektif. Bisa saja sebagian dari rencana tersebut telah efektif, sedangkan sebagian lagi belum. mengingat manajemen asuhan kebidanan merupakan suatu kontinum, 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 memengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. proses manajemen tersebut berlangsung didalam tatanan klinis, dan kedua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinik. Oleh sebab itu tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi hanya dalam bentuk tulisan saja. (Saminem, 2010 : 44).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Kehamilan, Persalinan, dan Nifas

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian (data fokus)

1. Data Subyektif

a. Biodata

Umur : 16-35 tahun (Score puji rohyati)

Keluhan Utama : Ketidaknyamanan ibu trimester III yaitu Keputihan, Sering buang air kecil, Hemoroid, Konstipasi, Sesak nafas, Nyeri ligamentum rotundum, Pusing, Varices pada kaki.

b. Riwayat Kebidanan

Selama kehamilan kunjungan ibu hamil minimal 4 kali yaitu Satu kali pada triwulan I, Satu kali pada Triwulan II , Dua kali dalam triwulan III.

c. Riwayat Obstetri yang lalu

a) Jumlah kehamilan : grandemulti akan menyebabkan kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan.

b) Riwayat persalinan : Primi tua sekunder akan menyebabkan persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan.

d. Riwayat Kehamilan sekarang

a) Pada usia kehamilan trismester III seharusnya telah dilakukan penimbangan berat badan ibu dengan hasil TM III 5, 5 kg, pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, mendapatkan imunisasi TT 2 kali, mendapatkan tablet zat besi

sebanyak 90 tablet, dilakukan tes PMS, dan temu wicara dalam rangka rujukan.

b) Frekwensi pergerakan : 10 kali dalam 12 jam.

e. 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.

f. Pola Kesehatan Fungsional

a) Pola nutrisi dan cairan

Kalori yang dibutuhkan 2500 kkal, didapatkan dari karbohidrat, lemak, dan protein. sekitar 0,5 gr/kg atau sebutir telur ayam sehari. Dan banyak minum 1,5-2 liter/hari.

b) Pola eliminasi

Sering kembung, konstipasi serta Kencing lebih sering (polinuria).

c) Pola aktivitas sehari-hari

Ibu hamil Boleh bekerja seperti biasa, cukup istirahat dan makan teratur, jangan berpergian terlalu lama dan melelahkan.

d) Pola istirahat dan tidur

Ibu harus istirahat selama 8 jam.

e) Pola Seksual

Seksual tidak boleh dilakukan pada hamil tua karena dapat menyebabkan kontraksi uterus- partus prematurus.

g. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita

TBC, DM, HIV, Toksoplasmosis.

h. Riwayat psiko-sosio-spiritual

Periode menunggu, cemas, dan waspada , Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum : Baik

2) Kesadaran : Composmentis

3) Keadaan Emosional : Kooperatif

4) Tanda-tanda vital : Tekanan darah :110/70-130/90 mmHg,

Nadi : 80-100 kali/menit, Pernafasan : 16-20 Kali / menit, Suhu :

36, 50C-37, 50C.

5) Antropometri

a) BB : Kenaikkan BB trimester:1 Kg

Kenaikkan BB trimester II:5 Kg

Kenaikkan BB trimester III:5, 5 Kg

b) TB : > 145, Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik.

c) Ukuran LILA : Standart minimal untuk ukuran Lingkar Lengan

Atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23, 5 cm,

bila kurang maka status gizi buruk.

6) Taksiran Persalinan

Rumus Naegle : Haid Terakhir +7=hari; bulan-3=...bulan;
tahun+1= ...tahun.

7) Usia kehamilan

Tabel 2.4 Usia Kehamilan menurut trimester III

Tinggi Fundus	Usia Kehamilan
28 minggu	3 jari atas pusat
32 minggu	Pertengahan px-pusat
36 minggu	3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan antara px-pusat

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Wajah : Wajah pucat (Anemia), Wajah odema(bahaya kehamilan), tidak ada cloasma gravidarum.
- 2) Mata : conjungtiva pucat(Anemia), sklera kuning(Hepatitis), bila merah conjugtivitis, kelopak mata bengkak kemungkinan ada preeklamsi.
- 3) Leher : adanya pembengkakan kelenjar tiroid(kreatinisme).
- 4) Mulut & gigi : mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, gingivitis.
- 5) Mamae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- 6) Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi, linia nigra, stria alba, trdapat braxton hisk, TFU 2 jari bawah prosesus xifoideus, Konvergen/divergen, Primi \geq 36 minggu sudah enggamen.

- 7) TFU Mc. Donald :
- | | |
|--------------|-------|
| UK 30 minggu | 30 cm |
| UK 32 minggu | 30 cm |
| UK 34 minggu | 31 cm |
| UK 36 minggu | 32 cm |
| UK 38 minggu | 33 cm |
| UK 40 minggu | 37 cm |
- 8) TBJ/EFW : > 2.500 gram – 3.500 gram.
- 9) DJJ normal 120-160x/menit dan teratur.
- 10) Ekstermitas : Rentang geraknya normal, turgor normal, acral hangat, tidak terdapat oedema (Saminem).

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Panggul

- a) Distansia Spinarum : (24-26 cm)
- b) Distansia Cristarum : (28-30 cm)
- c) Conjugata Eksterna : (18-20 cm)
- d) Lingkar Panggul : (80-90 cm)

2) Pemeriksaan penunjang

- a) kadar Hb normal lebih dari 11 gr %
- b) albumin urine negative
- c) reduksi urine negative

3) Pemeriksaan Lain

USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi janin bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya.

2) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G PAPIAH, UK, hidup, tunggal, letak janin, intrauterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Masalah : Keputihan, Sering buang air, Hemoroid, Konstipasi, Sesak nafas, Nyeri ligamentum rotundum, Pusing, Varices pada kaki.
3. Kebutuhan : Pola personal hygiene, Pola nutrisi dan cairan, Pola aktivitas, Pola istirahat.

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada.

5) Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu mengerti tentang penjelasan yang disampaikan bidan

Kriteria Hasil : K/U ibu dan janin baik, Ibu mengerti dan mampu melakukan He yang diberikan, Tidak terjadi komplikasi.

Intervensi :

- a) Berikan konseling mengenai peningkatan bahan makanan yang mengandung protein, zat besi, minuman cukup cairan (menu seimbang)
- b) Jelaskan pada ibu mengenai ketidaknyamanan normal yang dialaminya.
- c) Ajarkan pada ibu mengenai pemberian ASI termasuk didalamnya menjelaskan cara perawatan payudara terutama bagi ibu yang mempunyai puting susu yang rata/ masuk kedalam dilakukan dua kali sehari selama 5 menit, latihan olahraga ringan, istirahat dan pertumbuhan janin.

- d) Diskusikan rencana persiapan kelahiran/ kegawatdaruratan
- e) Ajari ibu mengenai tanda bahaya pastikan ibu memahami apa yang dilakukan jika menemukan tanda bahaya.
- f) Petujuk dini untuk mencegah keterlambatan dalam mengambil keputusan dan upaya rujukan saat terjadi komplikasi. Nasihat ibu hamil, suaminya, ibu, atau anggota keluarga lainnya untuk mengidentifikasi sumber transportasi, serta menyisihkan cukup dana untuk menutupi biaya perawatan kegawatdaruratan.
- g) Jadwalkan kunjungan ulang berikutnya (Dewi. 2011).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian (data fokus)

- 1. Data Subyektif
 - a. Umur : 16-35 tahun (Score puji rohyati).
 - b. Keluhan Utama : Rasa sakit oleh adanya his yang dapat lebih kuat, sering dan teratur. (3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih), His adekuat, Keluar lendir dan bercampur darah (blood show).
 - c. Pola Fungsional
 - a) Nutrisi : Menjelang persalinan ibu diperbolehkan makan dan minum sebagai asupan nutrisi yang dipergunakan nanti untuk kekuatan mengejan.
 - b) Eliminasi : BAB sebelum persalinan kala II, rectum yang penuh akan menyebabkan ibu merasa tidak nyaman dan kepala tidak masuk ke dalam PAP. Pastikan ibu mengosongkan kandung kemih,

paling tidak 2 jam. Ibu bila inpartu dan ketuban sudah pecah, anjurkan untuk tidak miring ke kanan supaya tidak terjadi penekanan pada vena cava inferior.

- c) Persanal hygiene : Menggunakan baju yang bersih, kering dan nyaman selama persalinan.
- d) Aktivitas : Ibu yang sedang dalam proses persalinan mendapatkan posisi yang paling nyaman, ia dapat berjalan, duduk, jongkok, berlutut atau berbaring, berjalan duduk dan jongkok akan membantu proses penurunan kepala janin, anjurkan ibu untuk terus bergerak, anjurkan ibu untuk tidak tidur terlentang.

d. Riwayat Psiko-sosio-spiritual

a) Psikologi

Kelahiran seorang bayi akan mempengaruhi kondisi emosional (seluruh keluarga, jadi usahakan agar suami/ anggota keluarga lain diikutkan dalam proses persalinan ini, usahakan agar mereka melihat, mendengar dan membantu jika dapat). Dan secara psikologis ibu yang mendekati persalinan merasa takut, cemas, khawatir dengan keadaannya.

b) Sosial budaya

Kebiasaan-kebiasaan yang merugikan saat persalinan seperti minum jamu, mengikat perut bagian atas dengan tali, mengurangi rambut, membuka semua pintu yang ada, (Mochtar, 1998).

e. Riwayat Penyakit Sistemik yang Pernah Diderita

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

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Tanda-Tanda Vital : Suhu, Nadi, Tekanan darah, Pernafasan

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Wajah : Wajah tampak pucat (anemi), cloasma gravidarum akibat deposit pigmen yang berlebihan.
- 2) Mata : Conjunctiva pucat (anemia), sclera kuning (hepatitis), kelopak mata bengkak kemungkinan preeklamsi.
- 3) Mammae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- 4) Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi, kepala sudah masuk (Convergen) His teratur (lebih dari 2 dalam 10 menit) adekuat (terjadi 3x dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) atau tidak, DJJ (120-160x/menit)
- 5) Genitalia : blood show, lendir.
- 6) Pemerisaan dalam : servik lunak, mendatar, pembukaan servik Ø 1-10 cm, effecement 25-100 %, ketuban utuh/pecah, presentasi

kepala, Hodge I – IV, denominator, ada Moulase/tidak, teraba bagian kecil dan terencil janin atau tidak.

2) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G PAPIAH, UK, hidup, tunggal, letak janin, intrauterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin dengan inpartu kala I fase laten/aktif.
2. Masalah : Cemas dan Nyeri
3. Kebutuhan : - Mengajari ibu tehnik relaksasi
 - Asuhan sayang ibu
 - KIE penyebab masalah

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada.

5) Intervensi

1. Kala I

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama 13-14 jam pada primi dan 6-7 jam pada multi, diharapkan terjadi pembukaan lengkap, (Mochtar, 1998).

Kriteria hasil : Ada tanda dan gejala kala II, Pembukaan 10 cm, effacement 100%.

1. Intervensi :

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

- 2) Lakukan informed consent pada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- 4) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- 5) Beri asuhan sayang ibu
 - a) Berikan dukungan emosional.
 - b) Atur posisi ibu.
 - c) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
 - d) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.
 - e) Lakukan pencegahan infeksi.
- 6) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.
- 7) Observasi DJJ setiap 30 menit.
- 8) Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yakni dengan menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.
- 9) Nilai kemajuan persalinan dengan partograf
- 10) Persiapan Rujukan.

2. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam (Primi), 1 jam (multi) diharapkan bayi lahir spontan.

Kriteria Hasil : Ibu dapat meneran, Bayi lahir spontan, Tangis bayi kuat, kulit kemerahan.

1. Mengenali tanda gejala kala II (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka)
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan essential 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 pembkkaan 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.

3. Kala III

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan \pm 30 menit, diharapkan plasenta lahir lengkap secara spontan.

Kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap, Tidak ada perdarahan, Kontraksi uterus baik, Kandung kemih kosong.

28. Beritahu pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin
29. Suntikkan oksitosin 10 unit pada 1/3 paha atas bagian distal secara IM
30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat bayi sekitar 3 cm dari pusar
31. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat

32. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Pastikan bahwa plasenta telah lepas dari tempat implantasinya
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri
37. Lakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh

4. Kala IV

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

Kriteria hasil : TTV normal, TFU normal, UC baik.

Bayi : BB \geq 2500-4000 gram, PB \geq 48-52 cm.

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

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

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian (data fokus)

1. Data Subyektif

- a. Umur : 16-35 tahun (Score puji rohyati)
- b. .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.
- c. Pola Kebiasaan Sehari-hari
 - a) Mobilisasi : Mobilisasi setelah bersalin , harus istirahat dengan tidur terlentang Selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring – miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli, hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 diperbolehkan pulang.
 - b) Diet : Nutrisi Tidak dianjurkan untuk tawar. Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori dan tahun kedua 400 kalori. 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
 - c) 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, diit cairan, obat-obat analgesic dan perineum yang sakit.

- d) Kebersihan diri : Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali sehari. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali membersihkan daerah kemaluan. Jika mempunyai luka episiotomi, hindari untuk menyentuh daerah luka.
- e) Perawatan Payudara (mammas) : Perawatan mammas telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
- f) Istirahat : Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti,
- g) Aktifitas : melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga, dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.
- h) Seksual : Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai

masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

i) Riwayat psio-sosio-spiritual

Adanya respon positif dari ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayi.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum : Baik

b) Kesadaran : Composmentis

c) Tanda vital : Suhu :Normal 37, 2°-37, 5°C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi, Nadi :Normal sekitar 60 x/menit, bila lebih dari 110 x/menit bisa juga terjadi gejala syok karena infeksi, Tekanan darah : Normal kurang dari 140/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsi ringan.

d) Pernafasan : 16 – 24 x/ menit.

3. Pemeriksaan Fisik

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

b. Mamae : bersih, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar.

- c. Abdomen : UC keras dan baik, TFU sesuai hari nifas.
Uri lahir 2 jari bawah pusat, 1 minggu Pertengahan pusat symphysis, 2 minggu Tidak teraba atas symphysis, 6 minggu Bertambah kecil, 8 minggu Sebesar normal
- d. Genetalia : pengeluaran lochea sesuai hari nifas, ada/tidak luka perineum, tidak ada nyeri tekan.
- e. Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan

2) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : Postpartum 2 jam/ 6 hari / 2 minggu / 6 minggu.
2. Masalah : nyeri pada jahitan, demam, nyeri dan bengkak pada payudara., nyeri pada symphysis 3-4 hari pertama, dysuria, nyeri leher atau punggung, hemoroid, cemas.
3. Kebutuhan : KIE perawatan luka jahitan, KIE perawatan payudara dan laktasi, KIE kebutuhan nutrisi, Dukungan emosional

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

- a. Haemorrhagic Post Partum.
- b. Infeksi.
- c. Depresi Postpartum.

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada.

5) Intervensi

Post Partum 6-8 jam

1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

2. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
3. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
4. Pemberian asi awal.
5. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Post partum 6 hari – 2 minggu

1. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau.
2. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan)
3. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.
4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
5. Memberikan konsling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.

Post partum 6 minggu

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