

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan, Persalinan dan Nifas

2.1.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan

1. Definisi

Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Hanafiah, 2008, 2013).

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. Tanda tanda kehamilan

A. Tanda tidak pasti (Presumtif)

Tanda tanda presumtif adalah tanda perubahan fisiologik pada perempuan pada ibu atau perempuan yang mengindikasikan bahwa ia telah hamil. Tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomik dan fisiologik selain dari tanda-tanda presumtif yang dapat di deteksi atau dikenali oleh pemeriksa.

1) Amenorhea (terlambat datang bulan)

Kehamilan merupakan dinding dalam uterus (endometrium) tidak dilepaskan sehingga amenorrhea atau tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda datangnya kehamilan. Namun, hal ini tidak dianggap sebagai tanda pasti kehamilan karena amenorrhea dapat juga terjadi pada beberapa penyakit kronik, tumor-hipofise, perubahan faktor-faktor lingkungan, malnutrisi dan yang paling sering gangguan emosional terutama pada mereka yang tidak ingin hamil atau malahan mereka yang ingin sekali hamil (dikenal dengan pseudocyesis hamil semu).

2) Mual dan muntah

Mual muntah merupakan gejala umum mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan, dalam kedokteran sering dikenal morning sickness karena munculnya sering kali pagi hari. Mual muntah diperberat oleh makanan yang baunya menusuk dan oleh emosi penderita yang tidak stabil. Untuk mengatasi penderita perlu diberi makanan makanan yang ringan, mudah dicerna dan jangan lupa menerangkan bahwa keadaan ini masih dalam

batas normal orang hamil. Bila berlebihan dapat juga diberikan obat-obatan anti muntah.

3) Mastodinia

Mastodinia adalah rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan payudara membesar. Faskularisasi bertambah asinus dan duktus berpoliferasi karena pengaruh estrogen dan progesterone.

4) Quickening

Quickening adalah persepsi gerakan janin pertama biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu.

5) Gangguan kencing

Frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam, disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan uterus ke cranial. Hal ini terjadi pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan III, gejala biasa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.

6) Konstipasi

Konstipasi ini terjadi karena efek relaksasi progesteron atau dapat juga terjadi karena perubahan pola makan.

7) Perubahan berat badan

Pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun dan muntah-muntah. Pada bulan selanjutnya berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang aterm.

8) Perubahan warna kulit

Perubahan ini antara lain cloasma yakni warna kulit yang kehitaman hitaman pada dahi, punggung hidung dan kulit daerah pipi, terutama pada wanita dengan warna kulit gelap. Biasanya muncul setelah kehamilan 26 minggu. Pada daerah areola dan puting payudara, warna kulit menjadi lebih hitam. Perubahan-perubahan ini disebabkan stimulasi MSH (melanocyte stimulating hormone). Pada kulit daerah abdomen dan payudara dapat mengalami perubahan yang disebut striae gravidarum yaitu perubahan warna seperti jaringan parut.

9) Perubahan payudara

Pembesaran payudara sering dikaitkan dengan terjadinya kehamilan, tetapi hal ini bukan merupakan petunjuk pasti karena kejadian serupa dapat terjadi pada pengguna kontrasepsi hormonal, penderita tumor otak atau ovarium, pengguna rutin obat penenang, dan hamil semu (pseudocyesis).

Akibat stimulasi produktin dan HPL, payudara mengsekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari -16 minggu.

10) Mengidam (ingin makanan khusus)

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama. Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu, terutama pada trimester pertama. Akan tetapi akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

11) Pingsan (pangsang)

Sering dijumpai ditempat-tempat yang ramai dan sesak dan padat. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan. Dan akan hilang setelah kehamilan 16 minggu.

12) Lelah (fatigue)

Kondisi ini disebabkan oleh menurunnya basal metabolic rate (BMR) dalam trimester pertama kehamilan. Dengan meningkatnya aktifitas metabolik produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, maka rasa lelah yang terjadi pada trimester yang pertama akan berangsur angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar.

13) Varises

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Terdapat pada daerah genetalia eksterna, fase poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditukan pada ketidak nyamanan ditemukn pada kehamilan terdahulu. Timbul lagi pada triwulan pertama. Kadang-kadang timbulnya varises merupakan gejala pertama kehamilan muda.

14) Konstipasi atau obstipasi

Karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormone steroid.

15) Epulis

Epulis ialah suatu hipertrofi papila gingivae. Hal ini sering terjadi pada triwulan pertama.

B. Tanda-tanda kemungkinan kehamilan (Dugaan hamil)

1. Perubahan pada uterus

Uterus mengalami perubahan pada ukuran, bentuk dan konsistensi uterus menjadi lunak dan berbentuk globuler. Teraba ballotemen, tanda ini muncul pada minggu ke 16-20, setelah rongga rahim mengalami obliterasi dan cairan amnion cukup banyak. Ballotemen adalah tanda ada benda terapung atau melayang dalam cairan.

2. Tanda piskachek's

Uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan membesar tertentu.

3. Suhu basal

Suhu basal yang sesudah ovulasi tetap tinggi terus antara $37,2-37,5^{\circ}\text{C}$ adalah salah satu tanda akan adanya kehamilan. Gejala ini sering dipakai dalam pemeriksaan kemandulan.

4. Perubahan-perubahan pada serviks

a. Tanda hegar

Tanda ini merupakan pelunakan pada daerah istmus uteri, sehingga daerah tersebut pada penekanan mempunyai kesan lebih tipis dan uterus mudah difleksikan dapat diketahui melalui pemeriksaan manual. Tanda ini mulai terlihat pada minggu ke- 6, dan menjadi nyata pada minggu ke 7-8.

b. Tanda goodell's

Diketahui melalui pemeriksaan bimanual. Serviks terasa lebih lunak. Pemberian kontrasepsi oral juga dapat memberikan dampak ini.

c. Tanda chadwick

Adanya hipervaskularasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (lividea).tanda ini disebut tanda chadwick. Warna portio pun tampak livide.

Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar. Hal ini dapat mengerti karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitaliatersebut meningkat. Apabila terdapat kecelakaan pada kehamilan atau perslinan, maka perdarahan akan banyak sekali, sampai dapat mengakibatkan kematian.

d. Tanda mc donald

Fundus dan uteri bisa dengan mudah difleksikan satu sama lain dan tergantung pada tergantung pada lunak atau tidaknya jaringan isthmus.

5. Pembesaran abdomen

Pembesaran perut menjadi nyata minggu ke 16, karena pada saat itu uterus sudah keluar dari rongga pelvis dan menjadi rongga parut.

6. Kontraksi uterus

Tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya kencang, tetapi tidak disertai rasa sakit.

7. Pemeriksaan test biologis kehamilan

Pada pemeriksaan ini hasil positif, dimana kemungkinan positif palsu.

C. Tanda pasti kehamilan

tanda pasti kehamilan data atau kondisi yang mengindikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa (misalnya denyut jantung janin, gambaran sonogram janin, dan gerak janin).

Indikator pasti hamil adalah penemuan-penemuan keberadaan janin secara jelas dan hal ini tidak bisa dijelaskan dengan kondisi yang lain.

1. Denyut jantung janin

Dapat didengar dengan stetoskop laenec pada minggu 17-18 pada orang gemuk, lebih lambat.dengan stetoskop ultrasonic (Dopler), DJJ dapat didengarkan lebih awal lagi, sekitar minggu ke-12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat bising uterus dan nadi ibu.

2. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai usia 12 minggu, tetapi baru bisa dirasakan ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena usia kehamilan tersebut,ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga kadang gerakan kaki bayi bayi di usia kehamilan 16-18 minggu (dihitung hari pertama haid terakhir). Gerakan bayi yang pertama bayi yang dapat dirasakan ibu disebut quickening, yang sering diartikan sebagai kesan kehidupan. Walaupun gerakan awal ini sering dikategorikan sebagai tanda pasti kehamilan dan estimasi kehamilan, tetapi hal ini sering dikelukan sebagai gerakan usus akibat perpindahan

gas di dalam lumen saluran cerna. Bagian-bagian tubuh bayi juga dapat dipalpasi dengan mudah mulai kehamilan 20 minggu.

Fenomena bandul atau pantulan balik yang disebut dengan ballotemen juga merupakan tanda adanya janin didalam uterus.

3. Tanda braxton-hiks

Bila uterus dirangsang mudah terjadi kontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, maka tanda ini tidak ditemukan.(suryati,2011)

3. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil trimester III.

1. Uterus

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini pertama kali diperkenalkan oleh *Braxton Hicks* pada tahun 1872 sehingga disebut dengan kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi ini muncul tiba-tiba dan sporadic, intensitasnya bervariasi antara 5 – 25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah reseptor oksitosin dan *gap junction* diantara sel – sel miometrium. Pada saat ini kontraksi akan terjadi setiap 10 sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan kontraksi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu (Sarwono Prawihardjo, 2009).

- (a) Ukuran: Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan: 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.
- (b) Berat: Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram pada akhir kehamilan (40 pekan) (Sofian, 2012: 30-32).

2. Serviks

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (soft) disebut tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah. Warnanya menjadi livid dan perubahan itu disebut tanda Chadwick.

3. Vulva dan Vagina

Karena pengaruh estrogen, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat hipervaskularisasi, vulva dan vagina terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan portio disebut tanda Chadwick.

4. Dinding Perut (Abdominal Wall)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga menimbulkan striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion

dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastesis rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

5. Sistem Pernafasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernafasan dada (thoracic breathing).

6. Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu:

- (a) Muka: disebut masker kehamilan (chloasma gravidarum).
- (b) Payudara: puting susu dan areola payudara.
- (c) Perut: linea nigra striae
- (d) Vulva.

7. Payudara (Mammae)

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang, dan berat. Dapat teraba noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan areola payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolong (kolostrum) yang berwarna kuning pada akhir kehamilan (Sofian, 2012).

4. Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya, kebutuhan fisik ibu hamil trimester III

1. Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya

1) Kebutuhan fisik ibu hamil trimester III :

(1) Oksigen

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

(2) Nutrisi

a. Kalori

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

b. Protein

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

c. Kalsium

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

d. Zat besi

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

e. Asam folat

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

f. Air

Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu, dan jus tiap 24 jam. Sebaiknya membatasi minuman yang mengandung kafein seperti the, cokelat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarin) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta. (Asrinah:2010)

(3) Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakain ibu hamil :

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

e. Pakaian dalam keadaan selalu bersih.

(4) Eliminasi

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

(5) Seksual

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

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

(6) Exercise / senam hamil

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

(7) Istirahat / tidur

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

istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena (Asrinah, 2010).

(8) 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).

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	

(Asrinah, 2010)

(9) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut :

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

(10) Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama).

Ketidaknyaman dan cara mengatasinya yaitu :

2.2 Tabel ketidaknyamanan ibu hamil dan cara mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil (trimester I dan III)	a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya b. Perbanyak minum saat siang hari

		<ul style="list-style-type: none"> c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia. d. Batasi minum kopi, teh, soda
2.	Keputihan (trimester I, II, III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap
4.	Napas sesak (trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab fisiologinya. b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. c. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
5.	Sakit punggung atas dan bawah (trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
6.	Kram pada kaki	<ul style="list-style-type: none"> a. Meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya b. Melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah c. Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor (varney,2007)

(Asrinah, 2010)

(11) Tanda bahaya kehamilan

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

a. Perdarahan

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

b. Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum

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

c. Sakit kepala yang hebat

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

d. Masalah Penglihatan

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

e. Bengkak pada Muka dan tangan

Bengkak bias menunjukkan adanya masalah serius bila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah

beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lain. Ini bisa jadi merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau pre eklamsia.

f. Bayi kurang bergerak seperti biasa

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

Apabila salah satu atau beberapa tanda bahaya tersebut muncul, maka ibu hamil hendaknya memeriksakan kehamilannya untuk memperoleh penanganan yang lebih lanjut. (Asrinah,2010)

2) Kebutuhan Psikologis ibu hamil Trimester III

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

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

Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu mulai merasa takut akan sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu persalinan. Rasa tidak nyaman timbul kembali karena perubahan body

image yaitu merasa dirinya aneh dan jelek. Ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

Wanita juga mengalami proses berduka seperti kehilangan perhatian dan hak istimewa yang dimiliki selama kehamilan, terpisahnya bayi dari bagian tubuhnya, dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Perasaan mudah terluka juga terjadi pada masa ini. Wanita tersebut mungkin merasa canggung, jelek, tidak rapi, dia membutuhkan perhatian yang lebih besar dari pasangannya. Pada pertengahan trimester ketiga, hasrat seksual tidak setinggi pada trimester kedua karena abdomen menjadi sebuah penghalang. (Kusmiyati, 2009: 68-74)

5. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Keluar darah dari jalan lahir

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

b. Keluar air ketuban sebelum waktunya

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan yang disebabkan kelemahan fokal yang terjadi pada selaput janin di atas serviks internal yang memicu robekan atau proses patologis seperti perdarahan dan infeksi. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (Nitrazin test) merah menjadi biru (Rukiyah dkk, 2010).

c. Kejang-Kejang

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

d. Gerakan janin tidak ada atau kurang

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

e. Demam tinggi

Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain evaluasi keadaan umum ibu, berikan pengobatan suportif dan antipiretika, evaluasi kesejahteraan janin dan lakukan evaluasi penyebab demam, istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu, tambahkan upaya untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan nutrisi (Saifuddin, 2009).

f. Nyeri perut yang hebat

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

g. Muntah terus dan tidak bisa makan pada kehamilan muda

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

1) 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, dkk., 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 antisipasif 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).

e. Standar Pelayanan Antenatal Care

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

1. Timbang Berat Badan

Peningkatan berat badan ibu hamil normal sama dengan 25% dari berat badan sebelum hamil. Peningkatan yang utama terjadi pada paruh kedua kehamilan. Peningkatan trimester pertama 1,5 kg, trimester kedua 5 kg, trimester ketiga 5,5 kg (obstetri fisiologi, 1983). Adapun dalam perhitungan Indeks Masa Tubuh ibu bahwa didapat

Berat masa tubuh ibu normal dengan cara menghitungnya menggunakan rumus Berat Badan (kg) : (Tinggi badan (m) x Tinggi badan (m)). Dengan menggunakan rumus ini maka pencapaian berat badan ideal dapat diukur dengan tepat. Untuk memenuhi tambahan kebutuhan zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur diperlukan tambahan konsumsi makanan sehari-hari seperti berikut : nasi $\frac{1}{2}$ piring, ikan $\frac{1}{2}$ potong, tempe 1 potong, sayuran $\frac{1}{2}$ mangkuk, susu 1 gelas, dan air 2 gelas. Pada kehamilan triwulan III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Umumnya nafsu makan ibu sangat baik, dan ibu sering merasa lapar. Pada masa ini hindari makanan berlebih sehingga berat badan tidak terlalu banyak (Manuaba, 1999).

2. Mengukur Tekanan Darah

Peningkatan curah jantung terjadi akibat peningkatan volume darah. Jantung harus memompa dengan kekuatan yang lebih besar khususnya pada saat menjelang aterm, sehingga terjadi sedikit dilatasi. Progesteron akan menimbulkan relaksasi otot-otot polos dan menyebabkan dilatasi dinding pembuluh darah yang akan mengimbangi peningkatan kekuatan dari jantung. Dengan demikian tekanan darah harus tetap atau mendekati nilai pada keadaan tidak hamil (Farrer, 2001).

Umumnya, ibu hamil akan mengalami penurunan tekanan darah (hipotensi), terutama di usia kehamilan 20 minggu hingga

maksimal di usia 32 minggu. Jika penurunan ini terjadi secara gradual atau perlahan dan tak menimbulkan keluhan, maka terbilang normal, karena sesudah itu tekanan darah akan kembali normal atau sedikit lebih rendah dari normal. Kisaran tekanan darah normal yang umum adalah terendah 80/60 dan paling tinggi 120/80 (Ocviyanti, 2010).

3. Mengukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus dilakukan dengan posisi ibu setengah duduk dan tempelkan ujung pita (posisi melebar) mulai dari tepi atas simfisis pubis, hingga ke puncak fundus. Jarak antara tepi atas simfisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus. Pemeriksaan palpasi Leopold dilakukan dengan sistematika :

- a. Leopold I : menentukan tinggi fundus dan meraba bagian janin yang di fundus dengan kedua telapak tangan.
- b. Leopold II : kedua telapak tangan menekan uterus dari kiri-kanan, jari kearah kepala pasien, mencari sisi bagian besar (biasanya punggung) janin, atau mungkin bagian keras bulat (kepala) janin.
- c. Leopold III : satu tangan meraba bagian janin apa yang terletak di bawah (di atas simfisis) sementara tangan lainnya menahan fundus untuk untuk di fiksasi.
- d. Leopold IV : kedua tangan menekan bagian bawah uterus dari kiri-kanan, jari kearah kaki pasien, untuk konfirmasi bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk/melewati pintu panggul. Jika memungkinkan dalam palpasi

diperkirakan juga taksiran berat janin (meskipun kemungkinan kesalahan juga masih cukup besar). Pada kehamilan aterm, perkiraan berat janin dapat menggunakan rumus cara Johnson-Tausak yaitu : $TFU \text{ (cm)} - (11,12,13) \times 155 \text{ gr}$ (Farrer, 2001).

4. Pemberian Imunisasi (Tetanus Toksoid)

Manfaat imunisasi TT ibu hamil

- a. Melindungi bayinya yang baru lahir dari tetanus neonatorum (BKKBN, 2005; Chin, 2000). Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh clostridium tetani, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistim saraf pusat (Saifuddin dkk, 2001).
- b. Melindungi ibu terhadap kemungkinan tetanus apabila terluka (Depkes RI, 2000)

Kedua manfaat tersebut adalah cara untuk mencapai salah satu tujuan dari program imunisasi secara nasional yaitu eliminasi tetanus maternal dan tetanus neonatorum (Depkes, 2004)

Jumlah dan dosis pemberian imunisasi TT untuk ibu hamil :

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

Umur kehamilan mendapat imunisasi TT ;

Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap (BKKBN, 2005). TT1 dapat diberikan sejak di ketahui postif hamil dimana biasanya di berikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan (Depkes RI, 2000)

Jarak pemberian imunisasi TT1 dan TT2 :

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

5. Pemberian Tablet Zat Besi

Untuk pemberian vitamin zat besi di mulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin serasa rasa mual telah hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 330 mg (zat besi 60 mg) dan Asam Folat 500 mcg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan (Saifuddin, 2007).

6. Tes Terhadap Penyakit Menular Sexual.

Selama kehamilan, ibu perlu dilakukan tes terhadap penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS, Gonorrhoe, Siphilis. Hal tersebut dikarenakan sangat berpengaruh pada janin yang dikandungnya. Apabila ditemukan penyakit-penyakit menular seksual harus segera ditangani.

7. Temu Wicara dalam Rangka Persiapan Rujukan

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

2.2 Persalinan

2.2.1 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).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir. (sumarah, 2008)

2.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan

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

2.2.3 Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau disebut Lima Benang merah dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis (Wiknjo sasstro, 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 (Wiknjo sasstro, 2008).

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu (Wiknjo sasstro, 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 (Wiknjo sastro, 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 (Wiknjo sastro, 2008).

e. Rujukan

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

1. B : (Bidan)
2. A : (Alat)
3. K : (Keluarga)
4. S : (Surat)
5. O: (Obat)
6. K : (Kendaraan)
7. U : (Uang)
8. DO (Donor Darah)

2.2.4 Sebab-sebab Persalinan

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

a. Teori Keregangan

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

b. Teori penurunan progesterone

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

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. 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).

g. Faktor lain

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

2.2.5 Tanda-Tanda Persalinan

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

- c. 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 JNPK-KR (2008) 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.

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

a. 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 (Wiknjo sastro, 2008).

1. Fase Laten persalinan.

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

2. Fase Aktif persalinan

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

b. 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 (Wiknjo sastro, 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).

c. Kala III Persalinan (Palepasan Uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjo sastro, 2008). Adapun

menurut Sumarah kala III yaitu dimuali 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 (Wiknjo sastro, 2008).

d. Kala IV Persalinan (Observasi)

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

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

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

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

2.2.6 Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

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

a. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku. Oleh karna itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

Bidang/pintu panggul :

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

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

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

b. Power (kekuatan)

1. Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.
2. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.
3. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.
4. His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah.
5. His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan.

6. Kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena hypotonic atau atonia uteri dan hypertonic atau tetania uteri (Blogspot, 2010).

c. Passanger (janin)

1. Passenger terdiri dari janin dan plasenta.
2. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala.
3. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang (Blogspot, 2010).

d. Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kopetensi 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).

e. Psikologis

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

2.7 Pemantauan Persalinan

A. Manajemen kala 1

1. 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).

2. Memantau Kemajuan Persalinan Dengan Menggunakan Partograf.

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

Pencatatan yang dilakukan selama fase aktif persalinan adalah :

a. Informasi Tentang Ibu

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

b. Kondisi Janin

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

1. 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 (Wiknjo sastro, 2008).

2. 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 (Wiknjo sastro, 2008).

3. 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.

(Wiknjo sastro ,2008).

c. Kemajuan Persalinan

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

2. Penurunan bagian terbawah janin.

Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada abdomen luar) diatas symphisis pubis (tanda : O) (Wiknjo sastro,2008)

d. Jam dan Waktu

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

Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

1. Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
2. Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
3. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

f. Obat-obatan dan Cairan yang diberikan

1. Oksitosin

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

2. Obat-obatan lain dan cairan IV (Wiknjo sastro, 2008).

g. Kondisi Ibu

1. Tanda - tanda Vital

Nadi tiap 30 – 6 – menit (tanda : 0 titik)

TD tiap 4 jam (tanda :)

2. 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 (Wiknjo sastro,2008).

6. Pemenuhan kebutuhan fisik dn psikologis ibu selama persalinan

B. Kebutuhan fisik ibu

1. Kebersihan dan kenyamanan

Ibu dalam inpartu akan merasa panas dan sangat berkeringatoleh karena itu ibu akan membutuhkan kesempatan untuk andi atau bersiram, hal ini dilakukan bila ibu masih memungkinkan untuk berjalan. Tapi ibu yang sudah tidak mungkin untuk melakukan, maka peran bidan atau keluarga untuk membantunya dan menyeka dengan waslap yang dibasahi air dingin pada muka, leher dan tangan serta bagian kemaluan dibersihkan dengan kapas yang lembab. Demikian juga baju yang yang bash karena keringat dan air ketuban perlu diganti dengan yang bersih. Mulut dapat disegarkan dengan kumur-kumur atau gosok gigi.

2. posisi

dalam kehamilan ibu sudah aktif berproses dalam menghadapi persalinan missal ibu sudah senam, latihan jalan-jalan, jongkok, ibu

akan menggunakan posisi tidur senyaman mungkin yang telah dilakukan selama hamil seperti jongkok, merangkak atau berdiri. Hal ini akan meningkatkan keinginan menambah posisi karena sudah dilatih pada saat hamil. Hal ini juga merupakan suatu upaya untuk mengatasi kontraksi dibanding dengan ibu yang tidak pernah dilatih saat hamil. Tempat tidur untuk persalinan dirancang secara khusus yang dapat diubah-ubah sesuai dengan kebutuhan. Posisi alternative yang digunakan saat persalinan adalah menghindari posisi terlentang, ibu berusaha untuk menggunakan posisi senyaman mungkin.

3. Kontak fisik

Selama proses persalinan ibu tidak suka bercakap-cakaptetapi ibu akan merasa nyaman dengan kontak fisik keluarga hendaknya didorong agar mu berpegangan tangan, menggosok-gosok punggungnya dn menyeka dengan air dingin dengan menggnakan waslap atau dengan mendekapnya, mengelus-elu perutnya, memijat kaki atau dengan tehnik-tehnik lain yang serupa. Bila memungkinkan dilakukan rangsangan pada putting susudn klitoris untuk mendorong pelepasan oksitosin dan kelenjar pituitrin yang akan merangang kontraksi menjadi semakin kuat, secara alamiah. Keluarga didorong untuk membantu merubah posisi tidur ibu. Bidan hendaknya peka akan keinginan pasangan dan menghormatinya.

4. Pijatan

Ibu yang mengeluh skit pinggang atau nyeri selama persalinan mungkin akan merasakan pijatan akan sangat meringankan keluhan. Bidan atau keluarga dapat melakukan pijatan secara melingkar di daerah lumboskralis, menekan daerah lutut dengan posisi ibu duduk, atau menges-elus di daerah lutut.

5. Perawatan kandung kemih

Keinginan berkemih pada ibu inpartu sering terganggu dengan adanya kontraksi, oleh karena itu pengamatan terhadap kandung kemih haruslah diperhatikan karena dapat menghambat penurunan bagian terendah janin dan kontraksi uterus. Setiap 4 jam kandung kemih harus dikontrol dan diupayakan ibu dapat kencing sendiri dengan dicoba untuk kencing di pispot dengan disiram dengan air dingin atau dirangsang dengan membuka kran agar merangsang ibu untuk ingin kencing. (sumarah:2008)

(2) Kebutuhan psikologis ibu

Pada ibu hamil terjadi perubahan psikologi, demikian juga pada ibu bersalin. Perubahan psikologi pada ibu bersalin merupakan hal yang wajar, hampir semua ibu mengalaminya tergantung kepekaan dari setiap individu. Meskipun demikian ibu memerlukan bimbingan dari keluarga dan petugas penolong persalinan, agar ibu dapat menerima keadaan yang terjadi dan dapat memahami sehingga ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi.

Pada ibu bersalin sering merasa cemas, memikirkan hal-hal yang akan terjadi antara lain rasa sakit, takut menghadapi persalinan, penolongnya sabar tidak, apakah anaknya cacat. Banyak pikiran yang menghantui selama persalinan. Hal ini dapat menambah rasa sakit, oleh karena itu ibu bersalin memerlukan teman/pendamping selama persalinan.

Penelitian menunjukkan bahwa kehadiran seseorang pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan yang dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, perasaan lebih singkat dan menurunnya persalinan dengan tindakan. (sumarah:2008)

B. Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin kala II

a) Perubahan fisiologis yang terjadi pada kala II persalinan :

1. 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).
2. 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 refleksi saja, tapi juga merupakan tenaga untuk mengeluarkan bayi di mana tenaga mencedan harus bekerja lama dengan his (Hana, 2009).

3. Perubahan dalam dasar panggul

- a. Perubahan letak kandung kemih, kandung kemih akan naik ke arah rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan kepala bayi, inilah pentingnya pengosongan kandung kemih agar jalan lahir lebih luas, dan kepala bayi dapat lewat.
- 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).

4. 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).

b) 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 menyesuaikannya dan meloloskan diri dari panggul ibu, yang meliputi gerakan:

1. Enggement

Engagement pada primi gravid terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multi gravid terjadi pada awal kehamilan. Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam anero posterior. Jika kepala masuk pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang biparietal kanan dan kiri sama tinggi maka keadaan ini disebut sinklitimus.

Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau symphysis maka hal ini disebut Asinklitismus. Ada dua macam asinklitismus. Asinklitismus posterior dan asinklitismus anterior.

- a. Asinklitismus posterior yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan bertahan oleh symphysis pubis sedangkan tulang parietal

belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sacrum yang luas.

- b. Asinklitismus anterior yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promontorium dan tulang parietal depan rendah daripada tulang parietal belakang.

2. Penurunan kepala

- a. Dimulai sebelum onset persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.
- b. Kekuatan yang mendukung menurut cunningham dalam buku obstetric William yang diterbitkan tahun 1995 an ilmu kebidanan varney 2002:

- 1) Tekanan cairan amnion
- 2) Tekanan langsungfundus pada bokong
- 3) Kontraksi otot-otot abdomen
- 4) Ekstensi dan penelusuran badan janin atau tulang belakang janin.

3. Fleksi

- b. Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul.
- c. Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipitofrontalis 12 cmberubah menjadi oksipitobregmatika 9 cm.

- d. Posisi dagu bergeser ke arah dada janin.
- e. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba dari pada ubun-ubun besar.

4. Rotasi dalam

- a. Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran daerah terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan janin adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati hodge III (setinggi spina) atau setelah di dasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil mengarah ke arah jam 12.
- b. Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu:
 - 1) Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi.
 - 2) Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelah depan atas yaitu hiatus genetalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.

5. Rotasi Luar/putaran paksi luar

Terjadi gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh factor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam.

- a. Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala ke arah tuber ischiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin mnghadap kesalah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil akan berputar kearah kiri, bila mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke arah kanan.
- b. Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter bikrominal janin searah dengan dengan antero peosterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang symphisis dan bahu yang satunya di bagian posterior di belakang promontorium.
- c. Sutura sagitalis kembali melintang

6. Ekstensi

- a. Gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior symphisis pubis.
- b. Penyebab dikarenakan umbu jalan pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas, sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat melaluinya. Pada saat kepala janin mencapaidasar panggul tidak langsung terektensi , akan tetapi terus didorong ke bawah sehingga mendesak ke jaringan

perineum. Pada saat itu ada dua gaya yang mempengaruhi yaitu:

- 1) Gaya dorong dari fundus uteri ke arah belakang.
- 2) Tahanan dasar panggul dan simpisis ke arah depan.

Hasil kerja dari dua gaya tersebut mendorong ke vulva dan terjadilah ekstensi.

7. Ekspulsi

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

2. Tanda gejala kala II

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

3. 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.

a. Tanda-tanda lepasnya plasenta

1. Uterus menjadi semakin globuler
2. Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld).
3. 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 (Wiknjo satro, 2008).

b. Manajemen aktif kala III

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

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

7. Melakukan manajemen aktif kala III

Tehnik melahirkan plasenta :

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

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

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

4. 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 menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

3. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

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

1. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
2. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
3. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan
4. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan Atonia uteri.

4. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
5. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
6. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua persalinan.
 - a. Memeriksa temperature suhu tubuh ibu sekali setiap 2 jam pertama setelah kelahiran.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
7. 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).
8. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
9. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
10. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT dari sisa cairan ketuban, lendir, dan darah ibu. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang kering dan bersih.
11. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman yang diinginkan oleh ibu.
12. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

13. 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.
14. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.2.8 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 (Wiknjo sastro, 2008).

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

2.3 Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Masa Nifas

a. 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).

Tujuan asuhan pada masa nifas adalah untuk membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

b. Periode Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode :

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

komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Ambarwati, 2008).

4. 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 (Ambarwati, 2008).

- 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 3.1 kunjungan masa nifas.

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1	6-8jam post partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal. 5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. 7. 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	<p>8. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</p> <p>9. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</p> <p>10. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.</p> <p>11. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.</p> <p>12. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p> <p>13. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</p>
III	2 minggu post partum	14. Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	<p>15. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</p> <p>16. Memberikan konseling KB secara dini.</p>

Sumber:

Lusa, (2009)

2.3.2 Perubahan Fisiologis masa nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti:

1. Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

- a. Iskemia Miometrium – Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- b. Atrofi jaringan – Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.
- c. Autolysis – Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.
- d. Efek Oksitosin – Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Bayi lahir: Setinggi pusat – 1.000gr

Uri lahir: 2 jari di bawah pusat – 750 gr

I minggu: Pertengahan pusat symphysis – 500 gr

2 minggu: Tak teraba diatas symphysis – 350 gr

6 minggu: Bertambah kecil – 50 gr

8 minggu: Sebesar normal – 30 gr

2. Involusi tempat plasenta, uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochea.
3. Perubahan ligamen, setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala.
4. Perubahan pada Serviks, segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini

disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin.

5. Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam – macam Lochia dalam referensi Prawirohardjo (2007):
 1. Lochia rubra (Cruenta): berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari post partum.
 2. Lochia Sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3–7 post partum.
 3. Lochia serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 - 14 post partum
 4. Lochia alba : cairan putih, setelah 2 minggu
 5. Lochia purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
 6. Lochiastasis : lochia tidak lancar keluaranya.
6. Perubahan Pada Vulva, Vagina selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan

selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

7. Perubahan Sistem Pencernaan, sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.
8. Perubahan Sistem Perkemihan, pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

2.4 Manajemen Asuhan Kebidanan Varney dan SOAP Ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Manajemen kebidanan pada ibu intranatal adalah proses pemecahan masalah pada masa intra yang dipergunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 1997).

Dengan Tujuan :

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intra natal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama persalinan.

Hasil yang diharapkan:

Melakukan pengkajian, membuat diagnosa kebidanan, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun dokter atau melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta menyusun rencana asuhan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya. Manajemen kebidanan (7) langkah ini merupakan proses berpikir dalam mengambil keputusan klinik, ketika memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan atau diterapkan dalam setiap situasi.

a. Langkah I Pengkajian Data :

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

Data diperoleh melalui :

1. Anamnesa :

- a. Biodata, data demografi
- b. riwayat kesehatan, termasuk faktor herediter dan kecelakaan
- c. riwayat menstruasi
- d. riwayat obsetetrie dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi

- e. biospikospiritual
 - f. pengetahuan klien
2. Pemeriksaan fisik, sesuai kebutuhan dan tanda-tanda vital
 3. Pemeriksaan Khusus:
 - a. Inspeksi
 - b. Palpasi
 - c. Auskultasi
 - d. Perkusi
 4. Pemeriksaan Penunjang
 - a. laboratorium
 - b. diagnosa lain: USG, Radiologi
 5. Catatan terbaru dan sebelumnya

Data yang terkumpul ini sebagai data dasar untuk interpretasi kondisi klien untuk menentukan langkah berikutnya.

b. Langkah II : Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dirumuskan diaognosa yang spesifik, masalah psikososial yang sedang dialami oleh wanita tersebut.

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan.

Bidan diharapkan waspada dan mencegah diagnosa atau masalah potensi ini agar tidak terjadi kalau dimungkinkan, dan bersiap-siap menghadapinya bila diagnosa atau masalah potensi ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Baik oleh bidan maupun Dokter, dan atau untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi Klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses Manajemen ini berlaku baik asuhan primer priode dan pada antenatal, juga selama wanita tersebut bersama bidan, misalnya pada masa intranatal.

e. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Yang Komprehensif

Pada langkah ini dilaksanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian dari langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini data atau informasi yang kurang lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antropasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi selanjutnya, apakah ia membutuhkan penyuluhan, konseling atau rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan sosio-kultural, ekonomi atau psikologi.

f. Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan yang Efisien dan Aman

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian dilakukan oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukan seluruh asuhan ini sendiri, tetapi ia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya tetap terlaksana).

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosa atau masalah. Pelaksanaan asuhan dapat dikatakan efektif bilamana benar – benar efektif ada kemungkinan sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan proses yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, karena asuhan yang diberikan belum efektif.

Manajemen kebidanan (7) langkah ini merupakan proses berpikir dalam mengambil keputusan klinik, ketika memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan / diterapkan dalam setiap situasi.

Untuk pendokumentasian / pencatatan asuhan dapat ditetapkan dalam bentuk “SOAP” yaitu :

S : Subjektif data menurut perspektif klien data itu diperoleh melalui Pengkajian data, Identitas, dan anamnesa

O : Objektif data, yaitu hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung. Data ini termasuk catatan medik pasien yang lalu.

A : Analisis / interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi :

Diagnosa masalah

Antisipasi diagnosa / masalah potensial

Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter konsultasi kolaborasi dan rujukan (sebagai 2, 3, 4 dalam manajemen Varney)

P : Planning / perencanaan.

Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana (E) berdasarkan pada langkah 5, 6, 7 pada manajemen Varney. Ini termasuk hasil observasi dan evaluasi dari flowsheet.

Planning termasuk :

1. Asuhan mandiri oleh bidan
2. Kolaborasi / konsultasi dengan dokter nakes lain
3. Les diagnostic / laboratorium
4. Konseling / penyuluhan
5. Follow up

Ini semua termasuk keputusan klinis dalam prosedur tindakan, aktifitas, diet, kebutuhan, hidrasi, pendampingan.

2.5 Konsep dasar Asuhan Kebidanan

2.5.1 KEHAMILAN

1. PENGKAJIAN

1) SUBYEKTIF:

- a. Umur 16-35 tahun (score puji rohyati)
- b. Keluhan : Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III
diantaranya : leukorea, peningkatan frekuensi berkemih, nokturea, nyeri ulu hati, konstipasi, hemoroid, insomnia, nyeri pada ligamentum teres uteri, nyeri punggung bawah (nonpatologis), hiperventilasi dan sesak napas (nonpatologis), kesemutan pada jari
- c. Kunjungan : TM 1 (1X), TM 2 (1X) TM 3 (2X)
- d. Pergerakan anak pertama kali : sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir, Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : ± 3

1. Penyuluhan yang sudah di dapat

- 1) Nutrisi, Imunisasi, Istirahat, Kebersihan diri, Aktifitas, Tanda-tanda bahaya kehamilan, Perawatan payudara/laktasi, Seksualitas, Persiapan persalinan, KB
 - a. Pola nutrisi
Selama hamil : Makan 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, tahu, tempe dll), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam, dll), minum air putih 8 gelas/hari. minum susu 1 gelas/hari

b. Pola eliminasi

Selama hamil : berkemih lancar, warna urine kuning jernih, 5 kali / hari. Defekasi lancar, tidak merasa sakit, konsistensi lembek, 1 kali / hari.

c. Pola istirahat dan tidur

Selama hamil : Wanita hamil harus sering istirahat, tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Tidur siang 1 jam sehari, tidur malam 8 jam sehari

d. Pola kebersihan diri

Selama hamil : Mandi diperlukan untuk kebersihan selama kehamilan, terutama karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Mandi berendam tidak dianjurkan.

e. Pola hubungan seksual

Selama hamil : Coitus disarankan untuk dihentikan bila : Sering abortus / premature, Perdarahan vagina, Pada minggu terakhir kehamilan, coitus harus berhati-hati, Bila ketuban sudah pecah, Orgasme pada wanita hamil tidak dapat menyebabkan kontraksi uterus partus prematurus.

f. Pola emosional :

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

2) OBYEKTIF :

1. pemeriksaan Umum
2. Keadaan umum : Baik
3. Kesadaran : Composmentis
4. Status gizi
 - a. TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul
 - b. Kenaikkan BB selama hamil 6,5 – 16 kg rata-rata 12,5 kg
 - c. Kenaikkan BB trimester I : 1 Kg
 - d. Kenaikkan BB trimester II : 5 Kg
 - e. Kenaikkan BB trimester III : 5,5 Kg
5. Ukuran lila > 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk
6. Tanda vital
 - a. Suhu : 37° C, jika lebih dari 38° C kemungkinan infeksi

- b. Nadi : kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38°C menandakan infeksi
- c. Tekanan darah :110-140 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsi ringan
- d. Pernafasan : 16 – 24 x/ menit
- e. Muka : tidak odema , tidak pucat
- f. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
- g. Mulut : simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries pada gigi.
- h. Abdomen
 - a. Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae
 - b. Palpasi :

Leopold I :Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoideus, 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.

TFU Mc. Donald TFU Mc. Donald :Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm (± 2 cm).

c. 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.

7. Genetalia : Tidak odema , tidak varices.

- a) Bila ada oedem pada kehamilan dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum/tekanan rahim yang membesar pada vena dalam panggul yang mengalirkan darah ke kaki
- b) Reflek pattela : mengetahui adanya hipovitaminosis B₁, hipertensipenyakit urat syaraf, dalam keadaan normal reflek patelala.

8. Pemeriksaan penunjang

- a) kadar Hb normal lebih dari 11 gr %

b) albumin urine negative

c) reduksi urine negative

2.5.2 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G PAPIAH usia kehamilan 32-40 minggu, tunggal, Hidup, letak kepala Ǝ, intrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Masalah : Leukorea, Peningkatan frekuensi berkemih, Konstipasi, Insomnia, Nyeri punggung bawah (nonpatologis), Hiperventilasi dan sesak napas (nonpatologis), Kesemutan pada jari.
3. Kebutuhan : Pola personal hygiene, Pola nutrisi, Pola istirahat, Pola aktivitas

2.5.3 Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Tidak ada

2.5.4 Mengidentifikasi dan Menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tidak ada

2.5.5 Intervensi

Rencana asuhan pada ibu hamil adalah:

- 1) Bangun hubungan percaya antara petugas kesehatan dan klien

- 2) Libatkan klien dalam perencanaan
- 3) Lakukan deteksi masalah dan penangannya
- 4) Lakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia, kekurangan zat besi, penggunaan praktek yang merugikan
- 5) Dorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dsb).
- 6) Jelaskan tanda bahaya pada kehamilan.
- 7) Jelaskan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
- 8) Berikan informasi tentang kebutuhan klien.

2.5.6 PERSALINAN

1. SUBYEKTIF

- 2) Umur 16-35 tahun(score puji rohyati)
- 3) Keluhan utama :Rasa sakit oleh adanya his yang dapat lebih kuat, sering dan teratur. (3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih. Keluar lendir dan bercampur darah (show) lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pola Nutrisi

Menjelang persalinan ibu diperbolehkan makan dan minum sebagai asupan nutrisi yang dipergunakan nanti untuk kekuatan mengejan.

- 5) Psikologi

Kelahiran seorang bayi akan mempengaruhi kondisi emosional (seluruh keluarga, jadi usahakan agar suami/ anggota keluarga lain diikutkan dalam proses persalinan ini, usahakan agar mereka melihat, mendengar dan membantu jika dapat).

2. OBYEKTIF:

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Status gizi
 - a. TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul
 - b. Kenaikkan BB selama hamil 6,5 – 16 kg rata-rata 12,5 kg
 - c. Kenaikkan BB trimester I : 1 Kg
 - d. Kenaikkan BB trimester II : 5 Kg
 - e. Kenaikkan BB trimester III : 5,5 Kg
4. Ukuran lila > 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk
5. Tanda vital
 - a. Suhu : 37° C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi
 - b. Nadi : kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38°C menandakan infeksi
 - c. Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsi ringan
 - d. Pernafasan : 16 – 24 x/ menit
6. Muka : Tidak odema , tidak pucat

7. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
8. Mulut : Bibir tampak pucat kemungkinan anemis atau timbulnya rasa nyeri hebat
9. Abdomen
 - a) Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae
 - b) Palpasi :

Leopold I :Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoideus, 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
 - c) 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.

10 Genetalia : tidak ada oedem, tidak varices, tidak condyloma, pembesaran kelenjar bhatolini dan terdapat pengeluaran lendir dan darah, tidak ada cairan ketuban

11 Pemeriksaan Dalam : tidak ada nyeri tekan, VT : Ø 1 – 10 cm, eff 10-100%, ket (+/-) jernih, let-kep denominator UUK kiri depan, H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi.

2.4 Tabel Periksa Dalam

	VT	Keterangan
= 5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan
= 4/5	H= I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk kedalam panggul
= 3/5	H=II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
= 2/5	H=III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
=1/5	H=III-IV	Kepala didasar panggul
=0/5	H=IV	Di Perineum

2) Ekstremitas bawah

- a. Bila ada oedem pada kehamilan dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum/tekanan rahim yang membesar pada vena dalam panggul yang mengalirkan darah ke kaki
- b. Reflek pattela : mengetahui adanya hipovitaminosis B₁, hipertensipenyakit urat syaraf, dalam keadaan normal reflek patella

3. Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : GPAPIAH usia kehamilan, tunggal, hidup, intra uterine letkep, kesan kalm lahir normal, keadaan umum dan janin baik, dengan inpartu kala I fase laten / aktif.
2. Masalah :
cemas, gelisah, takut

Data Pendukung :

- 1) Klien khawatir / takut akan dirinya dengan kondisi saat ini.
- 2) Menanyakan keadaan persalinannya
Nyeri

Data Pendukung

- 1) Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng – kenceng.
- 2) Perut tegang pada saat kontraksi, (Manuaba 2010).
- 3) His pada fase aktif minimal 2 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih .

Kebutuhan

- 1) KIE tentang keadaannya saat ini
- 2) Dukungan emosional
- 3) KIE teknik relaksasi

4. Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial

- 1) Partus Macet
- 2) Inersia Uteri
- 3) Gawat Janin

5. Identifikasi akan kebutuhan segera

Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya berdasarkan kondisi klien

6. Planing

a. KALA I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 14 jam primi, dan ≤ 11 jam untuk multigravida diharapkan terdapat tanda dan gejala kala II

Kriteria Hasil :

- 1) Kala I sekitar 11 jam dan untuk primigravida berlangsung 14 jam
- 2) DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
- 3) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - a. TD sistole 100 - 140 mmHg dan diastole 60 - 90 mmHg
 - b. Suhu 36,5 – 37,5⁰C.
 - c. Nadi 60 - 100 x/menit.
 - d. Pernafasan 16 - 24 x/menit.

Intervensi

- 1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.
- 2) Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
- 3) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- 4) Beri asuhan sayang ibu
- 5) Berikan dukungan emosional.
- 6) Atur posisi ibu
- 7) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
- 8) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.
- 9) Lakukan pencegahan infeksi
- 10) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.
- 11) Observasi DJJ setiap 30 menit.
- 12) Anjurkan pasien untuk tirah baring .
- 13) Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.
- 14) Kaji tingkat nyeri dan upaya tindakan mengurangi respon
- 15) Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf.

S : Perutnya terasa sakit sekali dan ingin meneran, ingin BAB.

O : Keadaan umum ibu dan janin baik, ada dorongan meneran tekanan pada anus perineum menonjol vulva membuka, VT Ø 10

cm, eff 100 %, ketuban positif/negatif, letkep, hodge III-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil dan terkecil janin.

A : GPAPIAH kala II

P : Kala II

1. Persiapan pertolongan persalinan sesuai APN.
2. Cek alat/ kelengkapan alat.
3. Persiapan APD.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan

(pada primigravida 1-1,5 jam, pada multigravida 0,5-1 jam)
diharapkan bayi lahir spontan, tidak ada gawat janin.

Kriteria Hasil : Bayi lahir spontan , menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan.

Intervensi:

b. KALA II

ASUHAN PERSALINAN NORMAL 1-27 LANGKAH

1. Kenali tanda dan gejala kala II(Doran, Teknua, Perjol, Vulka).
2. Pastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin kemudian memasukan spuit kedalam partus set.
3. Pakai celemek plastik

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

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
19. Lindungi perineum dengan tangan kanan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Periksa kemungkinan ada lilitan tali pusat
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Pegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Telusuri dan memegang lengan, siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan jari telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dengan ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.
25. Nilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.
26. Keringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

Evaluasi

S : Ibu lega dengan kelahiran bayinya saat ini, rasa cemas sudah berkurang.

O : Tanggal bayi lahir Spt B, ♂/♀, Keadaan umum bayi tampak berenergi, gerak aktif, warna kemerahan, menangis kuat, TFU: setinggi pusat, globuler, tali pusat bertambah panjang, kontraksi uterus keras.

A : PAPIAH kala III

P : MAK III:

Intervensi Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \leq 30 menit diharapkan plasenta lahir.

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

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.

29. Suntikan oksitosin 10 unit secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral

30. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama.
31. Gunting tali pusat yang telah di jepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi) pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut, ikat tali pusat.
32. Berikan bayi pada ibunya, menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD)
33. Ganti handuk yang basah dengan kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain merengangkan tali pusat.
36. Lakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain mendorong ke arah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).

38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta searah jarum jam hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian dilahirkan, tempatkan pada tempat yang telah disediakan.
39. Letakkan telapak tangan difundus dan melakukan msase selama 15 detik, dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir.
40. Periksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal.

Maternal = selaput utuh, kotiledon dan lengkap.

Fetal = Diameter 15-20cm, tebal 2-3 cm, berat 500 gr

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

EVALUASI

S : Senang dan lega karena ari-ari sudah keluar

O : Plasenta lahir lengkap

1. Bagian maternal :

- a. Selaput utuh
- b. Jumlah kotiledon 15-20
- c. Diameter 18-20cm
- d. Tebal 2,5 cm
- e. Berat 500-600 gr

2. Bagian Fetal :

- a. Panjang tali pusat 55-60cm
- b. Insersi tali pusat pada uri bagian permukaan janin

A : Kala IV

P : Lanjutkan observasi kala IV

Intervensi Kala IV

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

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

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

43. Biarkan bayi diatas perut ibu.

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

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

46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

- a. setiap 2-3 kali pada 15 menit pertama post partum
- b. setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum

- c. setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.
47. Ajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
 48. Evaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
 49. Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15menit pada 1 jam pertama post partum dan setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.
 50. Periksa pernafasan dan temperature tubuh ibu setiap 1jam sekali selama 2 jam post partum
 51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk mendekontaminasi (rendam 10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
 52. Buang bahan-bahan yang sudah terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
 53. Bersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lender dan darah.
 54. Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan asi menganjurkan keluarga untuk memberi minum dan makanan yang diinginkan ibu, mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.
 55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
 56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan rendam selama 10 menit.
 57. Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
 58. Lengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV

EVALUASI

S : Senang karena semuanya berjalan lancar

O : TTV

a. UC

b. Kandung Kemih

c. TFU 2 jari dibawah pusat

d. Perdarahan < 500 ml

e. BB bayi > 2500 gram

f. PB bayi > 45 Cm

g. Laserasi

A : PAPIAH post partum fisiologis2 jam

P : Observasi Masa nifas

2.5.7 NIFAS

1. PENGKAJIAN

1) SUBYEKTIF :

- 1 Umur 16-35 tahun (score puji rohyati)
- 2 Ibu mengatakan nyeri pada jahitan, demam, nyeri dan bengkak pada payudara, nyeri pada symphysis 3-4 hari pertama, dysuria, nyeri leher atau punggung, hemoroid, cemas.

- 3 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.
- 4 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, diit cairan, obat-obatan analgesic dan perineum yang sakit
- 5 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
- 6 Pola aktivitas :Mobilisasi dini bertahap dan melakukan aktifitas seperti biasa.
- 7 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
- 8 Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan :Tidak mengonsumsi merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan. Mengonsumsi tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari. Mengonsumsi vitamin A 200.000 IU, (Suherni, 2009 ; 101).

2. Riwayat Psikososiospiritual :

1. Riwayat emosional

a. Taking In

- 1) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- 2) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- 3) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.

b. Taking Hold

- 1) Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- 2) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (misalnya eliminasi)
- 3) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui.

c. Letting Go

- 1) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ibu harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.

2) Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum.

2) OBYEKTIF:

1. Plasenta : bagian maternal dan fetal lengkap, berat plasenta 500 gr, diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, panjang tali pusat 50-60 cm jumlah perdarahan < 500 cc
2. Bayi : lahir Spt B, BB > 2500 gram /PB 50 cm /AS 8-10, tidak ada cacat bawaan, Masa gestasi 37-40 minggu
3. Keadaan umum : Baik
4. Kesadaran : Composmentis
5. Status gizi
 - a. TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul
 - b. Ukuran lila > 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk
 - c. Tanda vital
 - d. Suhu : 37° C, jika lebih dari 38°C kemungkinan infeksi
 - e. Nadi : Normal kurang dari 100 x/menit, bila lebih dari 100 x/menit dan urine pekat, kemungkinan ibu dehidrasi suhu lebih dari 38°C menandakan infeksi
 - f. Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg lebih dari 140/90 sampai dengan 160/110 mmHg menandakan preeklamsi ringan
 - g. Pernafasan : 16 – 24 x/ menit.
6. Mata : conjungtiva merah muda,

7. Mamae : puting susu (menonjol/mendatar adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal, (Suherni, 2009).
8. Abdomen : UC keras dan baik, TFU sesuai hari nifas. Uri lahir 2 jari bawah pusat, 1 minggu Pertengahan pusat symphysis, 2 minggu Tidak teraba atas symphysis, 6 minggu Bertambah kecil, 8 minggu Sebesar normal
9. Genetalia : pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), odem, peradangan, keadaan jahitan, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum
10. Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan.

3) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH post partum fisiologis..... jam
- b. Masalah : nyeri luka jahitan, perut mules
- c. Kebutuhan : tehnik relaksasi

4) Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Tidak ada

5) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

6) PLANNING

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

1. Intervensi

1) 6-8 jam post partum

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
- d. Pemberian asi awal.
- e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

2) 6 hari post partum dan 2 minggu post partum

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

3) 6 minggu post partum

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