

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS

2.1.1 Kehamilan

1) Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan yang lamanya adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir.

(Prawirohardjo, 2009).

Kehamilan terjadi jika ada pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani atau spermatozoa.

(Saminem, 2010).

2) Perubahan Fisik dan Psikologi pada ibu hamil

1. Perubahan Fisik pada Ibu Hamil Trimester III

Perubahan fisiologis dibagi menjadi perubahan yang dapat dilihat dan perubahan yang tidak dapat dilihat.

Perubahan yang dapat dilihat meliputi :

- a. Perubahan Kulit. Pada kulit terdapat deposit pigmentasi dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh peningkatan melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisit. Kadang-kadang terdapat

deposit pigmen pada dahi, pipi, dan hidung dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mamma. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea grisea. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut striae livide. (Sarwono, 2009)

- b. Perubahan kelenjar. Kelenjar gondok membesar sehingga leher ibu membentuk seperti leher pria. Perubahan ini tidak selalu terjadi pada wanita hamil.
- c. Perubahan payudara. Payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi setelah lahir. Perubahan yang terlihat pada payudara adalah :
 1. Payudara membesar, tegang dan sakit.
 2. Vena dibawah kulit payudara membesar dan terlihat jelas.
 3. Kelenjar montgomery yang terletak dibawah areola membesar dan terlihat dari luar. Kelenjar montgomery mengeluarkan lebih banyak cairan agar puting susu selalu lembab dan lemas. Sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.
 4. Payudara mengeluarkan cairan apabila dipijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan jernih. Pada kehamilan 16 –32 minggu, warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Pada kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

- d. Perubahan perut. Semakin mendekati masa persalinan, perut semakin besar. Biasanya hingga kehamilan empat bulan, pembesaran perut belum kelihatan. Setelah kehamilan lima bulan, perut mulai kelihatan membesar. Saat hamil tua, perut menjadi tegang dan pusat menonjol keluar.
- e. Perubahan alat kelamin luar. Alat kelamin luar ini tampak hitam kebiruan karena adanya kongesti pada peredaran darah. Kongesti terjadi karena pembuluh darah membesar, darah yang menuju uterus sangat banyak, sesuai dengan kebutuhan uterus untuk membesarkan dan memberi makan janin.
- f. Perubahan pada tungkai. Timbul varises pada sebelah atau kedua belah tungkai. Pada hamil tua, sering terjadi edema pada salah satu tungkai. Edema terjadi karena tekanan uterus yang membesar pada vena femoralis sebelah kanan atau kiri.
- g. Perubahan pada sikap tubuh. Sikap ibu menjadi lordosis karena perut yang membesar.

Perubahan yang tidak dapat dilihat :

- a. Perubahan pada alat pencernaan. Alat pencernaan lebih kendur, peristaltik kurang baik, terjadi hipersekresi kelenjar dalam alat pencernaan sehingga menimbulkan rasa mual, muntah, dan hipersaliva. Peristaltik yang kurang baik menimbulkan konstipasi atau obstipasi.
- b. Perubahan pada peredaran darah dan pembuluh darah seperti :
 - 1. Peredaran pada darah. Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar dari pada pertumbuhan sel darah

sehingga terjadi hemodelusi. Masa puncak terjadi pada umur kehamilan 32 minggu. Hemodelusi mulai tampak pada umur kehamilan 16 minggu. Dengan serum darah yang bertambah 25–30%. Sedangkan sel darah bertambah 20% dan curah jantung bertambah 30%.

2. Perubahan pada jantung. Selama hamil, jantung memompa untuk dua orang, yaitu ibu dan janin. Bertambahnya cairan darah menambah volume darah. Tetapi kepekatan darah berkurang dan pembuluh darah membesar. Oleh karena itu kerja jantung bertambah berat.
 3. Perubahan tekanan darah. Biasanya tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah, bahkan sedikit turun. Turunnya tekanan darah ini disebabkan kepekatan darah berkurang.
- c. Perubahan pada paru. Paru juga bekerja lebih berat karena mengisap zat asam untuk kebutuhan ibu dan janin. Pada kehamilan tua, posisi paru terdesak keatas akibat uterus membesar.
- d. Perubahan pada perkemihan.
1. Ginjal bekerja lebih berat karena harus menyaring ampas ibu dan janin.
 2. Ureter tertekan oleh uterus. Ureter semakin berkelok – kelok dan kendur sehingga menyebabkan perjalanan urin ke kandung kemih melambat.

3. Pada bulan kedua kehamilan, ibu lebih sering berkemih. Karena ureter lebih antefleksi dan membesar.
- e. Perubahan pada tulang. Bentuk tulang belakang menyesuaikan diri dengan keseimbangan badan karena uterus membesar. Pada kehamilan lebih dari enam bulan, sikap tubuh ibu tampak menjadi lordosis.
- f. Perubahan pada jaringan pembentuk organ. Jaringan menjadi lebih longgar dan mengikat garam.
- g. Perubahan pada alat kelamin dalam. Hal ini dikarenakan alat kelamin dalam merupakan alat reproduksi.

(Saminem, 2009).

2. Perubahan Psikologis pada Ibu hamil trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Sejumlah ketakutan muncul, wanita mungkin merasa cema dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih

bergantung pada orang lain lebih lanjut dan lebih menutup diri karena perasaan rentannya.

Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. Alternatif posisi dalam berhubungan seksual dan metode alternative untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau dapat menimbulkan perasaan bersalah jika wanita merasa tidak nyaman dengan cara- cara tersebut. Berbagi perasaan secara jujur dengan pasangan dan konsultasi menjadi sangat penting. (Varney, 2007)

Trimester ke ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau bayinya lahir dengan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. (Asrinah, 2010)

3) Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

1. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal (ANC)

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan

cukup empat kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode “K” yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu.

(Prawirohardjo, 2009).

Asuhan antenatal (antenatal care) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Secara khusus pengawasan antenatal bertujuan :

- a. Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, persalinan dan nifas.
- b. Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan dan nifas.
- c. Memberi nasehat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas, laktasi dan aspek keluarga berencana.
- d. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

(Yulaikhah, 2009).

2. Pemeriksaan Rutin dan Penelusuran Penyulit Selama Kehamilan

Dalam pemeriksaan rutin, dilakukan pula pencatatan data klien dan keluarganya serta pemeriksaan fisik dan obstetric meliputi:

- a. Identifikasi dan Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan umum dalam kehamilan

- c. Pemeriksaan laboratorium
- d. Pemeriksaan USG

(Prawirohardjo, 2009).

3. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

a. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa.

b. Preeklampsia

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

c. Nyeri hebat di daerah abdominal pelvikum

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

d. Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai

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

(Sulistyawati, 2009).

4. Asuhan berkala asuhan antenatal (ANC)

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan normal, jumlah kunjungan cukup empat kali satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Upaya memberdayakan ibu hamil dan keluarganya tentang proses kehamilan dan masalahnya melalui penyuluhan atau konseling dapat berjalan efektif apabila tersedia cukup waktu untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang diperlukan. Dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya sebaiknya dilakukan pencatatan:

- a. Keluhan yang dirasakan ibu hamil
- b. Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
- c. Menilai kesejahteraan janin , (Prawirohardjo, 2009)

5. Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah:

Tabel 2.1 : Pemeriksaan Panggul

Ukurannya	Definisi	Keterangan
Distansia spinarum	Jarak antara kedua spina anterior superior kanan atau kiri	Sekitar 24-26 cm
Distansia kristarum	Jarak terpanjang antara kedua krista iliaka kanan dan kiri	a. Antara 28-30 cm b. Kurang 2-3 cm dari ukuran normal kemungkinan panggul patologis

Distansia obliqua eksterna	<ul style="list-style-type: none"> a. Jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior sinistra b. Jarak spina iliaka anterior superior dekstra dan spina iliaka interior superior sinistra 	<ul style="list-style-type: none"> a. Merupakan ukuran silang b. Untuk menentukan apakah panggul simetris atau tidak
Konyugata eksterna (Boudiloque)	Jarak antara bagian atas simfisis dengan spina L5	Sekitar 18-20 cm
Distansia tuberum	Jarak tuber isciadika kanan dan kiri	<ul style="list-style-type: none"> a. Jarak sekitar 10,5 cm b. Jarak kurang dari normal, akan menunjukkan sudut simfisis kurang dari 90 derajat

(Sumber Mochtar, 1998).

2.1.2 Persalinan

1) Definisi Persalinan

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

(Manuaba, 2010).

Persalinan adalah proses dimana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit.

(JNPK-KR, 2008).

2) Jenis Persalinan

Jenis-jenis persalinan adalah sebagai berikut:

1. Persalinan Spontan

Persalinan yang seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan Buatan

Persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3. Persalinan Anjuran

Persalinan yang kekuatannya ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

(Manuaba, 2010).

3) Teori-Teori Persalinan

Teori-teori tentang persalinan adalah sebagai berikut:

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

2. Teori Penurunan Progesteron

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

3. Teori Oksitosin Internal

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

4. Teori Prostaglandin

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

5. Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

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

(Manuaba, 2010).

4) Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan adalah sebagai berikut:

1. His/ kontraksi rahim (power)

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

2. Jalan lahir (passage)

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

3. Janin (Passenger)

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

4. Kejiwaan Ibu (Psikis)

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

(Manuaba, 2010).

5. Pertolongan Persalinan

Peran penolong persalinan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi/

perasaan maupun fisik dan harus mempunyai ketrampilan serta pengetahuan tentang pertolongan persalinan yang sesuai dengan kompetensi bidan.

(Prawirohardjo, 2008).

5) Permulaan Terjadinya Persalinan

Menurut Manuaba (2010), penurunan hormon progesteron menjelang persalinan menyebabkan terjadinya kontraksi. Kontraksi otot rahim menyebabkan:

1. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak di bagian bawah, di atas simfisis pubis dan sering ingin berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
2. Perut lebih melebar karena fundus uteri turun.
3. Nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekan pleksus frankenhauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu).
4. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim.
5. Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

(Manuaba, 2010).

6) Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan adalah sebagai berikut:

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
2. Terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah.
3. Ketuban pecah.

4. Terdapat perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks).

(Manuaba, 2010).

7) Tahapan Persalinan

Tahapan dalam persalinan adalah sebagai berikut:

1. Kala I

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

2. Kala II

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

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

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

3. Kala III

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

4. Kala IV

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

(Manuaba, 2010).

8) Asuhan Persalinan Normal

1. Pengertian

Asuhan Persalinan Normal adalah asuhan kebidanan pada persalinan normal yang mengacu kepada asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir serta upaya pencegahan komplikasi (Depkes, 2004).

2. Tujuan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).

Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

Keterampilan yang diajarkan dalam pelatihan asuhan persalinan normal harus diterapkan sesuai dengan standar asuhan bagi semua ibu bersalin di setiap tahapan persalinan oleh setiap penolong persalinan dimana pun hal tersebut terjadi. Persalinan dan kelahiran bayi dapat terjadi di rumah, puskesmas ataupun rumah sakit. Penolong persalinan mungkin saja seorang bidan, perawat, dokter umum atau spesialis obstetri. Jenis asuhan yang akan diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi dan tempat persalinan sepanjang dapat memenuhi kebutuhan spesifik ibu dan bayi baru lahir (APN, 2007).

9) Penatalaksanaan Persalinan Normal

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

1. Penatalaksanaan Kala I

- a. Menilai kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf.
- b. Menyarankan kepada ibu untuk didampingi oleh orang yang dekat dengan ibu.
- c. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.
- d. Membimbing ibu untuk relaksasi.
- e. Mempersilahkan ibu untuk memilih posisi yang aman sesuai dengan keinginan.
- f. Menjaga privasi ibu.
- g. Menjaga kebersihan ibu.
- h. Mengatasi rasa ketidaknyamanan.
- i. Memberikan makan dan minum.
- j. Menjaga agar kandung kemih tetap kosong.
- k. Memberikan dukungan pada ibu.

2. Penatalaksanaan Kala II

1. Mengenali tanda gejala kala II (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).

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

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

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

3. Penatalaksanaan Kala III

28. Beritahu pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin.
29. Suntikkan oksitosin 10 unit pada 1/3 paha atas bagian distal secara IM.
30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat bayi sekitar 3 cm dari pusar.
31. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.
32. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Pastikan bahwa plasenta telah lepas dari tempat implantasinya.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri.

37. Lakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lintaidan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir.
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang disediakan.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh.

4. Penatalaksanaan Kala IV

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

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

57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering.

58. Lengkapi partograf, periksa tanda vital, dan berikan asuhan sayang ibu.

2.1.3 Nifas

1) Definisi Nifas

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

(Sulistyawati, 2009).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil.

(Sinopsis Obstetri Jilid I : 115).

Masa nifas (puerperium) yaitu di mulainya setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu.

(Prawirohardjo, 2009).

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan.

(Pusdiknakes, 2003:003).

2) Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan-tahapan masa nifas (post partum/puerperium) adalah :

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

Sebagai catatan, waktu untuk sehat sempurna bisa cepat bila kondisi sehat prima, atau bisa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.

(Sulistyawati, 2009).

3) Tujuan Masa Nifas

1. Menjaga kesehatan Ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada Ibu maupun bayinya.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana.

(Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal : hal 122).

4) Perubahan Fisik dan Psikologis pada Masa Nifas

1. Perubahan Fisik pada Masa Nifas
 - a. Involusi Alat-Alat Kandungan.

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabel 2.2 : Involusi Uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uteri
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas symphisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

(Sumber : Suherni, 2009).

- b. Bekas implantasi plasenta merupakan suatu luka yang kasar dan menonjol dalam kavum uteri, segera setelah persalinan. Penonjolan tersebut dengan diameter 7,5 cm sering disangka sebagai suatu bagian placenta yang tertinggal, sesudah 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm pada minggu ke-6 menjadi 2,4 cm.

(Ilmu Kebidanan : hal 237).

- c. Rasa sakit yang disebut after pains (merian/mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, berlangsung 2-4 pasca persalinan.
- d. Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.
1. Lochea Rubra : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernix caseosa, lanugo dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
 2. Lochea Sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
 3. Lochea Serosa : Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi hari ke 7-14 pasca persalinan.
 4. Lochea Alba : Cairan putih setelah 2 minggu.

5. Lochea Purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
6. Lochea Ostasis : Lochea tidak lancar keluarnya.

(Sinopsis Obstetri Jilid I, hal 116).

- e. Serviks : bentuk servik agak menganga seperti corong oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan servik uteri terbentuk semacam cincin. Warna servik warna merah kehitaman konsistensi lunak.
- f. Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang menegang sewaktu kehamilan dan partus setelah janin lahir berangsur-angsur ciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan uterus jatuh kebelakang.
- g. Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$, sesudah partus dapat naik $0,5^{\circ}\text{C}$ dari normal, tetapi tidak melebihi 38°C , sesudah 12 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan akan kembali normal.
- h. Nadi berkisar antara 60-80 x/menit, segera setelah partus dapat terjadi bradikardia.

(Ilmu Kebidanan : hal 239-240).

2. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

1. Tahap I : Taking In

- a. Periode ketegangan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan
- b. Fokus perhatian Ibu terutama pada diri sendiri
- c. Ibu mudah tersinggung, menjadi pasif terhadap lingkungan

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

(Sulistyawati, 2009).

5) Perawatan dan Pemeriksaan Masa Nifas

Perawatan Masa Nifas

1. Mobilisasi : Karena lelah setelah bersalin ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau ke 5 sudah diperbolehkan pulang.

2. Diet : Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, diantaranya yang mengandung protein banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.
3. Miksi : Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya, bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.
4. Defekasi : BAB harus dilakukan 3-4 x/hari pasca persalinan, jika masih belum bisa dilakukan klisma.
5. Perawatan Payudara (mammarum) : Perawatan mammarum telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
6. Laktasi : ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusukan bayi sangat baik untuk menjelmakan rasa kasih sayang antara Ibu dan anaknya
7. Senam masa nifas
Berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot abdomen rahim yang sudah menjadi longgar akibat melahirkan.

(Sinopsis Obstetri Jilid I, hal 117-118).

Pemeriksaan Masa Nifas

1. Pemeriksaan umum : TD, N, keluhan
2. Keadaan umum : suhu badan, selera makan, dll
3. Payudara : ASI, puting susu
4. Secret yang keluar misalnya loche, flour albus
5. Keadaan otot-otot kandungan

(Manuaba, 2008).

6) Standart Asuhan Masa Nifas

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

Frekwensi kunjungan masa nifas :

Tabel 2.3 : Standart asuhan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri. d. Pemberian asi awal. e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan dia harus tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah persalinan / sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan) c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konsling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.
III	2 minggu post partum	Sama seperti diatas (6 hari post partum)
IV	6 minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dia alami atau bayinya. b. Memberikan konsling KB secara dini.

(Sumber : Sulistyawati : 2009).

7) Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Infeksi nifas : keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas.
2. Demam nifas : demam masa nifas oleh sebab apapun.
3. Morbiditas puerperalis : kenaikan suhu badan sampai 38⁰C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama puerperium kecuali hari pertama. Suhu diukur 4 kali sehari secara oral.

(Sinopsis Obstetri Jilid 4, hal 420).

4. Sub involusi : proses mengecilnya uterus terganggu, faktor penyebabnya antara lain sisa-sisa placenta dalam uterus, adanya mioma uteri, endometritis dll. Pada peristiwa lochea bertambah banyak dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.
5. Perdarahan nifas sekunder bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan. Perdarahan ini bisa timbul pada minggu kedua nifas. Sebab-sebabnya adalah subinvolusi, kelainan kongenital uterus, inversio uterus, mioma uteri dll.

(Ilmu Kebidanan : hal 703).

2.2 MANAJEMEN VARNEY

2.2.1 Pengertian

Penatalaksanaan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

(Varney, 2006).

Penatalaksanaan kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah ke dalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Jadi, manajemen kebidanan ini suatu pendekatan pemecahan masalah yang digunakan oleh setiap bidan dalam pengambilan keputusan klinik pada saat mengelola klien; ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan balita dimanapun tempatnya. Proses ini akan membantu para Bidan dalam berpraktek memberikan asuhan yang aman dan bermutu.

2.2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan

Terdapat 7 langkah manajemen asuhan kebidanan yang telah diterapkan menurut Varney, antara lain :

1) Langkah I : Mengumpulkan Data Dasar

Pada langkah pertama ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, baik dari hasil anamnesa dengan klien, suami/keluarga, hasil pemeriksaan, dan dari dokumentasi pasien/catatan tenaga kesehatan yang lain.

Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara :

1. Menanyakan riwayat kesehatan, haid, kehamilan, persalinan, nifas dan sosial
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Pemeriksaan khusus

4. Pemeriksaan penunjang
5. Melihat catatan rekam medik pasien

Langkah ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah pengambilan keputusan yang akan diambil pada langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya.

2) Langkah II : Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan

Pada langkah ini bidan menganalisa data dasar yang didapat pada langkah pertama, menginterpretasikannya secara akurat dan logis, sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah kebidanan.

Diagnosa dirumuskan menggunakan nomenklatur kebidanan. Sedangkan masalah dirumuskan apabila bidan menemukan kesenjangan yang terjadi pada respon ibu terhadap kehamilan, persalinan, nifas. Masalah terjadi pada ibu tetapi belum termasuk dalam rumusan diagnosa yang ada, karena masalah tersebut membutuhkan penanganan/intervensi bidan, maka dirumuskan setelah diagnosa. Kesenjangan dirumuskan sebagai masalah kebidanan, yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk diberikan intervensi khusus, baik berupa dukungan/penjelasan/tindakan/follow up/rujukan.

3) Langkah III : Mengantisipasi Diagnosa/masalah potensial

Langkah ini merupakan langkah antisipasi, sehingga dalam melakukan asuhan kebidanan bidan dituntut untuk mengantisipasi permasalahan yang akan timbul dari kondisi yang ada/sudah terjadi. Dengan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial yang akan terjadi berdasarkan

diagnosa/masalah yang sudah ada, dan merumuskan tindakan apa yang perlu diberikan untuk mencegah atau menghindari masalah /diagnosa potensial yang akan terjadi.

4) Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera.

Pada saat ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan intervensi, tindakan konsultasi, kolaborasi dengan dokter lain, atau rujukan berdasarkan Kondisi Klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan yang terjadi dalam kondisi emergensi. Dapat terjadi pada saat mengelola ibu hamil, bersalin, nifas. Berdasarkan hasil analisa data, ternyata kondisi klien membutuhkan tindakan segera untuk menangani/mengatasi diagnosa/masalah yang terjadi.

Dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Dalam rumusan ini tindakan segera meliputi tindakan yang dilakukan secara mandiri , kolaborasi atau rujukan.

5) Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, baik yang sifatnya segera ataupun rutin.

Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi dengan merumuskan tindakan yang sifatnya mengevaluasi/memeriksa kembali. Atau perlu tindakan yang sifatnya follow up.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi penanganan masalah yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah

yang berkaitan, tetapi juga tindakan yang bentuknya antisipasi (dibutuhkan penyuluhan, konseling).

6) Langkah VI : Implementasi

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya kalau diperlukan.

Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya. (misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana, dan sesuai dengan kebutuhan klien).

7) Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

2.3 PENERAPAN ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian (data fokus)

1. Data Subyektif

1. Identitas

Umur 16-35 tahun (score puji rohyati), Usia < 16 tahun dan > 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan karena alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. (Asuhan Persalinan Normal, 2010)

2. Keluhan Utama : Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya : keputihan, sering buang air kecil/nocturia, hemoroid, konsipasi, sesak nafas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki/vulva. (Kusmiati, 2009)

3. Riwayat kebidanan

1) Kunjungan

Pertama / ulang.

Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13), satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27) dan dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40). (Sulistyawati, 2009).

4. Riwayat kehamilan sekarang

a. Keluhan

a) Keluhan pada TM 1 : mual dan muntah, kelelahan atau fatigue, keputihan, mengidam, sering buang air kecil

- b) Keluhan pada TM 2 : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki
- c) Keluhan pada TM 3 : sesak nafas, nyeri ligamentum rotundum, sering buang air kecil, konstipasi, sakit punggung bagian atas dan bawah
- b. Pergerakan anak pertama kali : Ibu akan dapat merasakan pergerakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir. (Varney, 2008)
- c. Frekwensi pergerakan janin dalam 3 jam terakhir : Gerakan menendang atau tendangan janin (10 kali dalam 12 jam). Gerakan janin yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan hipoksia berat atau janin meninggal. (Prawirohardjo, 2008)
- d. Penyuluhan yang sudah di dapat
Nutrisi, Imunisasi, Istirahat, Kebersihan diri, Aktifitas, Tanda-tanda bahaya kehamilan, Perawatan payudara/laktasi, Seksualitas, Persiapan persalinan, KB
- e. Imunisasi yang sudah di dapat
TT1 Pada kunjungan antenatal pertama.
TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 dengan efektifitas 3 tahun.
TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2 dengan efektifitas 5 tahun.
TT4 diberikan 1 tahun setelah TT3 dengan efektifitas 10 tahun.
TT5 diberikan 1 tahun setelah TT4 dengan efektifitas 25 tahun.
(Saifuddin, 2007).

5. Pola Kesehatan Fungsional

a) Pola nutrisi dan cairan

Selama hamil : Ibu hamil memerlukan lebih banyak nutrisi dari sebelumnya untuk pertumbuhan janin, kesehatan ibu dan persiapan laktasi. Menu baku yang dianjurkan yaitu makanan yang mengandung 4 sehat 5 sempurna. (Manuaba, 1998).

b) Pola eliminasi

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

c) Pola aktivitas sehari-hari

Selama hamil : Wanita karier yang hamil mendapat hak cuti hamil selama 3 bulan, yang dapat diambil sebulan menjelang kelahiran dan 2 bulan setelah persalinan. (Manuaba, 1998).

d) Pola istirahat dan tidur

Selama hamil : Wanita hamil harus sering istirahat, tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Tidur siang 1 jam sehari, tidur malam 8 jam sehari. (Manuaba, 1998).

e) Pola kebersihan diri

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

Mandi 2-3 kali / hari, gosok gigi 2 kali / hari, keramas 1 minggu 2 kali, ganti baju dan celana dalam 3-4 kali / hari

f) Pola hubungan seksual

Selama hamil : Coitus disarankan untuk dihentikan bila :

- Sering abortus / prematur.
- Perdarahan vaginam.
- Pada minggu terakhir kehamilan, coitus harus berhati-hati.
- Bila ketuban sudah pecah.
- Orgasme pada wanita hamil tidak dapat menyebabkan kontraksi uterus partus prematurus.

(Mochtar, 1998).

g) Perilaku kesehatan

Selama hamil : Jika mungkin, hindari pemakaian obat-obatan selama kehamilan terutama dalam triwulan I, pengobatan penyakit saat hamil selalu memperhatikan pengaruh obat terhadap pertumbuhan janin. (Mochtar, 1998).

Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mengakibatkan kelahiran dengan berat badan rendah, cacat bawaan, kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental bayi, bahkan kematian bayi.

6. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

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

7. Riwayat psiko-social-spiritual trimester III

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

(Sulistyawati, 2009).

2. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
 - b. Kesadaran : Composmentis
 - c. Status gizi
 - TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul.
 - Kenaikkan BB selama hamil 6,5 – 16 kg rata-rata 12,5 kg.
 - Kenaikkan BB trimester I: 1 Kg
 - Kenaikkan BB trimester II : 5 Kg
 - Kenaikkan BB trimester III : 5,5 Kg
 - d. Ukuran lila > 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk
- (Kusmiyati, 2009).

e. Tanda vital

- a) Tekanan darah : 110/70/-130/90. (prawiharjo, 2006).
- b) Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit. (Sulistyowati, 2009).
- c) Pernafasan: 16-20 Kali / menit. (Eviana, 2011).
- d) Suhu : 36,5-37,5⁰ C. (Eniyati, 2012).

2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala

- a. Muka : Simetris, tidak pucat,tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak ada oedema dan nyeri tekan.
- b. Mata : Simetris, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan pada palpebra, sklera berwarna putih, dan konjungtiva berwarna merah muda.
- c. Mulut : Bibir tampak pucat kemungkinan anemis atau timbulnya rasa nyeri hebat.
- d. Leher : Bila mengalami pembesaran kelenjar tyroid kemungkinan ibu mengalami kekurangan yodium, bila ibu berpenyakit jantung akan tampak pembendungan vena jugularis.
- e. Dada : Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colustrum keluar (TM III).

(Modul 2 Dep.Kes RI, 2002).

- TBJ/EFW : > 2.500 gram – 3.500 gram.

(Manuaba, 1998).

- Panggul

- a. Distansia Spinarum : (23-26 cm)

- b. Distansia Cristarum : (26-29 cm)

- c. Conjugata Eksterna : (18-20 cm)

- d. Lingkar Panggul : (80-90 cm)

(Sulaiman, 1983).

- Pemeriksaan penunjang

- a. kadar Hb normal lebih dari 11 gr %

- b. albumin urine negative

- c. reduksi urine negative

(Sulaiman, 1983).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : G PAPIAH, UK, hidup, tunggal, letak janin, intrauterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

(Sulistyawati, 2009).

- b. Masalah : sering berkemih, pigmentasi pada kulit, akne, kulit berminyak lebih nyata, adanya spider nevi, eritema pada telapak tangan, nyeri ulu hati, konstipasi, nyeri punggung dan haemoroid.

(Bobak, 2005 dan Sulistyawati, 2009).

- c. Kebutuhan : Observasi tanda-tanda vital
 KIE penyebab masalah
 KIE penanganan masalah

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

- a. Perdarahan Antepartum.
 b. IUGR.
 c. Partus Prematuritas.
 d. BBLR.

(Klein, 2012).

4) Identifikasi kebutuhan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada.

5) Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil : - Ibu dapat mengerti dan memahami penjelasan.
 - Ibu mampu menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan.

1. Informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga tentang kondisi kesehatan ibu saat ini.

R/ Alih informasi kepada ibu dan keluarga.

2. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat.

R/ Menjaga kondisi umum ibu agar membaik.

3. Jelaskan tentang pola kebiasaan ibu.

R/ kebiasaan merokok, narkoba dan minum alkohol dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.

4. Jelaskan tentang tanda bahaya kehamilan

R/ deteksi dini adanya gangguan serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.

5. Jelaskan pada ibu persiapan persalinan.

R/ ibu dan keluarga siap dan berpartisipasi aktif mempersiapkan kelahiran bayinya.

6. Anjurkan ibu untuk melakukan USG

R/ alat bantu diagnostik atau membantu mendiagnosis hal-hal yang terjadi dalam kehamilan.

7. Ingatkan Ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan.

R/ deteksi dini terhadap gangguan kehamilan dan perkembangan tumbuh kembang janin.

8. Berikan KIE penyebab dan cara mengatasi masalah yang dialami ibu.

a. Pigmentasi, akne, kulit berminyak lebih nyata

Karena hormon penstimulasi – melanosite. Tidak dapat dicegah, biasanya menghilang selama masa nifas, karena itu beri pengertian pada wanita dan keluarga.

b. Spider nevi

Jaringan arteriol dilatasi akibat peningkatan konsentrasi esterogen. Tidak dapat dicegah, yakinkan bahwa kondisi ini secara perlahan

menghilang selama akhir masa nifas, tetapi jarang hilang secara keseluruhan.

c. Eritema pada telapak tangan

Dapat disebabkan oleh prediposisi genetik atau hiperestrogenisme. Tidak dapat dicegah, yakinkan bahwa kondisi ini akan menghilang setelah 1 minggu melahirkan.

d. Nyeri ulu hati

Progesteron memperlambat motilitas saluran GI dan pencernaan, mengubah arah peristaltic, merelaksasi sfingter jantung, dan menunda waktu pengosongan lambung, lambung bergeser ke atas dan dikompresi oleh uterus yang membesar.

Cara mengatasinya :

- 1) Batasi makanan yang mengandung lemak atau penghasil gas.
- 2) Beri susu sedikit – sedikit rasa terbakar reda untuk sementara.
- 3) Minum teh panas atau kunyah permen karet.
- 4) Rujuk ke dokter bila gejala menetap.

e. Konstipasi

Motilitas saluran GI menurun karena pengaruh progesterone, menyebabkan resopsi air meningkat dan tinja menjadi kering. Predisposisi konstipasi adalah penggunaan suplemen besi per oral.

Cara mengatasinya :

- 1) Minum 6 gelas air putih / hari
- 2) Makan makanan berserat
- 3) Latihan ringan

4) Jangan memakai obat pelunak tinja, laktasif, minyak mineral, obat lain atau enema tanpa terlebih dulu berkonsultasi dengan dokter.

f. Hipotensi supine dan bradikardi

Karena saat wanita telentang, uterus gravida menekan vena kava asenden, perfusi ginjal dan uterus – plasenta menurun.

Cara mengatasinya : posisis miring atau setengah duduk dengan lutut sedikit fleksi

g. Haemoroid

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

Cara mengatasi : Defekasi yang teratur.

(Bobak, 2005 dan Sulistyawati, 2009).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian (data fokus)

1. Data Subyektif

1) Keluhan Utama

a. Rasa sakit oleh adanya his yang dapat lebih kuat, sering dan teratur.

(3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih).

b. Keluar lendir dan bercampur darah (show) lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.

c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

(DEPKES RI, 2008).

2) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

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

b. Eliminasi

BAB sebelum persalinan kala II, rectum yang penuh akan menyebabkan ibu merasa tidak nyaman dan kepala tidak masuk ke dalam PAP.

Pastikan ibu mengosongkan kandung kemih, paling tidak 2 jam.

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

(P.M. Hamilton, 1995).

c. Personal hygiene

Menggunakan baju yang bersih, kering dan nyaman selama persalinan.

b. Aktivitas

Ibu yang sedang dalam proses persalinan mendapatkan posisi yang paling nyaman, ia dapat berjalan, duduk, jongkok, berlutut atau berbaring, berjalan duduk dan jongkok akan membantu proses penurunan kepala janin, anjurkan ibu untuk terus bergerak, anjurkan ibu untuk tidak tidur terlentang.

c. 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).

d. Sosial budaya

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

(Mochtar, 1998).

2. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-Tanda Vital
 - a) Tekanan darah : 110/70/-130/90. (prawiharjo, 2006).
 - b) Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit. (Sulistyowati, 2009).
 - c) Pernafasan : 16-20 Kali / menit. (Eviana, 2011).
 - d) Suhu : 36,5-37,5⁰ C. (Eniyati, 2012).

2. Pemeriksaan Fisik

- Abdomen
 - a. Inspeksi : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan dan membujur, hiperpigmentasi linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, adanya linea livedae.

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

- Genitalia :

Pengeluaran pervaginam (blood slym), Kebersihan cukup, tidak adanya kondiloma acumintata, kondiloma talata, varices dan oedema.

• VT yang diperhatikan :

Perabaan servix : ditemukan servix lunak, mendatar, tipis, pembukaan .

Keadaan ketuban utuh/sudah pecah

Presentasi : - Teraba keras, bundar, melenting (kepala)

- Teraba kurang keras, kurang bundar, tidak melenting (bokong)

Turunnya kepala : $H_I - H_{IV}$ teraba sebagian kecil dari kepala.

Ada tidaknya caput dan bagian yang menumbung.

(Manuaba, 1998).

- Ekstremitas :oedem atau tidak

2) Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : G PAPIAH, UK, hidup, tunggal, letak janin, intrauterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin dengan inpartu kala I fase laten/aktif.

(Sastrawinata, 1983).

- b. Masalah : Cemas menghadapi persalinan
Nyeri akibat kontraksi
- c. Kebutuhan : Observasi CHPB
KIE penyebab masalah.

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

- a. Hipertensi
- b. Partus lama
- c. Hemoragic post partum
- d. Distosia bahu
- e. Robekan perineum
- f. Atonia uteri

(Manuaba, 2008).

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada.

5) Intervensi

1. Kala I

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama \pm ... jam, diharapkan terjadi pembukaan lengkap (UUK sebagai denominator berda di kanan/kiri depan).

Kriteria hasil :

- Keadaan umum ibu baik
- Ada tanda dan gejala kala II (adanya doran,teknus,perjol,vulka)
- His semakin adekuat dan teratur
- Terjadi penurunan kepala janin
- Pembukaan 10 cm, effasement 100%

Intervensi :

1. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini.
R/ alih informasi kepada ibu dan keluarga.
2. Anjurkan suami untuk mengisi lembar IC.
R/ bukti persetujuan antara klien dengan bidan.
3. Anjurkan ibu untuk kencing jika ingin kencing.
R/ membantu mempercepat penurunan kepala.
4. Ajarkan ibu teknik relaksasi.
R/ mengurangi rasa nyeri saat kontraksi.
5. Jaga privasi dan kebersihan diri ibu.
R/ memberi rasa nyaman pada ibu.
6. Berikan asupan nutrisi pada ibu.
R/ ibu cukup energi saat persalinan.
7. Bantu ibu dalam pengaturan posisi.
R/ mempercepat penurunan kepala dan juga tidak menekan pembuluh darah janin.
8. Ajarkan ibu tentang posisi dan cara meneran.
R/ membantu pengeluaran bayi dan mengurangi robekan jalan lahir.
9. Pantau keadaan ibu terutama pada tekanan darahnya dan janin dengan lembar partograf dan observasi.
R/ mengetahui perkembangan persalinan.
10. Siapkan semua perlengkapan peralatan sesuai dengan standart APN.
R/ mengurangi AKB, AKI.

2. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30-60 menit diharapkan bayi lahir spontan dan menangis spontan.

Kriteria Hasil:

- Ibu dapat meneran
 - Bayi lahir spontan
 - Tangis bayi kuat
1. Mengenali tanda gejala kala II (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka)
 2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir
 3. Gunakan celemek
 4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering
 5. Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melakukan pemeriksaan dalam
 6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/ steril. Pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik)
 7. Bersihkan vulva dan perineum dari arah depan ke belakang dengan kapas DTT
 8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan pada larutan clorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik dan rendam selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
11. Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa pembkaan sudah lengkap, dan keadaan janin baik, bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
12. Beritahu keluarga untuk membantu ibu menyiapkan posisi meneran
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman
15. Letakkan handuk bersih di atas perut ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva 5-6 cm
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk

menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal

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

3. Kala III

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

Kriteria hasil :

- Plasenta lahir spontan lengkap
- Kontraksi uterus baik.

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

gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh

4. Kala IV

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

Kriteria hasil :

- TTV normal
- TFU normal
- UC baik
- Kandung kemih kosong
- Perdarahan normal.

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum

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

43. Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu dan bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)

44. Lakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu dan bayi

45. Berikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) di paha kanan antero lateral

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

57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering

58. Lengkapi partograf, periksa tanda vital, dan berikan asuhan sayang ibu.

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian (data fokus)

1. Data Subyektif

1) Keluhan Utama

Nyeri pada jahitan, demam, nyeri dan bengkak pada payudara., nyeri pada symphysis 3-4 hari pertama, dysuria, nyeri leher atau punggung, hemoroid, cemas.

(Sulistyawati, 2009).

2) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Mobilisasi : Karena lelah setelah bersalin ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 6-8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau ke 5 sudah di perbolehkan pulang.

b. Kebersihan diri: Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali sehari. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali membersihkan

daerah kemaluan. Jika mempunyai luka episiotomi, hindari untuk menyentuh daerah luka.

(Sulistyawati, 2009).

- c. Perawatan Payudara (mammas) : Perawatan mammas telah dimulai sejak hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

(Mochtar, 1998).

- d. Istirahat : Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti

(Suherni, 2009).

- e. Aktifitas : melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga, dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang

(Sulistyawati, 2009).

- f. Seksual : Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau

6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

(Sulistyawati, 2009).

2. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum: Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda vital
 - a) Tekanan darah : 110/70/-130/90. (prawiharjo, 2006).
 - b) Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit. (Sulistyawati, 2009).
 - c) Pernafasan: 16-20 Kali / menit. (Eviana, 2011).
 - d) Suhu : 36,5-37,5⁰ C. (Eniyati, 2012)

2. Pemeriksaan Fisik

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

(Sulistyawati, 2009).

2) Interpretasi Data Dasar

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

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

- a. Atonia uteri
- b. Infeksi.
- c. Post Partum Blues.

(Klein, 2012).

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada.

5) Intervensi

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.

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.

6 minggu post partum

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

(Sulistyawati, 2009).