

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi Kehamilan

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

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

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

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

2) Fisiologi kehamilan

Proses kehamilan terdiri dari ovulasi yaitu proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan perkembangan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Prawirohardjo, 2007).

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

Hasil konsepsi akan menanamkan dirinya dalam endometrium (nidasi). Ketika blastula mencapai rongga rahim, endometrium berada dalam masa sekresi sehingga blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi (Prawirohardjo, 2007).

Apabila nidasi telah terjadi, maka dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Kemudian blastula akan berkembang menjadi janin. Untuk mencukupi kebutuhan janin maka dibentuklah plasenta. Plasenta terbentuk lengkap pada kehamilan kurang lebih 16 minggu, dan berfungsi untuk memberikan makanan pada janin. Respirasi janin, untuk tempat sekresi bagi janin, dan tempat pembentukan hormon dan juga tempat menyalurkan segala kebutuhan janin (Varney, 2006).

Didalam rahim janin juga diproteksi oleh air ketuban, volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc, air ketuban berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa amis (Varney, 2006).

Masa kehamilan yang normal diakhiri dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan dari jalan lahir dan bayi tersebut kuat untuk hidup diluar kandungan (Varney, 2006).

3) Perubahan Fisiologi Kehamilan

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

(1) Sistem Reproduksi

a. Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama di bawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus, di samping itu serabut-serabut kolagen yang ada pun menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Berat uterus normal lebih kurang 30 gram, pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus ini menjadi 1000 gram, dengan panjang lebih kurang 20 cm dan dinding lebih kurang 2,5 cm.

Pada awal kehamilan terjadi penebalan sel otot-otot uterus, yang dipengaruhi oleh posisi plasenta, dimana bagian uterus yang mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar

lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga menyebabkan uterus tidak rata disebut tanda Piskacek. Pada minggu-minggu pertama istmus uteri mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertropi istmus pada triwulan pertama membuat istmus menjadi panjang dan lebih lunak. Hal ini dikenal sebagai tanda Hegar.

b. Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Serviks banyak mengandung jaringan ikat, jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak, warna menjadi biru, membesar (oedema) pembuluh darah meningkat, lendir menutupi ostium uteri (kanalis cervikalis) serviks menjadi lebih mengkilap.

c. Vagina dan vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut Chadwick warna portio pun tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar, hal ini karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia meningkat.

d. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya korpus luteum graviditatum yang masih ada sampai terbentuknya plasenta pada

kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditatum berdiameter kira-kira 3 cm. Korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat-laun fungsi ini diambil alih oleh plasenta. Diperkirakan korpus luteum adalah tempat sintesis dari relaxin dalam awal kehamilan. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm.

e. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukuran dan vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama kolostrum dapat keluar. Meskipun dapat dikeluarkan air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormon. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun, peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan meningkatkan produksi air susu, areola akan membesar dan kehitaman, kelenjar *montgomery* membesar dan cenderung menonjol keluar.

(2) Perubahan metabolic

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.

Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar $\frac{1}{2}$ 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 respirasi

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 sickness, 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 urinarius

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 terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh peningkatan melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mamma. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea grisera. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut striae livide.

(8) Tulang dan gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen melunak, juga terjadi sedikit pelebaran pada tulang persendian. Apabila kebutuhan kalsium janin kurang dari pemberian makanan, maka kekurangan itu akan diambil dari kalsium pada tulang-tulang ibu. Oleh sebab itu pemberian tambahan kalsium pada ibu yang hamil sangat penting untuk mencegah pengeroposan tulang (Mochtar, 2010).

4) Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

(1) Status gizi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang cukup sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar bisa memenuhi kebutuhan atau nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya,

sekaligus bagi persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman. Selama proses kehamilan, bayi sangat membutuhkan zat-zat penting yang hanya dapat dipenuhi dari ibu. Pemenuhan gizi seimbang selama hamil akan meningkatkan kesehatan bayi dan ibu, terutama dalam menghadapi masa nifas sebagai modal awal untuk menyusui (Asrinah, 2010)

(2) Gaya hidup

Selain pola makan, yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang, ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang perempuan hamil, misalnya kebiasaan begadang, berpergian jauh dengan kendaraan bermotor dan lain-lain.

a. Substance abuse

Beberapa jenis obat-obatan bisa menghambat terjadinya kehamilan atau membahayakan bayi dalam kandungan. Jika ibu minum obat secara teratur, misalnya untuk mengatasi epilepsy atau diabetes, mintalah nasihat dokter saat memutuskan untuk hamil. Aspirin dan sulfanilamide cukup aman pada awal kehamilan, namun banyak yang belum diketahui mengenai efek jangka panjang pada janin.

b. Perokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam

tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan perokok berat kita harus waspada akan resiko keguguran, kelahiran premature, BBLR, bahkan kematian janin.

(Asrinah, 2010)

(3) Faktor psikologis

a. Stresor internal

Meliputi faktor-faktor pemicu stress ibu hamil yang berasal dari ibu sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat mempengaruhi perkembangan bayi, yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir. Anak akan tumbuh dengan kepribadian yang kurang baik, tergantung pada kondisi stress yang dialami oleh ibunya.

b. Stresor eksternal

Pemicu stress yang berasal dari luar bentuknya sangat bervariasi. Misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan dan masih banyak kasus lain.

c. Dukungan keluarga

Pada setiap tahap usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Ibu harus melakukan adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi, di mana sumber stress terbesar terjadi karena sedang melakukan adaptasi terhadap kondisi tertentu. Dalam menjalani proses ini, ibu hamil

sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga, dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

d. Substance abuse

Kekerasan yang dialami oleh ibu hamil di masa kecil akan sangat membekas dan sangat mempengaruhi kepribadiannya. Ini perlu diperhatikan karena pada klien yang mengalami riwayat ini, tenaga kesehatan harus lebih maksimal dalam menempatkan diri sebagai teman atau pendamping yang bisa dijadikan tempat bersandar bagi klien dalam masalah kesehatan, Klien dengan riwayat ini biasanya tumbuh dengan kepribadian yang tertutup.

e. Partner abuse

Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap perempuan adalah perempuan yang telah bersuami. Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai kekerasan yang terjadi akan membahayakan ibu dan bayinya. Efek psikologis yang muncul adalah gangguan rasa nyaman ibu. Sewaktu-waktu ibu akan mengalami perasaan terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin.

(Asrinah, 2010)

(4) Faktor lingkungan, social, budaya, ekonomi.

a. Kebiasaan adat istiadat

Ada beberapa kebiasaan adat istiadat yang merugikan kesehatan ibu hamil. Tenaga kesehatan haru mampu menyikapi hal

ini secara bijaksana, jangan sampai menyinggung kearifan local yang sudah berlaku di daerah tersebut. Penyampaian mengenai pengaruh adat bisa melalui berbagai cara, misalnya melalui media massa, pendekatan tokoh masyarakat dan penyuluhan yang menggunakan media efektif. Namun, tenaga kesehatan juga tidak boleh mengesampingkan adanya kebiasaan yang sebenarnya menguntungkan bagi kesehatan.

b. Fasilitas kesehatan

Adanya fasilitas kesehatan yang memadai akan sangat menentukan kualitas pelayanan kepada ibu hamil. Deteksi dini terhadap kemungkinan adanya penyulit akan lebih cepat diambil. Fasilitas kesehatan sangat menentukan atau berpengaruh terhadap upaya penurunan angka kematian ibu (AKI).

c. Ekonomi

Tingkat social ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat social ekonomi yang baik, otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi juga akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas. Selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir. Ibu akan lebih fokus untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya sebagai seorang ibu. Sementara pada ibu hamil

dengan kondisi ekonomi yang lemah, ia akan mendapatkan banyak kesulitan, terutama mengenai pemenuhan kebutuhan primer.

(Asrinah, 2010)

5) Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya

Kebutuhan fisik ibu hamil trimester III :

(1) Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan, CO₂ menurun dan O₂ meningkat, O₂ meningkat, akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan akan menyebabkan hiperventilasi dimana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

(2) Nutrisi

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeclampsia. Total pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam,

keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

d. Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

e. Asam folat

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

f. Air

Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel, darah, getah bening, dan cairan vital tubuh lainnya. Air menjaga

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

(Asrinah, 2010)

(3) Personal hygiene (Kebersihan pribadi)

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme, sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi..

(4) Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakain ibu hamil :

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

(5) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi

terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut kosong dapat merangsang gerak peristaltic usus. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan saat ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Asrinah, 2010).

(6) Seksual

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

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur.
- b. Perdarahan per vaginam.
- c. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.

d. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri.

(7) Mobilisasi, bodi mekanik

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur malam. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini, dibutuhkan sikap tubuh yang baik (Asrinah, 2010).

(8) Exercise / senam hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak member I manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu member dorongn serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancer dan mudah (Asrinah, 2010).

(9) Istirahat / tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat

yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

(10) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus lebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Ibu hamil yang belum dapat imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4). Selama kehamilan, bila ibu berstatus T0, hendaknya ia mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 2 minggu, dan bila memungkinkan, untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapat suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3, dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu / 1 bulan). Bagi ibu hamil dengan status T2, bisa diberikan satu kali suntikan bila interval suntikan

sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4-pun dapat diberikan sekali suntikan (TT5) bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5, tidak perlu disuntik TT lagi karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun). Walau tidak hamil, bila perempuan usia subur belum mencapai status, diharapkan mendapat dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi perempuan untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus *long life card* (LLC) (Asrinah, 2010).

Tabel 2.1 : Jadwal Imunisasi TT

Status	Jenis suntikan TT	Interval waktu	Lama perlindungan	Presentasi perlindungan
T0	Belum pernah mendapat suntikan TT			
T1	TT1		3 tahun	80
T2	TT2	4 minggu dari TT1	5 tahun	95
T3	TT3	6 bulan dari TT2	10 tahun	99
T4	TT4	Minimal 1 tahun dari TT3		99
T5	TT5	3 tahun dari TT4	Seumur hidup	

(Sumber : Asrinah, 2010)

(11) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut :

a. Biaya

Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin (tabulin), atau menabung di bank.

b. Penentuan tempat serta penolong persalinan

c. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.

d. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.

e. Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain).

f. Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama). Persiapan persalinan yang tidak kalah pentingnya adalah transportasi, misalnya jarak tempuh dari rumah dan tujuan membutuhkan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan.

(Asrinah, 2010)

(12) Ketidaknyaman dan cara mengatasinya

Tabel 2.2 : Ketidaknyamanan pada ibu hamil

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil (trimester I dan III)	a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya b. Perbanyak minum saat siang hari c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia. d. Batasi minum kopi, teh, soda
2.	Keputihan (terjadi pada trimester I, II, III)	a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap
3.	Mengidam (trimester I)	a. Tidak perlu ikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan b. Jelaskan tentang bahaya makanan yang tidak bisa diterim, mencakup gizi yang diperlukan serta memuaskan rasa mengidam atau kesukaan menurut kultur.
4.	Napas sesak (trimester II dan III)	a. Jelaskan penyebab fisiologinya. b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. c. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
5.	Mual dan muntah (trimester I)	a. Hindari bau atau faktor penyebabnya. b. Makan biscuit kering atau roti sesaat sebelum bangun dari tempat tidur di pagi hari. c. Makan sedikit tapi sering. d. Hindari makanan yang berminyak dan berbau. e. Istirahat sesuai kebutuhan.
6.	Sakit punggung atas dan bawah (trimester II dan III)	a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

(Sumber : Asrinah, 2010)

(13) Kunjungan ulang

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan berjalan normal, jumlah kunjungan cukup 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III. Tindakan ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Selain itu, upaya memberdayakan ibu hamil dan keluarganya tentang proses kehamilan dan masalahnya melalui penyuluhan atau konseling bisa berjalan efektif apabila tersedia cukup waktu untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang diperlukan (Asrinah, 2010).

(14) Tanda bahaya kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan atau keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyakit penyerta sebaiknya juga dikenali sejak dini sehingga bisa dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan berat, baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya.

a. Perdarahan

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

b. Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum

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

c. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan kemungkinan masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan hanya beristirahat. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklamsia.

d. Masalah Penglihatan

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

e. Bengkak pada Muka dan tangan

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

f. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai bisa merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu bahkan mampu merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan

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

(Asrinah, 2010)

6) Asuhan Antenatal (Antenatal Care)

a. Definisi

Asuhan Antenatal adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada Ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan (pada beberapa kepustakaan disebut Prenatal Care) (Karsono, 1999).

b. Pelayanan Antenatal

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

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

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

(Saifuddin, 2007).

c. Tujuan Asuhan Antenatal

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

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial Ibu dan Bayi.
3. Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembendaharaan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu mempunyai bayi dengan trauma seminimal mungkin
5. Mempersiapkan Ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Asuhan antenatal dimulai sedini mungkin. Pada setiap kali kunjungan antenatal, perlu didapatkan informasi yang lengkap, agar dapat di peroleh diagnosa yang mungkin terjadi dan untuk mengurangi angka kematian Ibu dan bayi.

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

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

d. Penilaian Klinik

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

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

2.1.2 Persalinan

1) Definisi Persalinan

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

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

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

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 (Wiknjosastro, 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 :

a. Membuat keputusan klinik

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

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

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

(Wiknjosastro, 2008).

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

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

c. Pencegahan infeksi

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

1. Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme.

2. Menurunkan resiko penularan penyakit mengancam jiwa seperti Hepatitis dan HIV/AIDS (Wiknjosastro, 2008).

d. Pencatatan (rekam medik)

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

e. Rujukan

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

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

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

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan atau bayi dan mengapa ibu dan atau

bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan atau bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.

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

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

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

U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup mem beli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain

yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

4) Sebab-sebab Persalinan

Penyebab terjadinya persalinan merupakan teori-teori yang kompleks antara lain ditemukan faktor hormonal, 1 – 2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun. Struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh prostaglandin, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi (Prawirohardjo, 2007).

(1) Teori Keregangan

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

(2) Teori penurunan progesterone

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

(3) Teori Oksitosin internal

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi

baraxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

(4) Teori Prostaglandin

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

(5) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Superarenalis

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

(6) Teori Berkurangnya Nutrisi

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

(7) Faktor lain

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

5) Tanda-Tanda Persalinan

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

Tanda- tanda mulainya persalinan dalam referensi Prawirohardjo (2007) adalah : Setling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu panggul terutama primigravida, pada multipara tidak begitu kentara. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun. Perasaan sering-sering atau susah kencing (polikisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut “false labor pains”. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show). Terjadinya his permulaan (palsu), pada saat hamil mudah sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi ini dapat dikemukakan dengan keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi Braxton Hieks terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesteron dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Sifat his permulaan (palsu): rasa nyeri ringan di bagian bawah, datang tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda, durasinya pendek, tidak bertambah beraktivitas.

Tanda dan gejala inpartu dalam literature (Wiknjosastro2008) adalah: Penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (Frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina.

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

(1) Kala I Persalinan

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

a. Fase Laten persalinan.

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

b. Fase Aktif persalinan

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selam 40 detik atau lebih).

- b) Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Wiknjosastro, 2008).

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu :

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

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

(2) Kala II Persalinan (Pengeluaran)

Kala dua Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008). Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit

sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar (Sumarah, 2008).

(3) Kala III Persalinan (Palepasan Uri)

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

Pada kala III persalinan, otot uterus miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau bagian dalam vagina (Wiknjosastro, 2008).

(4) Kala IV Persalinan (Observasi)

Kala IV di mulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan

asuhan yang memadai selama persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

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

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

7) Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

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

(1) Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku. Oleh

karna itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

Bidang/pintu panggul :

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

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

Bagian-bagian tersebut diantaranya yaitu :

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

(2) Power (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Kekuatan sekunder terjadi segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni sifat mendorong keluar. Sehingga wanita merasa ingin mengedan. Usaha mendorong kebawah ini yang disebut kekuatan sekunder (Sumarah, 2008).

(3) Passanger (janin dan plasenta)

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

(4) Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung

tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendekontaminasian alat bekas pakai (Rukiyah, 2009).

(5) Psikologis

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu mamperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung, dukungan tersebut dapat berupa membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, menciptakan kamar bersalin yang nyaman, memberikan sentuhan, berada disisi pasien, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien (Sumanah, 2008).

8) Pemantauan Persalinan

(1) Manajemen kala 1

a. Langkah-langkah asuhan kala I

a) Anamnesis atau wawancara

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

b) Periksa abdomen

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

c) Periksa dalam (PD)

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

b. Memantau Kemajuan Persalinan Dengan Menggunakan Partograf.

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

a) Informasi Tentang Ibu

Meliputi nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal

dan waktu mulai dirawat, serta waktu pecahnya ketuban. Lengkapi bagian awal(atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : ”jam” pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan, dan catat waktu terjadinya pecah ketuban (Wiknjosastro, 2008).

b) Kondisi Janin

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

(a)DJJ (Denyut Jantung Janin)

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda- tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka disebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungan titik satu dengan yang lainnya dengan garis yang tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160 (Wiknjosastro, 2008).

(b) Warna dan Adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban

pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut:

U : selaput utuh

J : selaput pecah, air ketuban jernih

M : air ketuban bercampur mekanium

D : air ketuban bernoda darah

K : tidak ada cairan ketuban/kering.

(Wiknjosastro, 2008).

(c)Perubahan bentuk kepala janin (molding/molase)

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

() : sutura terpisah

1/++ : sutura yang sesuaian

2/++ : sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki

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

(Wiknjosastro,2008).

c) Kemajuan Persalinan

(a)Pembukaan mulut rahim (serviks tiap 4 jam (tanda : x = silang)

(b) Penurunan bagian terbawah janin.

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

d) Jam dan Waktu

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

e) Kontraksi Uterus (His)

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

Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

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

f) Obat-obatan dan Cairan yang diberikan

(a) Oksitosin

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

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

g) Kondisi Ibu

(a) Tanda - tanda Vital

Nadi tiap 30 menit (tanda : ●)

TD tiap 4 jam (tanda : ↓)

(b) Volume urin, protein dan aseton

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

9) Asuhan kebidanan pada ibu bersalin kala II

(1) Perubahan fisiologis yang terjadi pada kala II persalinan :

a. His menjadi lebih kuat dan sering

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

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

b. Timbulnya tenaga mengedan

His yang sering dan kuat di sebabkan oleh kontraksi otot dinding perut yang mengakibatkan tingginya tekanan intra

abdominal sehingga kepala bayi menekan otot dasar panggul dan secara refleks menimbulkan rasa mencedan. Bila bagian terdepan bayi sudah berada di dasar panggul, maka tenaga mencedan bukan sebagai refleks saja, tapi juga merupakan tenaga untuk mengeluarkan bayi di mana tenaga mencedan harus bekerja lama dengan his (Hana, 2009).

- c. Perubahan dalam dasar panggul
 - a) Perubahan letak kandung kemih, kandung kemih akan naik kearah rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan kepala bayi, inilah pentingnya pengosongan kandung kemih agar jalan lahir lebih luas, dan kepala bayi dapat lewat.
 - b) Perubahan pada rektum, dengan adanya kepala bayi di dasar panggul, maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong ke bawah sehingga rektum tertekan oleh kepala bayi.
 - c) Adanya tekanan kepala bayi membuat perineum menjadi tipis dan mengembang atau menonjol (Hana, 2009).
- d. Lahirnya Fetus
 - a) Di mulai dengan tampaknya kepala anak di vulva, dengan kontraksi uterus dan sedikit mencedan, secara bertahap kepala bayi dapat keluar.
 - b) Lalu di ikuti pengeluaran bahu bersama cairan ketuban yang tertinggal, yang membantu melicinkan jalan lahir lalu di ikuti pengeluaran seluruh badan (Hana, 2009).

(2) Mekanisme persalinan normal

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

a. Turun

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

- a) Tekanan cairan amnion
- b) Tekanan langsung fundus pada bokong
- c) Kontraksi otot – otot abdomen
- d) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang (Sumarah, 2008)

b. Fleksi

- a) Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh servik, dinding panggul atau dasar panggul
- b) Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipitofrontalis 12cm berubah menjadi oksipitobregmatika 9 cm.
- c) Posisi dengan bergeser ke arah dada janin

d) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar (Sumarah, 2009).

c. Rotasi dalam / putaran paksi dalam

Rotasi dalam / putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya kearah depan sampai dibawah symphysis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar kedepan sampai berada dibawah symphysis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunga kepala (Sumarah, 2008).

c) Ekstensi

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

d) Rotasi Luar/putaran paksi luar

Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil kearah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan

tuber iskhidikum kanan dan kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun akan berputar kearah kiri bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan (Sumarah, 2008).

e) Ekspulsi

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

(3) 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 (Wiknjosastro, 2008).

Tanda pasti kala dua persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks

telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina (Wiknjosastro, 2008).

10) Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin kala III

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

(1) Tanda-tanda lepasnya plasenta

- a. Uterus menjadi semakin globuler.
- b. Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld).
- c. Adanya semburan darah.

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan di buat seperti gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Wiknjosastro, 2008).

(2) Manajemen aktif kala III

- a. Pemberian suntikan oksitosin
- b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- c. Masase fundus uteri (Wiknjosastro, 2008).

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

(3) Melakukan manajemen aktif kala III

Tehnik melahirkan plasenta :

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

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

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

11) Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin kala IV

- (1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (2) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

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

- (3) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic profilaxis untuk perlindungan terhadap infeksi akibat kontak dengan organisme berbahaya selama persalinan. Dan vit K 1mg IM dipaha kiri anterolateral. Kegunaannya untuk menegah terjadinya perdarahan. Karena vit K berperan dalam proses pembekuan darah.

Setelah 1 jam pemberian Vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral. Kegunaan imunisasi hepatitis B untuk mencegah penyakit yang di sebabkan virus hepatitis B yang berakibat pada hati. Penyakit itu menular melalui darah atau cairan tubuh yang lain dari orang yang terinfeksi. Vaksin ini di berikan 3 kali hingga usia 3-4 bulan.

Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

- a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
- b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan Atonia uteri.

- a. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- b. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

- c. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua persalinan.
- d. Memeriksa temperature suhu tubuh ibu sekali setiap 2 jam pertama setelah kelahiran.
- e. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- f. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36, 5 o C-37, 5o C).
- g. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- h. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- i. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT dari sisa cairan ketuban, lendir, dan darah ibu. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang kering dan bersih.
- j. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman yang diinginkan oleh ibu.
- k. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- l. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin

0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

- m. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

Laserasi Perineum dapat dikategorikan dalam :

1. Derajat pertama: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik.
2. Derajat kedua: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, perlu dijahit.
3. Derajat ketiga: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot spinkter ani, rujuk segera
4. Derajat empat: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot spinkter ani hingga dinding depan rectum, rujuk segera (Wiknjosastro, 2008).

Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perinieum. Lakukan penjahitan laserasi bila menimbulkan pendarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan. (Wiknjosastro, 2008)

2.1.3 Nifas

1) Definisi Nifas/ Puerperium

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

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

2) Periode masa nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode :

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

3) Program dan Kebijakan Tehnis

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

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

(Ambarwati, 2008).

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

Tabel 2.3 : Asuhan kunjungan pada masa nifas.

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. - Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. - Pemberian ASI awal. - Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. - Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. - Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada

		<ul style="list-style-type: none"> perdarahan abnormal. - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. - Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. - Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	- Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. - Memberikan konseling KB secara dini.

(Sumber: Prawirahardjo, 2010)

4) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

b) Involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah placenta lahir akibat kontraksi otot – otot uterus. Pada akhir kala III persalinan, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira – kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram.

Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama masa hamil. Pertumbuhan uterus pada masa prenatal tergantung pada hiperplasia, peningkatan jumlah sel – sel yang sudah ada. Pada masa post partum penurunan kadar hormon – hormon ini menyebabkan terjadinya *Autolisis*.

c) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa / alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang anyir / amis seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan:

(a) Loche Rubra / Merah (Kruenta)

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

(b) Lochea Sanguinolenta

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

(c) Lochea Serosa

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

(d) Lochea Alba / Putih

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

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartumseunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta*.

(Ambarwati, 2010)

d) Cervik

Serviks mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam – hitaman

karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang – kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga ada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2 – 3 jari, pada minggu keenam postpartum serviks menutup.

e) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 - 8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke – 4.

f) Perineum

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

(Ambarwati, 2010)

1. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 – 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.

b. Perubahan sistem perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang – kadang puerpurium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala jann dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih pada puerpurium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih dalam puerpurium masih tertinggal urine residual (normalnya 15 cc). Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Ambarwati, 2010)

c. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen retundum kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6 – 8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat – seratelastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu (Ambarwati, 2010).

d. Perubahan Endokrin

a) Hormon Plasenta

Selama periode pascapartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon – hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Hormon Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum.

b) Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu FSH dan LH

meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Ambarwati, 2010).

c) Hormon Oksitosin

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

d) Hipotalamik Pituitary Ovarium

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

(Ambarwati, 2010)

e. Perubahan tanda-tanda vital

a) Suhu Badan

Pada 24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5-38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahn postpartum yang tertunda. Sebagian wanita mungkin saja memiliki apa yang disebut bradikardi nifas (*puerperal bradycardia*). Hal ini terjadi segera setelah kelahiran dan bisa berlanjut sampai beberapa jam setelah kelahiran anak. Bradycardia semacam itu bukanlah indikasi adanya penyakit, akan tetapi sebagai satu tanda keadaan kesehatan.

c) Tekanan Darah

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

d) Pernafasan

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

(Ambarwati, 2010)

f. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

dekompensasi kodis pada penderota vitium cordial (Ambarwati, 2010).

g. Perubahan Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama (Ambarwati, 2010).

5) Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

a. Gizi

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung

alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung:

a) Sumber tenaga (energi)

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

b) Sumber Pembangun (Protein)

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

c) Sumber pengatur dan pelindung (Mineral, vitamin dan air).

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

(Ambarwati, 2010)

b. Ambulasi Dini

Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin berjalan.

Keuntungan early ambulation :

- a) Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- b) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- c) Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan, dan lain – lain selama ibu masih dalam masa perawatan.

c. Eliminasi

a) Miksi

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

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

b) Defekasi

Biasanya 2 – 3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka dibrikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga.

(Ambarwati, 2010)

d. Kebersihan Diri

a) Perawatan Perineum

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

b) Perawatan Payudara

- (a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- (b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- (c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- (d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam.

e. Istirahat

Anjurkan ibu supaya istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada

kegiatan rumah tanggasecara perlahan – lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perarahan,menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Ambarwati, 2010).

f. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3 – 4 minggu post partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh. Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (Ambarwati, 2010).

g. Latihan Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah Senam Kegel. Senam Kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergantian pada otot – otot dasar panggul. Senam Kegel mempunyai beberapa manfaat antar lain membuat

jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan haemorroid, meningkatkan pengendalian atas urin (Ambarwati, 2010).

h. Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluraganya dengan mengajarkanpada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Biasanya ibu postpartum tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, olaeh karena iyu Amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan (Ambarwati, 2010).

2.2 Manajemen Varney

Varney dalam bukunya, menjelaskan bahwa proses penyelesaian masalah merupakan salah satu teori yang dapat dipergunakan dalam manajemen kebidanan. Varney mengatakan bahwa seorang bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam melakukan analisis, bidan akan menemukan diagnosis atau masalah potensial ini. Kadangkala bidan juga harus segera bertindak untuk

menyelesaikan masalah tertentu dan mungkin juga melakukan kolaborasi konsultasi, bahkan mungkin harus segera merujuk klien.

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

2.2.1 Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

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

2.2.2 Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang

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

2.2.3 Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

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

diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

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

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

2.2.5 Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini

informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

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

2.2.6 Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan

bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

2.2.7 Langkah VII: Evaluasi

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

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

(Asrinah, 2010)

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1. Subjektif

- (d) Keluhan trimester III :keputihan, sering buang air kecil , hemoroid, sulit buang air besar, sesak napas, nyeripunggung, pusing, varises pada kaki / vulva, kram pada kaki (Kusmiyati, 2009).
- (e) Kunjungan cukup 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III.
- (f) Gerak janin pada primigravida bisa dirasakan ketika kehamilan berusia 18 minggu, sedangkan pada multigravida di usia 16 minggu. Terlihat atau teraba gerakan janin dan bagian – bagian janin
- (g) Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan dalam 12 jam).
- (h) Nutrisi seimbang selama kehamilan trimester terakhir adalah 2000 kkal/hari.
- (i) 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.
- (j) Minum 6-8 gelas/ hari
- (k) Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang.

(l) Riwayat Penyakit : Pada ibu bersalin fisiologis tidak mempunyai penyakit.

(m) Imunisasi TT ibu hamil diberikan 2x. Imunisasi TT diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap. TT1 dapat diberikan sejak diketahui positif hamil. Jarak pemberian (interval) imunisasi TT1 dengan TT2 adalah minimal 4 minggu.

2. Objektif

i. Tanda –tanda vital

- a. Tekanan darah : <140/90 mmHg.
- b. Nadi : 80-100 kali/menit
- c. Pernafasan : 16-24 Kali / menit
- d. Suhu : 36,5-37,5 °C (Prawiroharjo, 2006)

ii. Diperkirakan penambahan berat badan pd ibu hamil 12,5 kg. Pada trimester ke2 dan ke3 perempuan dengan gizi baik dianjurkan untuk menambah BB perminggu 0,4 kg, gizi kurang 0,5 kg, gizi lebih 0,3 kg. Total penambahan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

- Kenaikkan BB trimester I
: 1 Kg
- Kenaikkan BB trimester II
: 5 Kg
- Kenaikkan BB trimester III
: 5,5 Kg

iii. Pemeriksaan Fisik:

- Muka : tidak odema , tidak pucat
- Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
- Abdomen
- Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, tidak ada luka bekas operasi,
- Palpasi :

Leopold I : pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting.

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

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

Leopold IV : Divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, kehamilan .36 minggu kepala sudah masuk PAP.

- Auscultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur tidak lebih dari

2 punctum maximal dan presentasi kepala,

2 jari kanan/kiri bawah pusat.

- Genetalia : Tidak odema , tidak varices.

iv. Pemeriksaan Panggul

(a) Distansia spinarum (23 – 26 cm)

(b) Distansia kristarum (26 – 29 cm)

(c) Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm)

(d) Distansia tuberum (10 – 11 cm)

(e) Lingkar panggul (80 – 90 cm). (Saminem, 2009)

- Hb Trimester III : 11-14gr%

3. Assesment :

a). Interpretasi data dasar

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

Masalah Ibu Hamil pada Trimester III,

Keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak napas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki / vulva, kram pada kaki.

b). Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Eklamsia, hiperemesis gravidarum, infeksi saluran kemih, perdarahan pervaginam.

b. Identifikasi Kebutuhan akan tindakan segera

Konsultasi dr. SpOG terhadap keluhan-keluhan pasien yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin.

c. Intervensi

Pelayanan atau asuhan standar minimal adalah 7 T yaitu :

1. Timbang berat badan
2. Ukur tekanan darah
3. Ukur tinggi fundus uteri
4. Berikan imunisasi TT (Tetanus Toksoid) lengkap
5. Berikan tablet zat besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan
6. Tes terhadap penyakit menular seksual
7. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

2.3.2 Persalinan

1. Subjektif

a. Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan persalinan, yaitu :

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

b. Riwayat Penyakit :

Pada ibu bersalin fisiologis tidak mempunyai penyakit.

c. Riwayat Kehamilan yang lalu :

Kehamilan yang lalu tidak ada penyulit, periksa ANC minimal 4 kali, imunisasi 2 kali. Pada umur kehamilan 4-7 bulan.

d. Kehamilan sekarang, ANC minimal 4 kali selama hamil, TM 1 kali, TM II 1 kali, TM 3 2kali. Optimalnya ANC setiap Umur kehamilan 3-6 bulan 1 bulan sekali, Umur kehamilan 6 – 8 bulan 2 minggu sekali, Umur kehamilan 9 bulan 1 minggu sekali.

e. Ibu hamil rutin periksa dapat diketahui hamil mendapat Fe 90 tablet(1 tablet setiap hari), B kompleks(2x1), kalsium(1x1), selama kehamilan imunisasi selama hamil 2 kali dengan jarak pemberian 4 minggu, telah mendapat penyuluhan perawatan payudara, senam hamil, nutrisi (Modul 2, 2002).

2. Obyektif

a. Tanda-tanda vital :

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| a) Tekanan darah | : < 140/90 mmHg. |
| b) Nadi | : 80-100 kali/menit |
| c) Pernafasan | : 16-24 Kali / menit |
| d) Suhu | : 36,5-37,5 °C(Prawiroharjo, 2006) |

b. Pemeriksaan Fisik :

- a) Muka : tidak odem, tidak pucat.
- b) Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.
- c) Dada : Pembesaran payudara, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colustrum keluar.
- d) Abdomen :
- a. Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi.
- b. Palpasi :
- Leopold I : Kehamilan aterm TFU pertengahan pusat dan prosesus xiploideus. Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting
- Leopold II : Bagian teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin
- Leopold III : Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting.
- Leopold IV : Sudah masuk PAP.
- c. Auscultasi : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit.
- f. Genetalia :
- Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah, kebersihan cukup, tidak adanya kondiloma acuminata, varices dan oedem, terdapat cairan ketuban atau tidak.

Yang diperhatikan saat VT :

VT Ø 1-10 cm, eff 25-100%, ketuban (negatif/positif), jernih, letak kepala, denominator, hodge I-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin (Sofian, 2011).

2. Ekstremitas bawah

Bila ada oedem pada kehamilan dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum/tekanan rahim yang membesar pada vena dalam panggul yang mengalirkan darah ke kaki.

3. Pemeriksaan penunjang : >11 gr %, Albumin urine negative, Reduksi urine negative.

3. Assesment :

a. Interpretasi Data Dasar

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

Masalah : Nyeri persalinan

b. Antisipasi Diagnosa atau masalah potensial

Kala 1 memanjang, kala II memanjang, atonia uteri, retensio plasenta, HPP.

c. Identifikasi Kebutuhan akan tindakan Segera

Konsultasi dr.SpOG terhadap keluhan-keluhan pasien yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin. (Salmah, 2006)

4. Intervensi

Kala I :

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

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

Intervensi :

1. Panggil ibu sesuai dengan namanya, hargai dan jaga martabatnya.
2. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
3. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
5. Dengarkan dan tanggap pertanyaan dan kekhawatiran ibu
6. Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota-anggota keluarganya
7. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan/ atau anggota keluarga lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
8. Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
9. Laksanakan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten
10. Hargai privasi ibu

11. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
12. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
13. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
14. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi, insiasi menyusu dini dan membangun hubungan psikologis
15. bantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir
16. Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
17. persiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan mencukupi semua bahan yang diperlukan.

KALA II

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

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik, ibu dapat melahirkan bayinya dengan normal.

Intervensi :

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

2. pastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial, mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril didalam partus set
3. Kenakan clemek plastic
4. lepaskan semua perhiasan dan mencuci tangan
5. Pakaikan handcun pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
6. isap oksitosin 10 unit kedalam spuit
7. bersihkan vulva dan perineum dengan kapas DTT
8. lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
9. dekontaminasi handscun kedalam larutan klorin 0,5%
10. Periksa DJJ setelah kontraksi berakhir
11. Beritahukan ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman dan memberikam semangat pada ibu saat ibu mulai meneran
12. mintakan bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13. lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, jika ibu tidak mempunyai dorongan meneran anjurkan ibu untuk berjongkok, berjalan dan mengambil posisi yang nyaman
14. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi

15. letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
16. buka partus set
17. pakai handscun steril pada kedua tangan
18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi. Letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan/bernafas cepat saat kepala lahir
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain/kasa yang bersih
20. periksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi
21. Tunggu hingga kepala bayi malakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi dan menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu anterior
23. Setelah kedua bahu lahir, Telusuri tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir dengan disangga tangan, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan
24. Tangan kiri pegang kepala bahu, lengan menyusuri sampai bokong.

25. lakukan penilaian selintas/sesaat
26. Keringkan tubuh bayi
27. periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

KALA III

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

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

Intervensi :

28. Beritahukan ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin, agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Berikan suntik oksitosin 10 unit IM setelah 1 menit bayi lahir pada 1/3 paha atas bagian distal lateral ibu
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, menjepit tali pusat dengan klem kira2 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit lagi 2 cm dari klem pertama
31. Potong tali pusat diantara 2 klem dengan dilindungi tangan dibawah tali pusat yang akan dipotong
32. ikat tali pusat dengan benang steril
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. letakkan tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis untuk melakukan palasi, kontraksi dan menstabilakan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

36. Tunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian keatas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso cranial)
38. Saat plasenta terlihat diintroitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil (kemudian melahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan)
39. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan tangan diatas fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar
40. Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel keibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh

KALA IV

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

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus keras, tidak terjadi perdarahan dan komplikasi.

Intervensi

41. Evaluasi laserasi vulva dan perineum

42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik
43. Biarkan bayi tetap kontak kulit dengan ibu \leq 1 jam
44. Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, tetes mata, vit. K disuntikkan pada paha bagian kiri
45. Setelah 1 jam pemberian vit.K, kemudian berikan imunisasi hepatitis B dipaha bagian kanan
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan
47. Ajarkan pada ibu/keluarga bagaimana cara melakukan masase
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49. Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit 1 jam pertama, 30 menit 2 jam kedua
50. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan spontan
51. Tempatkan peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%
52. Buang bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT
54. Pastikan ibu merasa nyaman dan menganjurkan pada keluarga untuk membantu memberi makan dan minum
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Bersihkan handscun kedalam larutan klorin 0,5%
57. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Lengkapi partograf Mengedan ketika ada kontraksi

2.3.3 Nifas

▪ Subyektif

- Pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan perineum (Ambarwati, 2008).
- Pola nutrisi :Tidak dianjurkan untuk tarak. 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.
- Pola eliminasi :Dalam 6 jam ibu nifas harus sudah bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam. Urine dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan. BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diet cairan, obat-obatan analgesic dan perineum yang sakit.
- Pola istirahat :Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan. Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur. Istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam.
- Pola aktivitas :Mobilisasi dini bertahap dan melakukan aktifitas seperti biasa.
- Pola seksual :Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Ada kepercayaan / budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seksual setelah 40 hari atau 6 minggu.

- Ibu tidak sedang menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus, ginjal, jantung, asma, TBC dan tidak punya keturunan hamil kembar.

▪ **Obyektif**

Riwayat persalinan :

Ibu :

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

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

Dipimpin meneran : \pm 30 menit

Komplikasi : tidak ada

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

Kala III : \pm 15 menit

Komplikasi : tidak ada

Plasenta

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

Bayi

- Lahir : Spt B, JK ♂/♀
- BB/PB/AS : > 2500 gr, > 45 cm, > 8
- Cacat bawaan : tidak ada

- Masa gestasi : > 37 minggu/< 42 minggu

1. Pemeriksaan Umum

a) Tanda – Tanda Vital :

- Suhu : 36,5 – 37,5°C
- Nadi : <100 x/menit
- Tensi : <140/90 mmHg
- Pernafasan : 16 – 24x/menit, teratur.

2. Pemeriksaan fisik

- 1) Mata : conjungtiva merah muda.
- 2) Wajah : tidak pucat
- 3) Mamae : puting susu (menonjol/mendatar adakah nyeri dan lecet pada (putting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal.
- 4) Abdomen :
 - o Uterus : berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat
 - o Kandung kemih : penuh/tidak , berkaitan dengan penurunan tinggi fundus dan masalah/penyulit dalam berkemih.
- 5) Genitalia:
 - Lochea : meliputi warna, bau, bekuan darah, jumlah
 - Keadaan perineum : oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, heacting, tanda-tanda infeksi.

- Keadaan anus : tidak hemoroid

6) Ekstremitas : Oedem -/-, varices -/-, reflek patella (+/+)

3. Pemeriksaan laboratorium :

a. Darah : Hb > 11 gr%, Gilda

b. Urine : albumin (-), reduksi (-)

3. Assesment :

Interpretasi data dasar

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

b. Masalah : perut mules setelah melahirkan

Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Gangguan Perkemihan, Gangguan BAB, gangguan hubungan seksual

Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Konsultasi dr. SpOG terhadap keluhan-keluhan pasien yang dapat mengancam jiwa ibu.

4. Intervensi

Tujuan : setelah di lakukan Asuhan kebidanan \pm 30 menit diharapkan ibu mengerti tentang penjelasan bidan serta penangannya.

Kriteria hasil :

-Keadaan umum ibu dan bayi baik

-Tidak terjadi perdarahan

- Kontraksi uterus baik

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. - Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. - Pemberian ASI awal. - Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. - Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. - Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. - Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. - Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. - Memberikan konseling KB secara dini.