

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan, Nifas**

##### **2.1.1 Kehamilan**

###### **1) Definisi**

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).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Prawiroharjo, 2008).

###### **2) Batasan Usia Kehamilan**

1. Trimester I : 0 – 12 minggu
2. Trimester II : 13 – 28 minggu
3. Trimester III : 29 – 40 minggu

###### **3) Tanda dan Gejala Kehamilan**

Tanda dan gejala kehamilan Trimester 3 menurut Prawiroharjo (2008) yaitu:

1. Mammae menjadi tegang dan membesar.

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

2. Miksi sering

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

3. Konstipasi atau obstipasi

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

4. Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.

5. Varises (pemekaran vena-vena)

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluhdarah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara.

6. Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.

7. Tanda Braxton-Hicks

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi.

8. Teraba ballottement merupakan fenomena bandul atau pantulan balik.

Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

9. Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa, atau diraba, juga bagian-bagian janin.

10. Denyut jantung janin : 1) Didengar dengan stetoskop-monoral

Laennec. 2) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler. 3) Dicatat dengan fetoelektrokardiogram. 4) Dilihat pada ultrasonografi.

11. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto-rontgen

#### 4) **Diagnose Banding Kehamilan**

Diagnosa banding kehamilan menurut Manuaba, 2007, meliputi:

1. Hamil palsu

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.

2. Tumor kandungan atau mioma uteri

Terdapat pembesaran rahim tetapi tidak disertai tanda hamil, bentuk pembesaran tidak merata dan perdarahan banyak saat menstruasi.

3. Kista ovarium

Terjadi pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil, datang bulan terus berlangsung, lamanya perbesaran perut dapat melampaui umur kehamilan, dan pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan tes negatif.

#### 4. Hematometra

Terlambat datang bulan dapat melampaui umur kehamilan, perut terasa sakit setiap bulan, terjadi tumpukan darah dalam rahim, tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.

#### 5. Kandung kemih yang penuh

Dengan melakukan kateterisasi, maka pembesaran perut akan menghilang.

### 5) Perubahan Fisiologis Kehamilan

#### 1. Sistem Reproduksi

##### a. Uterus

Pada trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis. Batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada dinding SBR.

a) 28 minggu : fundus uteri terletak kira-ira tiga jari diatas pusat atau  $\frac{1}{3}$  jarak antara pusat ke prosesus xifoideus (25 cm).

b) 32 minggu : fundus uteri terletak kira-kira antara  $\frac{1}{2}$  jarak pusat dan prosesus xifoideus (27 cm).

c) 36 minggu : fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah prosesus xifoideus (30 cm).

d) 40 minggu : fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah prosesus xifoideus (33 cm).

## 2. Sistem Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodelusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

Pada kehamilan tahap lanjut, pelvis ginjal kanan dan ureter yang berat ke kanan akibat terdapat kolon rektosigmoid disebelah kiri.

Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine.

## 3. Sistem respirasi

Pada usia kehamilan 32 minggu keatas kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas. Karena usus – usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak.

## 4. Kenaikan berat badan

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

## 5. Sirkulasi darah

Hemodilusi penambahan volume darah sekitar 25% dengan puncak pada usia kehamilan 32 minggu, sedangkan hematokrit mencapai level terendah pada minggu ke 30-32 karena setelah 40 minggu massa RBC terus meningkat tetapi volume plasma tidak. Peningkatan RBC menyebabkan penyaluran oksigen pada wanita dengan hamil lanjut mengeluh sesa nafas dan pendek nafas.

Aliran darah meningkat dengan cepat seiring pembesaran uterus. Akibatnya lebih banyak oksigen diambil dari darah uterus selama masa kehamilan lanjut (Genong,1989). Pada kehamilan cukup bulan yang normal, seperenam volume darah total ibu berada didalam system pendarahan uterus. Kecepatan rata-rata aliran darah uterus ialah 500 ml/menit dan konsumsi rata-rata oksigen uterus gravid ialah 25 ml/menit. Tekanan arteri maternal, kontraksi uterus dan posisi maternal mempengaruhi aliran darah. Estrogen juga berperan dalam mengatur aliran darah uterus.

## 6. System musculoskeletal

Hormon progesterone dan hormon relaxing menyebabkan relaksasi jaringan ikat dan otot-otot yang terjadi maksimal pada satu minggu akhir kehamilan, proses relaxsasi ini memberikan kesempatan pada panggul untuk meningkatkan kapasitasnya sebagai persiapan persalinan,tulang pubik melunak menyerupai tulang sendi, sambungan sendi sacro cogsigis mengendur membuat tulang coccigis bergeser kearah belakang sendi panggul tidak stabil, pada ibu hamil akan

menyebabkan sakit pinggang. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dan dapat menyebabkan nyeri punggung (Kusmiyati, Yuni dkk.2009).

#### **6) Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester III**

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).

#### **7) Asuhan Antenatal**

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

#### **8) Tujuan Antenatal Care**

1. Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisi dan mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri dan proses persalinan.
2. Mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medis, bedah, atau obstetric selama kehamilan.

3. Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
4. Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial (Kusmiyati, Yuni dkk.2009).

#### **9) Standar Pelayanan Antenatal Care**

##### **1. Timbang Berat Badan**

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

##### **2. Mengukur Tekanan Darah**

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

##### **3. Ukur Tinggi Fundus Uteri ( T3 )**

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

## 2.1 Tabel ukuran tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan

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

*Sumber : Varney 2008*

## 4. Pemberian Imunisasi (Tetanus Toksoid)

Manfaat imunisasi TT ibu hamil :

- a. Melindungi bayinya yang baru lahir dari tetanus neonatorum (BKKBN, 2005). Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh *Clostridium tetani*, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistem 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 positif 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  $\text{FeSO}_4$  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. Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb  $< 11$  gr% Bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg Asam Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

#### 7. Pemeriksaan VDRL

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

#### 8. Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan Protein urine ( T8 ) dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklamsi.

#### 9. Pemeriksaan Urine reduksi

Pemeriksaan Urine Reduksi ( T9 ) untuk Bumil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.

#### 10. Perawatan payudara

Senam payudara atau perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

#### 11. Senam hamil

Senam ibu hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melakukan serta mencegah sembelit. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi. Menguasai teknik pernafasan yang berperan pada 22 minggu, dilakukan secara teratur, sesuai kemampuan fisik panggul, gerakan kepala dan gerakan bahu (memperkuat otot perut), gerakan jongkok atau berdiri (memperkuat otot vagina, perineum dan memperlancar persalinan) (Arifin, 2004).

## 12. Pemberian obat malaria

Malaria adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh satu dari beberapa jenis plasmodium dan ditularkan oleh gigitan nyamuk anopheles yang terinfeksi. Di Indonesia terdapat 3 jenis yang biasanya adalah plasmodium vivax, plasmodium falciparum, dan plasmodium malaria. Pemberian obat malaria kepada ibu hamil pendatang baru berasal dari daerah malaria, juga kepada ibu hamil dengan gejala khas malaria yakni panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia.

## 13. Pemberian kapsul minyak yodium

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis. Gangguan akibat kekurangan yodium (GAKI) adalah rangkaian efek kekurangan yodium pada tumbuh kembang manusia. Kekurangan unsur yodium dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengakibatkan gondok dan kretin yang ditandai dengan: 1) Gangguan fungsi mental. 2) Gangguan fungsi pendengaran. 3) Gangguan pertumbuhan. 4) Gangguan kadar hormon yang rendah.

## 14. Temu Wicara dalam Rangka Persiapan Rujukan

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

## 10) Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Pelaksanaan antenatal care dilakukan minimal 4 kali, yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III. Namun jika terdapat kelainan dalam kehamilannya, maka frekuensi pemeriksaan di sesuaikan menurut kebutuhan masing- masing. Ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan dikatakan teratur jika melakukan pemeriksaan kehamilan  $\geq 4$  kali kunjungan, kurang teratur jika pemeriksaan kehamilan 2-3 kali kunjungan dan tidak teratur jika ibu hamil hanya melakukan pemeriksaan kehamilan  $< 2$  kali kunjungan (WHO, 2006).

Kunjungan ibu hamil atau kontak ibu hamil merupakan kunjungan dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan perawatan antenatal sesuai standar yang ditetapkan. Kunjungan antenatal care tidak hanya mengandung arti bahwa ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas pelayanan, tetapi setiap kontak tenaga kesehatan (di posyandu, polindes/poskesdes, kunjungan rumah) dengan ibu hamil untuk memberikan pelayanan antenatal sesuai standar (Meilani,dkk, 2009).

K-1 ( Kunjungan Pertama ) adalah kunjungan/ kontak pertama ibu hamil dengan petugas kesehatan pada trimester pertama selama masa kehamilan yang dimaksudkan untuk diagnosis kehamilan. K-2 (Kunjungan Kedua) adalah kunjungan/ kontak kedua ibu hamil dengan petugas kesehatan pada trimester kedua selama masa kehamilan. Pemeriksaan terutama untuk menilai resiko kehamilan atau cacat bawaan. K-3 (Kunjungan ketiga) adalah kunjungan/ kontak ketiga ibu hamil dengan

petugas kesehatan pada trimester ketiga pada masa kehamilan. Pemeriksaan terutama menilai resiko kehamilan juga melihat aktivitas janin dan pertumbuhan secara klinis. K-4 (Kunjungan keempat) adalah kunjungan/ kontak keempat ibu hamil dengan petugas kesehatan pada trimester ke tiga selama masa kehamilan pemeriksaan terutama ditujukan kepada penilaian kesejahteraan janin dan fungsi plasenta serta persiapan persalinan (Mitayani, 2009).

### **11) Fisiologis Masalah Umum Selama Hamil Trimester III (28-40 mg)**

#### **1. Nyeri punggung bagian atas**

Nyeri punggung bagian atas terjadi karena akibat peningkatan ukuran payudara, yang membuat payudara makin berat.

Metode untuk mengurangi nyeri ini ialah dengan menggunakan bra yang berukuran sesuai ukuran payudara. Dengan mengurangi mobilitas payudara, bra penyokong yang berukuran tepat juga mengurangi ketidaknyamanan akibat nyeri tekan pada payudara yang timbul karena pembesaran payudara ( Varney, 2008 )

#### **2. Peningkatan frekuensi berkemih**

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan non patologis pada kehamilan sering terjadi pada dua kesempatan yang berbeda selama periode antepartum, yang terjadi pada trimester satu dan trimester tiga. Pada trimester satu akibat adanya peningkatan berat pada fundus dan pada trimester tiga di akibatkan oleh adanya lightening.

Metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih ini adalah mengurangi asupan cairan sebelum tidur pada malam hari dan menghindari minuman yang dapat merangsang untuk kencing contohnya pada teh ( Varney, 2008 ).

### 3. Nyeri uluh hati

Nyeri uluh hati ketidaknyamanan yang mulai timbul menjelang trimester tiga adalah kata lain untuk regurgitasi atau fluksus isi lambung yang asam menuju esophagus bagian bawah akibat peristaltis balikan. Cara mengatasi:

- a. Makan dalam porsi kecil, tetapi sering, untuk menghindari lambung menjadi penuh.
- b. Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar pada bagian lambung.
- c. Regangkan lengan melampau kepala untuk memberi ruang bagi perut untuk berfungsi.
- d. Hindari makan yang berlemak karena lemak dapat mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang di butuhkan untuk pencernaan.
- e. Hindari minum yang bersamaan dengan makankarena cairan cenderung menghambat asam lambung, diet makanan kering tanpa roti – rotian dapat membantu.
- f. Hindari makanan dingin
- g. Hindari makan pedas atau makan lain yang dapat mempengaruhi pencernaan ( Varney, 2008 ).

#### 4. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltic yang disebabkan otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Cara mengatasi : a) Asupan cairan yang adekuat, yakni minum air mineral 8 gelas / hari. b) Konsumsi buah dan makanan yang kaya akan serat. c) Istirahat cukup. d) Memiliki pola defekasi yang baik dan teratur ( Varney , 2008 ).

#### 5. Hemoroid

Hemoroid sering di dahului oleh konstipasi, oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesterone juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Cara mengatasi :a) Hindari konstipasi. b) Hindari mengejan saat defekasi. c) Tirah baring dengan cara mengelevasi panggul dan ekstermitas bagian bawah ( Varney, 2008 ).

#### 6. Kram tungkai

Dasar fisiologi untuk kram kaki belum di ketahui dengan pasti. Selama beberapa tahun, kram pada kaki di perkirakan di sebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan resiko rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh. Cara mengatasi: a) Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor. b) Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari. c) Dorong wanita untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan

sirkulasi darah. c) Minta untuk meluruskan kakinya dan menekan tumitnya (Varney, 2008).

#### 7. Edema dependen

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini di sebabkan oleh adanya tekanan uterus yang membesar pada vena – vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena cava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang. Cara mengatasi: a) Hindari menggunakan pakain ketat. b) Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari. c) Posisi menghadap ke samping saat berbaring ( varney, 2008 ).

#### 8. Insomnia

Insomnia terjadi karena ketidak nyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin terutama jika janin terlalu aktif. Cara mengatasi : a) Mandi dengan air hangat. b) Minum air hangat. c) Lakukan aktifitas yang baik menimbulkan stimulus sebelum tidur. d) Ambil posisi relaksasi( Varney, 2008 ).

#### 9. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral, dan juka di sebabkan oleh oterus yang membesar dan berakibat tubuh menjadi lordosis. Cara mengatasi : a) Mekanik tubuh yang baik saat mengangkat beban. b) Gunakan sepatu yang tumit rendah / tidak menggunakan high heals. c) Hindari membungkuk

terlalu lama. d) Ayunkan punggung / miringkan punggung ( Varnry, 2008 ).

#### 10. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesterone selama kehamilan di duga memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan karbon dioksida dan meningkatkan oksigen. Peningkatan kadar oksigen dapat menguntungkan bagi janin. Sesak nafas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang di alami pada trimester tiga. Selama periode ini uterus terus membesar dan dapat berakibat menekan pada diafragma. Cara mengatasi: a) Anjurkan wanita berdiri dan meregangkan lengannya di atas kepalanya secara berkala dan mengambil nafas yang panjang. b) Anjurkan mempertahankan postur tubuh yang baik, jangan menjatuhkan bahu. c) Ajarkan untuk melakukan pernafasan interkosta ( Varney, 2008 ).

#### 11. His palsu

Kontraksi palsu atau kontraksibraxton hicks merupakan kondisi menegangnya otot – otot Rahim yang membuat otot – otot perut ikut mengencang bahkan terasa jika di sentuh. Kondisi tersebut di ikuti dengan perasaan nyeri pada perut yang kemudian menjalar ke tubuh bagian bawah. Biasanya kondisi ini hanya berlangsung selama 1 – 2 menit saja.

Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari – hari atau secara intermiten bahkan tiga atau empat minggu sebelum awitan persalinan sejati ( Varney, 2008 ).

## 12) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester 3

### 1. Keluar darah dari jalan lahir

Perdarahan vagina pada awal kehamilan adalah merah, perdarahan bercak hingga derajat sedang pada kehamilan muda, perdarahan yang banyak 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 (Saiffudin, 2009).

### 2. 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 diatas 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).

### 3. 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).

4. 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).

5. 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).

6. 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).

#### 7. 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).

### **13) Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester 3**

#### 1. Kebutuhan fisik ibu hamil

##### a. 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.

##### b. Nutrisi

a) Kalori : Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat

menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeclampsia. Total pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

- b) Protein : Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan ( kacang-kacangan ) atau hewani ( ikan, ayam, keju, susu, telur ). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.
- c) Kalsium : Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.
- d) Zat besi : Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa ferrous gluconate, ferrous fumarate, atau ferrous sulphate. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.
- e) Air : Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel, darah, getah bening, dan cairan vital tubuh lainnya. Air menjaga

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

f) 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.

c. Personal hygiene ( Kebersihan pribadi )

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme, sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bath tub* dan melakukan *vaginal doueche*.

d. Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakain ibu hamil :

- 1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.
- 2) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- 3) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- 4) Memakai sepatu dengan hak rendah.
- 5) Pakaian dalam kedaan selalu bersih.

e. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut kosong dapat merangsang gerak peristaltic usus.

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan saat ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi( Asrinah : 2010).

#### f. Seksual

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

- 1) Sering abortus dan kelahiran prematur.
- 2) Perdarahan per vaginam.
- 3) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.
- 4) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri.

#### 2. Mobilisasi dan bodi mekanik

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

#### 3. Exercise / senam hamil

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

mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah ( Asrinah : 2010 ).

#### 4. 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.

#### 5. Imunisasi

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

memungkinkan, untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapat suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3, dengan interval 6 bulan ( bukan 4 minggu / 1 bulan ). Bagi ibu hamil dengan status T2, bisa diberikan satu kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4-pun dapat diberikan sekali suntikan ( TT5 ) bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5, tidak perlu disuntik TT lagi karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup ( 25 tahun ). Walau tidak hamil, bila perempuan usia subur belum mencapai status, diharapkan mendapat dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi perempuan untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus *long life card* ( LLC ) ( Asrinah : 2010).

### **2.1.2 Persalinan**

#### **1) Definisi**

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, 2010).

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, 2010).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan ( setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks(membuka dan menipis) dan berahir dengan lahirnya plasenta secara lengkap ( APN, 2008)

## **2) Sebab – sebab Persalinan**

### **1. Teori Keregangan**

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

### **2. Teori penurunan progesterone**

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

### **3. Teori Oksitosin internal**

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi baraxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan

maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

#### 4. Teori Prostaglandin

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

#### 5. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Superarenalis

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

#### 6. Teori Berkurangnya Nutrisi

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

#### 7. Faktor lain

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

### 3) Tanda Permulaan Persalinan

1. lightening yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul (PAP) terutama pada primipara.
2. Perut kelihatan lebih besar / melebar, fundus uteri menurun.

3. Pola kesuria dan sasuk miksi karena kandung kemih tertekan bagian bawah janin.
4. False labair pain yaitu perasaan sakit perut dan pinggang karena adanya kontraksi lemah dari uterus.
5. Serviks menjadi lembek, mendatar dan mengeluarkan sekresi lender, darah dari vagina (bloody show) (Prawirohardjo, 2007).

#### **4) Tanda dan Gejala Persalinan**

1. Penipisan dan pembukaan serviks.
2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
3. Cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina (APN, 2008).

#### **5) Faktor yang mempengaruhi Persalinan**

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

##### **1. Passage (jalan lahir)**

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

lahir yang relative kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

2. Power (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunteer disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha involunteer dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi *involunteer*(Sumarah, 2008).

3. Passanger (janin)

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

4. Penolong

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

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

#### 5. Psikologis

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

### **6) Tahapan Persalinan**

#### 1. Kala I

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

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 (JNPK-KR/POGI, 2008).
- d. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik (Rukiyah, 2009).

Fase Aktif persalinan :

- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 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 (JNKP-KR/POGI, 2008).

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu :

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

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

## 2. Kala II

Kala dua Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran bayi (JNKP-KR/POGI, 2008). Proses ini

berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida(Prawirohardjo,2010).

### 3. Kala III

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

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

### 4. Kala IV

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 (Prawirohardjo, 2010). Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

- a. Tingkat kesadaran penderita.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan.

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

## 7) Mekanisme Persalinan

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

### 1. Engagement

Terjadi ketika diameter biparietal kepala janin telah melalui pintu atas panggul.

### 2. Turun

Sebetulnya janin mengalami penurunan terus menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester III, antara lain masuknya bagian terbesar janin kedalam pintu atas panggul (PAP) yang pada primigravida 38 minggu atau selambat-lambatnya awal kala II.

### 3. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga

dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (Oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu terutama bidang sempit panggul yang ukuran melintang 10 cm untuk dapat melewatinya, maka kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran diameter Oksipito Frontalis (11,5 cm) harus Fleksi secara maksimal menjadi diameter Oksipito Bregmatika (9,5 cm).

#### 4. Rotasi dalam / putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil anterior posterior Pintu Bawah Panggul (PBP). Hal ini dimungkinkan karena kepala janin tergerak spiral atau seperti sekrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45°. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis.

#### 5. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau depleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada PBP mengarah ke depan dan ke atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya kalau tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada pertemuan dan

menembusnya. Dengan ekstensi ini maka sub Oksiput bertindak sebagai Hipomochlion (sumbu putar). Kemudian lahirlah berturut-turut sinsiput (puncak kepala), dahi, hidung, mulut, dan akhir dagu.

6. Rotasi Luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus.

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.

**8) Penatalaksanaan Persalinan**

1. Penatalaksanaan Kala I

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.
- 2) Melakukan informed consent pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- 4) Mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- 5) Memberikan asuhan sayang ibu:
  - a. Memberikan dukungan emosional

- b. Membantu pengaturan posisi ibu
  - c. Memberikan cairan dan nutrisi
  - d. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur
  - e. Pencegahan infeksi
- 6) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit..
  - 7) Observasi DJJ setiap 30 menit.
  - 8) Mendokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf
  - 9) Mempersiapkan rujukan
2. Penatalaksanaan Kala II
- 1) Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua (dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).
  - 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan, bahan, dan obat-obat esensial termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 3 ml ke dalam wadah partus set.
  - 3) Memakai celemek plastik.
  - 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun & air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
  - 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
  - 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung dilepaskan.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai dan pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat  $\frac{1}{3}$  bagian bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk menngeringkan janin pada perut ibu.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).

25) Melakukan penilaian segera bayi baru lahir :

- a. Apakah bayi menangi kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak aktif ?

26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut.

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

### 3. Penatalaksanaan Kala III

28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

- 32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 37) Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
- 38) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan

bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

40) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

#### 4. Penatalaksanaan Kala IV

41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.

45) Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Melengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

### 2.1.3 Nifas

#### 1) Definisi

Masa nifas disebut juga masa post partum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, dkk, 2009).

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Siti Saleha, 2009).

#### 2) Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium dini adalah masa kepulihan, yani saat – saat ibu dibolehan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial adalah masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. Remot puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamilatau persalinan mempunyai komplikasi (Suherni, dkk, 2009).

#### 3) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi
  - a. Perubahan Uterus

Terjadi kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar.

Hal ini menyebabkan iskemia pada lokasi perlekatan plasenta

(plasenta site) sehingga jaringan perlekatan antara plasenta dan dinding uterus, mengalami nekrosis dan lepas.

Ukuran uterus mengecil kembali (setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi sekitar umbilicus, setelah 2 minggu masuk panggul, setelah 4 minggu embali pada ukuran sebelum hamil).

Jika sampai 2 minggu postpartum, uterus belum masuk panggul, curigai ada subinvolusi. Subinvolusi disebabkan oleh infeksi atau perdarahan lanjut (late post partum haemorrhage). Mengenai tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi sebagai berikut :

Tabel 2.2Masa Involusi, Tinggi Fundus Uteri, Berat Uterus

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

Sumber : Suherni, 2009.

#### b. Perubahan Lokia

Lokia adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lokia terbagi menjadi :

- a) Lokia rubra (cruenta) : berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks

caseosa, lanugo dan nekoneum selama 2 hari pasca persalinan.

- b) *Lokia sanguinolenta* : berwarna merah uning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.
- c) *Lokia serosa* : berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.
- d) *Lokia alba* : cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.
- e) *Lokia purulenta* : Ini karena terjadinya infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) *Lochiotosis* : *Lochia* tidak lancar keluarnya (Suherni, dkk, 2009).

c. Perubahan Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Siti Saleha, 2009).

d. Perubahan Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara (Siti Saleha,200).

e. Perubahan Servik

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. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2–3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya.

## 2. Perubahan Sistem Perkemihan

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

- a. keadaan/status sebelum persalinan.
- b. Lamanya partus kalla II yang dilalui.
- c. Bersarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan  
(Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009).

## 3. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Eny Retna Ambarwati, Diah Wulandari, 2009).

## 4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal atau Diatesis Rectie Abdominis

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah placenta dilahirkan.

Ligament-ligamen, *diafragma pelvis*, serta *fasia* yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, *fasia*, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Sebagai akibat putusnya serat-serat plastic kulit dan distensi yang belangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, di anjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu. Pada 2 hari *post partum*, sudah dapat fisioterapi(Sulistyawati, 2009).

## 5. Perubahan Tanda-tanda Vital pada Masa Nifas

### a. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celcius. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat celcius, mungkin terjadi infeksi pada klien.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c. Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

d. Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum

menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Siti saleha,2009).

## 6. Perubahan Sistem Endokrin

### a. Hormon Placenta

Hormon placenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

### b. Hormone pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* ( minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

### c. Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

### d. Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI (Saleha, 2009).

## 7. Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah.

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml,

minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml (Sulistyawati, 2009).

#### 8. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan dieresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (*Haematokrit*).

Setelah persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitum cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-5 hari *post partum* (Sulistyawati, 2009).

#### 4) Perubahan Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stres pasca persalinan, terutama pada ibu primipara.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Fungsi yang mempengaruhi untuk sukses dan lancarnya masa transisi menjadi orang tua.
2. Respons dan dukungan dari keluarga dan teman dekat.
3. Riwayat pengalaman hamil dan melahirkan sebelumnya.
4. Harapan, keinginan, dan apresiasi ibu saat hamil juga melahirkan.

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

##### 1. Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah :

- a. Kekecewaan pada bayinya.
- b. Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d. Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

## 2. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

## 3. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya (Suherni, dkk, 2009).

## 5) Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Gizi Nutrisi ibu menyusui harus :
  - a. Mengonsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari.
  - b. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.

- c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
- d. Tablet zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) untuk member asupan vitamin A juga kepada bayinya, yaitu dengan melalui ASI-nya (Bahiyatun, 2009).

## 2. Ambulasi Dini

Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24 – 4 jam postpartum. Keuntungan early ambulation :

- a. Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- c. Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan, dan lain – lain selama ibu masih dalam masa perawatan (Saleha, 2009).

## 3. Eliminasi

- a. Buang Air Kecil (BAK)
  - a) Dalam 6 jam ibu nifas harus sudah bisa BAK spontan.
  - b) Urine dalam jumlah banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan.
  - c) Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu (Suherni, dkk.2009).

b. Buang Air Besar (BAB)

- a) BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena enema persalinan, diet cairan, obat-obatan analgetik, dan perineum yang sakit.
- b) Bila lebih dari tiga hari belum BAB bisa diberikan obat laksantia.
- c) Ambulasi secara dini dan teratur akan membantu dalam regulasi BAB.
- d) Asupan cairan yang adekuat dan diet tinggi serat sangat dianjurkan (Suherni, dkk.2009).

4. Kebersihan Diri

a. Perawatan Perineum

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

b. Perawatan Payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu.
- b) Menggunakan BH yang menyokong payudara.

- c) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- d) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- e) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam (Bahiyatun, 2009).

#### 5. Istirahat

- a. Anjurkan ibu supaya istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur.
- c. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain :
  - a) Mengurangi jumlah ASI yang di produksi.
  - b) Memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan.
  - c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Soleha, 2009).

#### 6. Seksual

- a. Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

- b. Ada kepercayaan budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan sek setelah 40 hari atau 6 minggu oleh karena itu perlu dikompromikan antara suami dan istri (Suherni, dkk.2009).

#### 7. Latihan Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah Senam Kegel. Senam Kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergantian pada otot – otot dasar panggul. Senam Kegel mempunyai beberapa manfaat antar lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan haemorroid, meningkatkan pengendalian atas urin ( Ambarwati, 2010)

#### 8. Keluarga Berencana

- a. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluraganya dengan mengajarkan pada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
- b. Biasanya ibu postpartum tidak akan menghasilkan telur ( ovulasi ) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, oleh karena ibu Amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan.
- c. Terkait beberapa metode KB, hal berikut sebaiknya dijelaskan terlebih dahulu kepada ibu :1) Bagaimana metode ini dapat

mencegah kehamilan dan efektivitas;2) Kelebihan dan keuntungan;3) Kekurangannya;4) Efek samping;5) Bagaimana menggunakan metode itu;6) Kapan metode itu dapat mulai digunakan untuk wanita pasca persalin yang menyusui.

- d. Jika seorang ibu atau pasangan telah memilih metode KB tertentu, sebaiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam 2 minggu untuk mengetahui apakah ada masalah bagi pasangan dan apakah metode tersebut bekerja dengan baik (Bahiyatun, 2009).

#### 6) Deteksi Dini Komplikasi Pada Nifas

1. Perdarahan
2. Infeksi masa nifas
3. Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur
4. Pembengkakan di wajah atau ekstremitas
5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
6. Payudara merah, panas, dan sakit
7. Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu lama
8. Rasa sakit, merah, dan pembengkakan kaki
9. Merasa sedih atau tidak mampu untuk merawat bayi dan diri sendiri

(Sulistyawati, 2009).

#### 7) Program dan Kebijakan Teknis Masa Nifas

Tabel 2.3 Program dan Kebijakan Teknis Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan pada masa nifas karenan atonia uteri.</li> <li>2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan apabila perdarahan berlanjut.</li> </ol>

		<p>3. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</p> <p>4. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.</p> <p>5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</p> <p>6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.</p> <p>Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
2	6 hari setelah persalinan	<p>1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.</p> <p>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.</p> <p>3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.</p> <p>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.</p> <p>5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.</p>
3	2 minggu setelah persalinan	<p>1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.</p> <p>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.</p> <p>3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.</p> <p>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.</p> <p>5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.</p>
4	6 minggu setelah persalinan	<p>1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya.</p>

		2. Memberikan onseling untuk KB secara dini.
--	--	--

*Sumber : Suherni, 2009.*

## **2.2 Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah metode & pendekatan pemecahan masalah kesehatan ibu & anak yang khusus dilakukan oleh bidan di dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga & masyarakat.

Istilah manajemen kebidanan digunakan untuk memberikan bentuk khusus dari proses yang dilakukan oleh bidan di dalam asuhan atau pelayanan kebidanan (DepKes, 2003)

### **2.2.1 Prinsip Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)**

1. Secara sistematis mengumpulkan & memperbaharui data yang lengkap & relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan & pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah & membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah & merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberikan informasi & support sehingga klien dapat membuat keputusan & bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.

6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan & melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi & merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat & bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan & merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan

### **2.2.2 Proses Manajemen Menurut Hellen Varney (1997)**

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

#### **1. Pengumpulan Data Dasar**

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

- a. Riwayat Kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya

- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

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

- a. Data Subjektif

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

- b. Data Objektif

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

## 2. Interpretasi Data Dasar

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

- a. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan

- d. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan (Muslihatin, 2009).

### 3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

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

### 4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

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

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

### 5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan

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

#### 6. Melaksanakan perencanaan

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

#### 7. Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaan (Soepardan, 2008).

## 2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

### 2.3.1 Kehamilan

#### 1) Pengkajian

##### 1. Subyektif

###### a. Biodata

Usia : umur 16(rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa) – 35 tahun (tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu) (Rochjati, 2003).

###### b. Keluhan utama

Ketidaknyamanan ibu hamil trimester 3 yaitu sering berkemih, sesak nafas, nyeri ligamentum, pusing, sakit pinggang, varises pada kaki(Sulistyawati,2009).

###### c. Riwayat Kebidanan

a) Selama kehamilan kunjungan ibu hamil 4 kali yaitu Satu kali pada triwulan I (sebelum 14 minggu) (K1), Satu kali pada Triwulan II (antara 14 – 28 minggu). Dua kali dalam triwulan III(antara minggu 28 – 36 dan sesudah minggu ke 36) (K4) (Poedji Rochjati, 2003).

- d. Riwayat obstetric yang lalu
  - a) Jumlah kehamilan : grandemulti akan menyebabkan kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan. (Poedji Rochjati, 2003). Dapat juga menyebabkan solusio plasenta, plasenta previa (F. Garry C, add all, 2001).
  - b) Riwayat persalinan : Primi tua sekunder akan menyebabkan persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2003).
- e. Riwayat kehamilan sekarang
  - a) Keluhan trimester 3 : Ketidaknyamanan ibu hamil trimester 3 yaitu sering berkemih, sesak nafas, nyeri ligamentum, pusing, sakit pinggang, varises pada kaki (Sulistyawati,2009).
  - b) Pada usia kehamilan trimester III seharusnya telah dilakukan penimbangan berat badan ibu dengan hasil TM III 5,5 kg, pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, mendapatkan imunisasi TT 2 kali, mendapatkan tablet zat besi sebanyak 90 tablet, dilakukan tes PMS, dan temu wicara dalam rangka rujukan.
  - c) Gerakan janin pertama kali di rasakan pada usia 16 minggu atau 4 bulan (Helen Varney,2008).
  - d) Frekwensi pergerakan : 10 kali dalam 12 jam (Kusmiati, 2010).
  - e) Imunisasi selama kehamilan sangat penting untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin.

Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Ibu hamil yang belum mendapatkan 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 telah 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) (Asrinah, 2010).

f. Pola kesehatan fungsional

a) Pola nutrisi

Makan : Kalori 2500 kalori/hari, protein 85 gram/hari, kalsium 1,5 kg/hari, zat besi 30 mg/hari, asam folat 400 mikro gram/hari (Asrinah, 2010).

Minum : air 6-8 gelas/ hari (1500-2000 ml), susu dan jus tiap 24 jam (Asrinah, 2010).

b) Pola eliminasi

Frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala bayi, BAB sering obstipasi ( sembelit ) karena hormone progesteron meningkat(Intan, 2011).

c) Pola istirahat

Menurut Bobak (2004), Musbikin (2005), dan Dewi (2008) Wanita hamil sangat dianjurkan untuk tidur dengan posisi miring ke kiri, karena janin akan mendapatkan aliran darah dan nutrisi yang lebih maksimal. Posisi ini juga membantu ginjal membuang sisa produk dan cairan dari tubuh, sehingga mengurangi pembengkakan di kaki, pergelangan kaki dan tangan. Tidur malam  $\pm$  sekitar 8 jam/ istirahat/ tidur siang  $\pm$  1 jam.

d) Pola aktivitas

Ativitas yang harus dihindari yaitu aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri terlalu lama, mengangkat sesuatu yang berat, paparan dengan radiasi (Kusmiyati, ddk.2009).

e) Pola seksual

Minat menurun lagi Libido dapat turun kembali ketika kehamilan memasuki trimester ketiga. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual, itulah beberapa penyebab menurunnya minat seksual(kusmiyati, 2009)

g. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita

- a) TBC : Keguguran, Bayi lahir belum cukup umur , Janin mati dalam kandungan. (Rochjati, 2003).

- b) Jantung : Kelahiran premature, BBLR, Bayi dapat lahir mati. (Rochjati, 2003).
- c) DM : Persalinan premature, Hydramnion, Kelainan bawaan, Makrosomia, Kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan minggu ke-36, Kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup, kemudian mati < 7 hari), pre-eklamsia, kelainan letak janin, insufisiensi plasenta(Rochjati, 2003).
- d) HIV : Terjadi gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil mudah terkena infeksi, kehamilan memperburuk progresifitas infeksi HIV, pertumbuhan intra uterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan risiko premature, bayi dapat tertular dalam kandungan atau tertular melalui ASI. (Rochjati, 2003).
- e) Toksoplasmosis : Infeksi pada kehamilan muda menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut menyebabkan kelainan kongenital, hidrosefalus. (Rochjati, 2003).
- h. Riwayat psiko-sosio-spiritual
  - a) Emosional : Cenderung malas, lebih sensitive, minta perhatian lebih, gampang cemburu.
  - b) Psikologis : merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan

keselamatannya. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal (sulistyowati,2009).

- c) Spiritual : ibu hamil pantang makanan yang berasal dari daging, ikan dan goreng-gorengan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan pada janin (Sulistyowati,2009)
- d) Sosial : adanya suatu dukungan positif dari keluarga, dan dengan adanya suatu peran yang aktif dari keluarga.

## 2. Obyektif

### a. Pemeriksaan umum

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : composmentis
- c) Keadaan emosional : kooperatif
- d) Tanda –tanda vital :1) Tekanan darah :110/70-130/90 mmHg.2) Nadi : 80-100 kali/menit.3) Pernafasan : 16-20 Kali / menit.4) Suhu :  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  (prawiroharjo, 2006). Jika tekanan darah 140/90 mmHg termasuk pre eklamsi ringan dan tekanan darah 160/110 mmHg pre eklamsi berat.

### e) Antropometri

- b) BB : Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil adalah 10 – 12 kg atau 20% dari berat badan ideal sebelum hamil, trimester III sekitar 6 kg.
- c) TB : > 145, Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. (Wheeler, 2004)
- d) Lila  $\geq 23,5$  cm. jika LILA < 23,5 kemungkinan KEK.

## f) Taksiran persalinan

Rumus Naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL, EDC = Expected Date of Confinement). Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Caranya yaitu tanggal hari pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3( Kusmiyati, 2009).

## g) Usia kehamilan

Tabel 2.4 Usia kehamilan menurut trimester 3

Tinggi Fundus	Usia kehamilan
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari(4 cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

## 3. Pemeriksaan Fisik

- 1) Wajah : Wajah pucat (Anemia), Wajah odema(bahaya kehamilan), cloasma gravidarum akibat deposit pigmen yang berlebihan.
- 2) Mata : conjungtiva pucat(Anemia), sklera kuning(hepatitis), bila merah conjungtivitis, kelopak mata bengkak kemungkinan ada preeklamsi.
- 3) Leher : adanya pembengkakan kelenjar tiroid(kreatinisme).
- 4) Mulut & gigi : mukosa bibir lembab, stomatitis, caries gigi menandakan kekurangan kalsium, gingivitis.
- 5) Mamae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan, kolostrum keluar..

6) Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi, linia nigra, stria alba, terdapat brakston hisk, TFU 2 jari bawah prosesus xifoideus, Konvergen/divergen, Primi  $\geq 36$  minggu sudah enggamen(Prawirohardjo,2009).

7) TFU Mc. Donald

Tabel 2.5 TFU berdasarkan Mc.Donald

TFU dalam cm	UK dalam bulan
30 cm	8 bulan
33 cm	9 bulan

*Sumber : Mochtar, 1989*

8) TBJ : dihitung dengan  $(TFU-n) \times 155 = 2790-3255$ gram

9) DJJ normal 120–160 x/menit dan teratur (Kusmiyati, 2009).

10) Ekstremitas : rentang geraknya normal, turgor normal, acral hangat, tidak terdapat oedema(Saminem,2010)

#### 4. Pemeriksaan penunjang

##### 1) Pemeriksaan Laboratorium

Hb : Trimester III : 11,0-12,2 gr% (Medforth, 2011)

##### 2) Pemeriksaan Lain

USG : Pemeriksaan USG baik secara transvaginal maupun transabdominal dapat mengidentifikasi hasil kehamilan berupa kantung kehamilan pada usia kehamilan 5 minggu. Pada usia kehamilan 6 minggu, fetal yolk sac sudah mulai tampak. DJJ dan usaha bernafas dapat diidentifikasi pada usia kehamilan 7 minggu (Indrayani, 2011).

## 2) Interpretasi Data Dasar

Adapun diagnosa, masalah, kebutuhan yang dapat ditimbulkan dari kehamilan adalah :

### a) Diagnosa :

G...(PAPIAH), usia kehamilan, anak hidup/mati, anak tunggal/kembar, letak anak, intrauterine/extrauterine, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita dan janin baik (Saminem, 2009).

b) Masalah : Sering buang air kecil/nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki/vulva, khawatir, cemas menghadapi persalinan, ketakutan dan (Kusmiati, 2009).

c) Kebutuhan : Pola personal Hygine, Pola Nutrisi dan cairan, Pola Aktivitas, Pola Istirahat, dukungan emosional(Yuni kusmiati, 2009).

## 3) Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Upaya antisipasi atau upaya pencegahan terhadap suatu komplikasi, komplikasi yang dapat terjadi antar lain: preeklampsia, solutio plasenta(Marmi, 2011).

## 4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Bidan perlu adanya kolaborasi kepada tim kesehatan yang lain jika diagnosa/masalah potensial benar terjadi antara lain kejang, sesak nafas, dan perdarahan.

## 5) Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.

Rasional : Memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janin.(Daengos, 2001)

2. Jelaskan kepada ibu mengenai ketidaknyamanan yang terjadi pada kehamilan trimester 3.

Rasional : Memberikan informasi penyebab, akibat dan cara mengatasi ketidaknyamanan pada kehamilan trimester 3, sehingga ibu dapat mengurangi ketidaknyamanan yang terjadi(Daengos, 2001).

3. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang.

Rasional : Nutrisi pada ibu hamil dibutuhkan tambahan kalori 285 kkal/hari, protein 75-100 gram/hari, zat besi 30-60 gram /hari, dimana dapat menunjang pertumbuhan ibu dan janin(sulit)(Daengos, 2001).

4. Anjurkan ibu beristirahat

Rasional : Memenuhi kebutuhan metaboli, serta meningkatkan aliran darah ke uterus dan dapat menurunkan kepekaan aktivitas uterus (Daengos, 2001).

5. Anjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat.

Rasional : Aktivitas yang berat dianggap dapat menurunkan sirkulasi utetroplasenta, kemungkinan mengakibatkan bradikardi janin(Daengos, 2001).

6. Jelaskan pada ibu tanda bahaya kehamilan trimester 3.

Rasional : Membantu ibu membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantu dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat (Daengos, 2001).

7. Jelaskan tanda-tanda persalinan

Rasional : membantu ibu mengenali tanda-tanda persalinan

8. Beri multivitamin

Rasional : Vitamin, besi sulfat dan asam folat membantu mempertahankan kadar Hb normal. Kadar hb rendah, mengakibatkan kelelahan lebih besar karena penurunan jumlah oksigen) (Daengos, 2001).

9. Anjurkan control ulang

Rasional : memantau keadaan ibu dan kesejahteraan janin.

### 2.3.2 Persalinan

#### 1) Pengkajian

##### 1. Subyektif

###### a. Keluhan utama

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

###### b. Riwayat kehamilan sekarang

Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin yang

menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan hipoksia berat atau janin meninggal. (Prawirohardjo, 2008).

c. Pola Fungsional

a) Nutrisi : dianjurkan tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan diri (varney, 2007).

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, 2002).

c) Istirahat : tidur miring kiri (APN, 2008)

d) Aktivitas : berjalan-jalan, duduk, menyapu.

e) Hubungan seksual: jika dilakukan saat ini akan merangsang pembukaan, karena sperma mengandung prostaglandin sehingga menambah pembukaan servik.

d. Riwayat Psiko-sosio-spiritual

Secara psikologis ibu yang mendekati persalinan akan merasa cemas, takut, khawatir dengan keadaannya.

2. Obyektif

a. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : baik

b) Kesadaran : composmentis

- c) Keadaan emosional : kooperatif
- d) Tanda –tanda vital :
- (1) Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg.
  - (2) Nadi : 80-100 kali/menit
  - (3) Pernafasan : 16-20 Kali / menit
  - (4) Suhu : 36,5<sup>0</sup>C-37,5<sup>0</sup>C (prawiroharjo, 2006)

b. Pemeriksaan Fisik

1. Wajah : Wajah pucat (anemi), Wajah odema(preeklamsi).
2. Mata : conjungtiva pucat(anemia), sklera kuning(hepatitis), bila merah (conjungtivitis), kelopak mata bengkak (preeklamsi).
3. Mulut & gigi : mukosa bibir lembab, stomatitis, caries gigi (kekurangan kalsium).
4. Mamae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, kolostrum sudah keluar.
5. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi, Leopold 4 : 4/5 bagian, Djj 120-160 x/menit (Yuni Kusmiyati, 2009), His frekwensi minimal 2 kali dalam 10 menit(APN, 2008).
6. Genitalia : blood show, lendir, air ketuban jernih, hemoroid.
7. Ekstremitas : odema
8. Pemerisaan dalam : servik lunak, mendatar, pembukaan servik Ø 1-10 cm, effecement 25-100 %, ketuban utuh/pecah, presentasi kepala, Hodge I – IV, denominator, ada Molase/tidak, teraba bagian kecil dan terecil janin atau tidak.

2) Interpretasi data dasar

- a. Diagnose : G...PAPIAH UK, Tunggal, Hidup, Presentasi Kepala, Intrauterin, Kesan jalan lahir normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik, dengan inpartu fase laten/aktif.
- b. Masalah : Nyeri saat kontraksi dan cemas menghadapi persalinan (Manuaba,2010).
- c. Kebutuhan : Berikan asuhan sayang ibu dan KIE tentang tehnik relaksasi.

3) Antisipasi terhadap diagnose/ masalah potensial

Upaya antisipasi atau upaya pencegahan terhadap suatu komplikasi, komplikasi yang dapat terjadi antar lain: distosia kelainan tenaga atau his, presentasi dahi, presentasi muka, retensio plasenta (Marmi, 2011).

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Bidan perlu adanya kolaborasi kepada tim kesehatan yang lain jika diagnosa/masalah potensial benar terjadi.

5) Planning

1. Kala 1

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

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban pecah jernih, terdapat penurunan bagian terbawah janin, his adekuat dan terdapat gejala kala II(Doran, teknus, perjol, vulka).

### Intervensi

- 1) Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.
- 2) Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- 4) Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- 5) Berikan asuhan sayang ibu:
  - a. Memberikan dukungan emosional : Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayi.
  - b. Membantu pengaturan posisi ibu : Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak.
  - c. Memberikan cairan dan nutrisi : makanan ringan dan minum air.
  - d. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur: ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam.
  - e. Pencegahan infeksi
- 6) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit..
- 7) Observasi DJJ setiap 30 menit.
- 8) Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf
- 9) Persiapkan rujukan (APN, 2008).

## 2. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\leq 1$  jam(Multi)/ $\leq 2$  jam (Primi) diharapkan bayi dapat lahir spontan dan selamat.

Kriteria Hasil : Ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, bayi menangis kuat, bayi bernafas spontan, gerak bayi aktif, kulit kemerahan.

Intervensi : 1-27 Langkah APN

- 1) Dengar & Lihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua ((dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).
- 2) Pastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan, bahan, dan obat-obat esensial termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 3 ml ke dalam wadah partus set.
- 3) Pakai celemek plastik.
- 4) Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun & air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Gunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Ambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
- 7) Bersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Celupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung dilepaskan.
- 10) Periksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai dan pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- 11) Beri tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Pasang handuk bersih saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, untuk menngeringkan janin pada perut ibu.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Tunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).
- 25) Lakukan penilaian segera bayi baru lahir :
  - a. Apakah bayi menangi kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
  - b. Apakah bayi bergerak aktif ?
- 26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti

handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut.

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

### 3. Kala III

Tujuan : Setelah melakukan asuhan kebidanan selama  $\leq 30$  menit diharapkan plasenta dapat lahir spontan.

Kriteria Hasil : Plasenta lahir lengkap, tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

Intervensi : Langkah APN ke 28-40

28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29) Oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin) dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir.

30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

- 32) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
- 35) Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) tegangkan tali pusat setelah uterus berkontraksi, dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
- 38) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan

bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

40) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

#### 4. Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\leq 2$  jam diharapkan tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil : KU ibu baik, TTV dalam batas normal, uterus berkontraksi baik, tidak terjadi perdarahan, kandung kemih kosong.

Intervensi : Langkah APN 41-58

41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

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

43) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.

45) Setelah satu jam pemberian vitamin K<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

- 46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 47) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Pastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Bersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.

57) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

58) Lengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

### 2.3.3 Nifas

#### 1) Pengkajian

##### 1. Subyektif

##### a. Keluhan utama

Kram perut, nyeri perineum, demam, keluar darah banyak (suherni, 2009).

##### b. Pola Fungsional

##### a) Pola Nutrisi :

a. Makan : 3-4 x/hari(karbohidrat, protein,mineral, dan vitamin)

b. Minum 8-10 gelas/hari

##### b) Pola Eliminasi

a. BAK: 1-2 x( spontan tidak nyeri)

b. BAB : Belum BAB (sulistyawati,2009)

##### c) Pola Istirahat

a. siang kira-kira 2 jam

b. Malam 7-8 jam(suherni,2009)

##### d) Pola personal hygiene

1. Mandi 2x/hari

2. Mengganti pembalut(suherni,2009)

e) Aktivitas : Menyusui bayinya dan 2 jam PP duduk, jalan.

f) Pola Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dan dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau minggu setelah kelahiran (Sulistyawati, 2009).

3. Riwayat psio-sosio-spiritual

Adanya respon positif dari ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayi(Sulistyawati,2009).

4. Perubahan psiko yang normal dialami ibu hari pertama sampai hari

kedua setelah melahirkan. Dimana keadaan ini, membuat ibu menceritakan pengalamannya saat proses persalinan. Ibu mengalami mules, nyeri, kurang tidur,dan lelah. Sehingga ibu harus istirahat. Gangguan psikologis yang timbul mudah tersinggung.

5. Perubahan psiko yang tidak normal yaitu post partum blues,

depresi post partum. Pada ibu yang mengalami post partum blues yaitu sedih, cemas, mudah menangis, mudah tersinggung, kelelahan.

2. Obyektif

a. Pemeriksaan umum

(1) Tekanan darah: 110/70-130/90 mmHg.

(2) Nadi : 80-100 kali/menit

(3) Pernafasan : 16-20 Kali / menit

(4) Suhu : 36,5<sup>0</sup>C-37,5<sup>0</sup>C (prawiroharjo, 2006)

b. pemeriksaan fisik

1) Wajah : wajah pucat (anemia), tidak odema.

2) Mata : conjungtiva pucat (anemia), sklera kuning(hepatitis).

3) payudara : hiperpigmentasi pada areola dan putting, putting susu menonjol, kolostrum keluar.

4) Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontrasi keras, kandung kemih kosong.

5) Genitalia : tidak odema, jahitan basah, lochea rubra, perdarahan sedikit.

3. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH 2-8 Jam Post Partum/ Hari ke-

Masalah : Nyeri Perut(After Pain), nyeri perineum, post partum blues(Varney, 2008).

Kebutuhan : HE penyebab nyeri perut, nyeri perineum dan post partum blues, HE Mobilisasi, HE aktivitas, HE Nutrisi, HE Personal Hygine, dan dukungan emosional.

4. Antisipasi terhadap diagnosa potensial

Upaya antisipasi atau upaya pencegahan terhadap suatu komplikasi, komplikasi yang dapat terjadi antar lain: bendungan payudara, depresi post partum (Marmi, 2011).

5. Identifikasi kebutuhan dan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Bidan perlu adanya kolaborasi kepada tim kesehatan yang lain jika diagnosa/masalah potensial benar terjadi.

6. Intervensi

(1) Kunjungan 1 (6-8 jam)

- 1) Mencegah perdarahan pada masa nifas karenan atonia uteri.
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan apabila perdarahan berlanjut.
- 3) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
- 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- 7) Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamam kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

(2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.

- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.