

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep dasar teori kehamilan persalinan dan nifas.**

##### **2.1.1. Kehamilan**

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

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 ketujuh sampai 9 bulan (Sarwono, 2009:89)

###### **2) Diagnosis Kehamilan**

Tanda-tanda kehamilan meliputi tanda presumtif, tanda kemungkinan hamil dan tanda pasti kehamilan. Tanda pasti kehamilan meliputi :

1. Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian
2. Denyut Jantung Janin
  - a. Didengar dengan stetoskop-monoaural Leannec.
  - b. Dicatat dan didengar dengan alat Doppler.
  - c. Dicatat dengan fetoelektrokardiogram
  - d. Dilihat dari ultrasonografi
3. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen

(Amru Sofian, 2011:35-37)

### 3) Perubahan Fisiologis Pada Wanita Hamil

#### 1. Uterus

- a. Ukuran: Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan: 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.
- b. Berat: Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram pada akhir kehamilan (40 pekan).
- c. Bentuk dan Konsistensi: Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim teraba tipis, karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.
- d. Posisi rahim dalam kehamilan:
  - a) Pada permulaan kehamilan-dalam letak antefleksi atau retrofleksi.
  - b) Pada 4 bulan kehamilan- rahim tetap berada dalam rongga pelvis.
  - c) Setelah itu- memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati.
  - d) Rahim mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.
- e. Vaskularisasi: Arteri uterinae dan arteri ovarikae bertambah diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah.

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

## **2. Indung Telur (ovarium)**

- a. Ovulasi terhenti.
- b. Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

## **3. Vulva dan Vagina**

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

## **4. Dinding Perut (Abdominal Wall)**

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga menimbulkan striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastesis rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

## **5. Sistem Sirkulasi Darah**

- a. Volume darah: Volume darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan

bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti pertambahan curah jantung (cardiac output), yang meningkat sebanyak  $\pm 30\%$ . Akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekomposisi kardis. Kenaikan plasma darah dapat mencapai 40% saat mendekati cukup bulan.

- b. Protein darah: Gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin dan gemaglobulin menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. Beta-globulin dan fibrinogen terus meningkat.
- c. Hitung jenis hemoglobin: Hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport  $O_2$  yang sangat diperlukan selama kehamilan. Konsentrasi Hb pada orang yang tidak hamil. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh volume plasma yang meningkat. Dalam kehamilan, leukosit meningkat sampai 10.000/cc, begitu pula dengan produksi trombosit.
- d. Nadi dan tekanan Darah: Tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra-hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi dalam keadaan normal 70

kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Ari Sulistyowati, 2009 : 61)

- e. Jantung: Pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan.

## **6. Sistem Pernafasan**

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

## **7. Saluran Pencernaan ( Traktus Digestivus)**

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (morning sickness).

## **8. Tulang dan Gigi**

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak (softening). Juga terjadi jika sedikit pelebaran pada ruang persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada

tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor. Misalnya higiene yang buruk pada rongga mulut.

## 9. Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu:

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

## 10. Metabolisme

Umumnya, kehamilan mempunyai efek pada metabolisme. Karena itu, wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dan berada dalam kondisi sehat.

- a. tingkat metabolik basal (*basal metabolic rate, BMR*) pada wanita hamil meningkat hingga 15-20%, terutama pada trimester akhir.
- b. Keseimbangan asam-alkali (*acid-base balance*) sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali
- c. Dibutuhkan protein yang banyak untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.

- d. Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan bertambah, sering buang air kecil, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang mengingatkan kita pada diabetes melitus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa, seperti somatomotropin, insulin plasma, dan hormon-hormon adrenal-17-ketosteroid.
- e. Metabolisme lemak juga terjadi. Kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomotropin berperan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat dibadan, perut, paha, dan lengan.
- f. Metabolisme mineral:
  - a) Kalsium: dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang, terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
  - b) Fosfor: dibutuhkan rata-rata 2g/hari.
  - c) Zat besi: dibutuhkan tambahan zat besi  $\pm 800$  mg, atau 30-35 mg sehari.
  - d) Air: Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
- g. Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5-16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan kehamilan (preeklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:
  - a) Janin, uri, air ketuban, uterus.

- b) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein dan retensi air.
- h. Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori terutama diperoleh dari pembakaran zat arang, khususnya sesudah kehamilan 5 bulan keatas. Namun, jika dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori.
- i. Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein.

#### **11. Payudara (Mammae)**

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang, dan berat. Dapat teraba noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan areola payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolong (kolostrum) yang berwarna kuning pada akhir kehamilan (Amru Sofian, 2011: 30-32)

#### **4) Perubahan dan Adaptasi Psikologis dalam Masa Kehamilan**

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



Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu mulai merasa takut akan sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu persalinan. Rasa tidak nyaman timbul kembali karena perubahan body image yaitu merasa dirinya aneh dan jelek. Ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

(Yuni Kusmiyati, 2009: 71-74)

## **5) Ketidaknyamanan pada Ibu hamil Trimester III**

### **1. Keputihan**

Penyebab adalah hiperplasia mukosa vagina, peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dari peningkatan hormone estrogen. Cara mengatasi meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam yang terbuat dari koton bukan nilon, menghindari pencucian vagina dengan sabun dari arah depan kebelakang.

### **2. Sering Buang Air Kecil/Nocturia**

Penyebab adalah tekanan uterus pada kandung kemih, nocturia akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air, air dan sodium tertahan dibawah tungkai selama siang hari karena statis vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat akibat peningkatan dalam jumlah output air seni. Cara mengatasi penjelasan mengenai sebab terjadinya, kosongkan saat terasa dorongan untuk kencing, perbanyak minum pada siang hari, jangan kurangi minum pada

malam hari untuk mengurangi nocturia, kecuali jika nocturia mengganggu tidur dan menyebabkan kelelahan, batasi minum bahan dieuretika alamiah : kopi, teh, cola dan cafein.

### **3. Hemoroid**

Penyebab adalah konstipasi, tekanan yang meningkat dari uterus gravid terhadap vena hemoroida, dukungan yang tidak memadai pada vena hemoroid diarea annorektal, kurangnya klep dalam pembuluh ini yang berakibat pada perubahan secara langsung pada aliran darah, statis, gravitasi, tekanan vena yang meningkat dalam vena panggul, kongesti vena, pembesaran vena-vena hemoroid. Cara mengatasi hindari konstipasi, makan makanan berserat, gunakan kompres es, kompres hangat, hindari BAB sambil jongkok.

### **4. Konstipasi**

Penyebab adalah peningkatan kadar progesterone yang menyebabkan peristaltic usus jadi lambat, penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot halus, penyerapan air dari colon meningkat, tekanan dari uterus yang membesar pada usus, suplemen zat besi, diit, kurang senam. Cara mengatasi tingkatkan intake cairan, serat didalam diit, minum cairan dingin / panas saat perut kosong, istirahat cukup, senam, membiasakan buang air secara teratur, BAB segera setelah ada dorongan.

## **5. Sesak Nafas**

Penyebab peningkatan kadar progesterone berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO<sub>2</sub> serta meningkatkan kadar CO<sub>2</sub>. Meningkatkan aktifitas metabolic, uterus membesar dan menekan pada diafragma. Cara mengatasi jelaskan penyebab fisiologinya, dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi, secara periodic berdiri dan merentangkan lengan diatas kepala serta menarik nafas panjang, mendorong postur tubuh yang baik melakukan pernafasan intercostals, latihan nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal ditinggikan, makan tidak terlalu banyak, hentikan merokok, konsul dokter bila ada asma.

## **6. Pusing**

Pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai, yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan output cardiac serta tekanan darah dengan tekanan otostatis yang meningkat, mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia, sakit kepala pada triwulan terakhir dapat merupakan gejala preeclampsia berat. Cara mengatasi bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat atau sesak, hindari berbaring dalam posisi terlentang, konsultasi/ periksa untuk rasa sakit yang terus menerus.

## 7. Varises pada kaki atau vulva

Penyebab adalah kongesti vena dalam vena bagian bawah yang meningkat sejalan dengan kehamilan karena tekanan dari uterus, kerapuhan jaringan elastic yang diakibatkan oleh esterogen, kecenderungan bawaan keluarga, disebabkan faktor usia dan lama berdiri. Cara mengatasi tinggikan kaki sewaktu berbaring atau duduk, berbaring dengan posisi kaki ditinggikan kurang lebih 90 derajat beberapa kali sehari, jaga agar kaki jangan bersilang, hindari berdiri atau duduk terlalu lama, istirahat dalam posisi berbaring miring ke kiri senam, hindari pakaian dan korset yang ketat, jaga postur tubuh yang baik, kenakan kaos kaki yang menompang.

(Yuni Kusmiati, 2010 : 143-153)

## 6) Standart Asuhan Kehamilan

### 1. Kunjungan *Ante-natal Care* (ANC)

- a. Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- b. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27)
- c. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)

### 2. Pelayanan standart, yaitu 7 T.

Sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan, standar minimal pelayanan pada ibu hamil adalah 7 bentuk yang disingkat dengan 7 T, antara lain sebagai berikut :

- a. Timbang berat badan.
- b. Ukur Tekanan darah

- c. Ukur tinggi fundus Uteri
- d. Pemberian imunisasi TT lengkap
- e. Pemberian Tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis 1 tablet setiap harinya.
- f. Lakukan Tes Penyakit Menular Seksual (PMS)
- g. Temu wicara dalam rangkah persiapan rujukan.

(Ari Sulistyawati, 2009: 4-5).

## **7) Pemeriksaan rutin pada TM III**

### **1. Melakukan tinjauan ulang catatan**

Tinjauan ulang catatan akan membantu bidan untuk mengingat kembali temuan, masalah, dan hal tertentu yang memerlukan perhatian, mengevaluasi kelengkapan data-data dasar, mengevaluasi efektivitas dan kelengkapan penatalaksanaan sebelumnya.

### **2. Melihat riwayat kunjungan**

Dengan melihat riwayat kunjungan dirancang untuk mendeteksi setiap gejala atau hal subyektif tertentu yang mengindikasikan komplikasi atau rasa tidak nyaman yang dialami wanita sejak kunjungan terakhirnya.

### **3. Menanyakan keluhan yang dialami ibu saat ini.**

### **4. Pemeriksaan Fisik**

- a. Tekanan darah
- b. Berat badan

- c. Pemeriksaan abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan jumlah, penancapan (*engagement*), pengukuran tinggi fundus uteri, observasi atau palpasi gerakan janin, perkiraan berat badan janin, denyut jantung janin.
  - d. Pemeriksaan ekstremitas atas .
  - e. Pemeriksaan ekstremitas bawah untuk melihat adanya edema pada pergelangan kaki atau peritibia, reflex tendon dalam pada kuadrisep (kedutan-lutut (*knee-jerk*)), varises.
  - f. Pemeriksaan Payudara untuk mengetahui keadaan putting susu menonjol, datar atau masuk.
5. Pemeriksaan Panggul
- a. Pemeriksaan dengan speculum jika wanita tersebut mengeluh terdapat rabas pervaginam.
  - b. Pelvimetris klinis pada akhir trimester ketiga jika panggul perlu di evaluasi ulang atau jika tidak memungkinkan untuk memperoleh informasi ini pada pemeriksaan awal karena wanita tersebut menolak untuk diperiksa.
  - c. Pemeriksaan dalam jika wanita menunjukkan tanda gejala persalinan premature untuk mengkaji konsistensi serviks, penipisan (*Ieffacement*), pembukaan, kondisi membrane, penancapan/stasiun, bagian presentasi. Beberapa bidan juga melakukan pemeriksaan pervaginam secara rutin pada kehamilan 40 minggu menurut penanggalan dan setelahnya

guna menentukan “kematangan” (kesiapan) serviks untuk menghadapi persalinan.

#### 6. Tes Laboratorium dan Tes Penunjang.

Spesimen urine diambil pada setiap kunjungan ulang digunakan untuk tes dipstick gula mengetahui kandungan protein atau glukosa di dalamnya. Semua wanita harus menjalani penapisan diabetes pada minggu ke 28 dan penapisan streptokokus B pada minggu ke 35 hingga ke 37. Pengulangan tes laboratorium rutin yang diperoleh pada kunjungan awal meliputi hemoglobin dan hematokrit, VDRL, gonorea, klamidia, dan titer antibody pada wanita dengan Rh negative.

(Varney, 2007:529-531)

### 2.1.2. Persalinan

#### 1) Pengertian

Persalinan adalah proses di mana 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 (APN, 2008 : 39).

#### 2) Sebab-sebab Yang Menimbulkan Persalinan

##### 1. Teori Penurunan Hormon

1–2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone esterogen dan progesteron. Progesterone bekerja sebagai penegang otot–otot polos Rahim dan akan menyebabkan

kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

## **2. Teori Plasenta Menjadi Tua**

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar-kadar esterogen dan progesterone sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah yang nantinya akan menimbulkan kontraksi rahim.

## **3. Teori Distensi Rahim**

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero – plasenta.

## **4. Teori Iritasi Mekanik**

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (*Flexus Frankenhauser*). apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

## **5. Induksi Partus (*Induction of labour*)**

Partus dapat pula ditimbulkan dengan :

- a. Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus Frankenhauser.
- b. Amniotomi : pemecahan ketuban.
- c. Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

(Amru Sofian, 2011: 70).



### 3) Tanda dan gejala Inpartu

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 : 39).

### 4) Perubahan Fisiologi Selama Persalinan

#### 1. Tekanan Darah

Tekanan Darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan.

#### 2. Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung dan cairan yang hilang.

#### 3. Suhu

Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Kenaikan

suhu dianggap normal asal tidak lebih dari 0,5 sampai 1 °C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

#### **4. Denyut Nadi (Frekuensi Jantung)**

Perubahan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frakuensi denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi denyut jantung merupakan keadaan yang normal. Meskipun dianggap normal, perlu pengecekan parameter lain untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya infeksi.

#### **5. Pernafasan**

Terjadi sedikit peningkatan frekuensi pernafasan selama persalinan dimana hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Peningkatan pernafasan ini dapat dipengaruhi oleh adanya nyeri, rasa takut, dan penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar. Untuk menghindari terjadinya hiperventilasi yang memanjang, yang ditandai dengan rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing, perlu dilakukan pengamatan dan membantu mengendalikannya.

#### **6. Perubahan Pada Ginjal**

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Hal tersebut diakibatkan oleh peningkatan curah jantung selama proses

persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Polyuria tidak begitu terlihat dalam posisi terlentang, karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan.

#### **7. Perubahan Pada Saluran Cerna**

Mobilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak terpengaruh dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa.

#### **8. Perubahan Hematologi**

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm/100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum, apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala 1 persalinan sebesar 5000-15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap tidak ada peningkatan lebih lanjut.

(Hellen Varney, 2007: 686-688).

## **5) Perubahan Psikologis**

### **1. Fase Laten**

Pada umumnya berlangsung hingga 8 jam, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran tentang apa yang akan terjadi.

### **2. Fase Aktif**

Seiring persalinan melalui fase aktif, ketakutan ibu meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Dengan kenyataan ini, ia menjadi lebih serius, ingin seseorang mendampingi karena takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi yang dialami. Disamping itu juga mengalami sejumlah keraguan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan, ia dapat mengungkapkan rasa takutnya tetapi tidak dapat menjelaskan dengan pasti apa yang ditakutinya.

### **3. Fase Transisi**

Tanda dan gejala yang terjadi pada akhir fase transisi disebut sebagai tanda datangnya kala 2 dan ditandai dengan : perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah,

menolak hal-hal yang ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar.

(Varney, 2007: 679-681).

## 6) Mekanisme Persalinan

Gerakan –gerakan anak pada persalinan berupa hal-hal berikut :

### 1. Turunnya Kepala

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan, tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya terjadi dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan.

Sinklitisme dan asinklitisme

Pada presentasi belakang kepala, engagement berlangsung apabila diameter biparietal telah melewati pintu atas panggul. Kepala paling sering masuk dengan sutura sagitalis melintang. Ubun-ubun kecil kiri melintang merupakan posisi yang paling sering kita temukan.

Apabila diameter biparietal tersebut sejajar dengan bidang panggul, kepala berada dalam sinklitisme. Sutura sagitalis berada di tengah-tengah antar dinding panggul bagian depan dan belakang. Jika keadaan tersebut di atas tidak tercapai, kepala berada dalam asinklitisme. *Engagement* dengan sinklitisme terjadi bila uterus tegak lurus terhadap pintu atas panggul dan panggulnya

luas. Kepala masuk ke dalam panggul dengan bidang diameter biparietal sejajar dengan pintu atas panggul; sutura sagitalis terletak dipertengahan antara symphysis dan promontorium.

#### Asinklitisme posterior (Litzman Obliquity)

Pada kebanyakan ibu hamil, dinding abdomen mempertahankan uterus dalam posisi tegak dan mencegah dari letak yang tegak lurus terhadap pintu atas panggul. Pada saat kepala mencapai panggul, os parietale posterior lebih rendah daripada os parietale anterior sehingga sutura sagitalis akan lebih dekat ke symphysis pubis daripada ke promontorium. Dengan demikian, diameter biparietal kepala berada pada posisi miring (oblique) terhadap bidang pintu atas panggul. Ini adalah asinklitisme posterior, dan merupakan mekanisme normal serta lebih sering terjadi daripada sinklitisme atau asinklitisme anterior. Dengan penurunan kepala ke dalam panggul, nantinya asinklitisme posterior akan berubah menjadi sinklitisme.

#### Asinklitisme anterior

Pada keadaan otot abdomen lemah dan perut gantung, uterus dan fetus akan jatuh ke depan, atau pada keadaan ketika panggul abnormal sehingga mencegah terjadinya asinklitisme posterior, kepala akan memasuki panggul pada keadaan asinklitisme anterior.

Pada mekanisme ini. Os parietale anterior turun lebih dulu sehingga sutura sagitalis terletak lebih dekat ke sacrum daripada ke symphysis pubis. Keuntungan dari asinklitisme adalah kepala

memasuki panggul dengan diameter sub superparietal (8,75 cm), sedangkan pada sinklitisme, kepala masuk dengan diameter yang lebih besar, yaitu diameter biparietal ( $\pm 9,5$  cm). jadi *angagment* dengan asinklitisme memungkinkan kepala yang lebih besar melalui pintu atas panggul. Adanya asinklitisme persisten merupakan keadaan yang abnormal.

## **2. Majunya kepala**

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru dimulai pada kala II. Pada multipara sebaliknya majunya kepala dan masuknya kepala ke dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala ini terjadi bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain, yaitu, putar paksi dalam, dan ekstensi.

## **3. Fleksi**

Dengan majunya kepala, biasanya fleksi bertambah sehingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi adalah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter suboccipito-bregmatika (9,5 cm) menggantikan suboccipito-frontalis (11 cm)

## **4. Putaran paksi dalam**

Yang dimaksud putar paksi dalam ialah pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.

Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai ke Hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul.

## **5. Ekstensi**

Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Kalau tidak terjadi ekstensi, kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya.

Pada kepala, bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya kebawah, dan yang satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Resultannya ialah kekuatan kearah depan atas.

Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah symphysis, yang dapat maju karena kekuatan tersebut di atas adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput sehingga pada pinggir atas perineum, lahirlah berturut-turut ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

Subocciput yang menjadi pusat pemutaran disebut :  
hipomoklion

## **6. Putaran paksi luar**

Setelah kepala lahir, belakang kepala anak memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam



## 7. Ekspulsi

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

Putaran paksi luar terjadi ke arah tuber ischiadicum sebelah kanan. Pada posisi occipito anterior, putaran paksi hanya  $45^0$  ke kanan atau ke kiri.

(Firman, 2010 : 136-142).

## 7) Tahapan persalinan

### 1. Kala I

Disebut sebagai kala pembukaan. Kala I persalinan ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (1-10 cm). Kala I dibagi atas 2 fase, yaitu:

#### a. Fase laten

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

(Asuhan Persalinan Normal, 2008: 40).

### b. Fase aktif

- a) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

(Asuhan Persalinan Normal, 2008: 40).

Tabel 2.1 Perbedaan lamanya pembukaan serviks pada primigravida dan multigravida.

Primi	Multi
Serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi.	Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan.
Berlangsung 13 – 14 jam	Berlangsung 6 – 7 jam

(Sofian, 2011: 71)

Tabel 2.2 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

(Saifuddin, 2004 : N-9)

## 2. Kala II

### a. Batasan

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama. Kira – kira 2 – 3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektoris yang menimbulkan rasa mencedas. Karena tekanan pada rectum, ibu seperti merasa mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedas yang terpinpin, akan lahirlah kepala dengan diikuti badan rahim. Kala II pada primi 1½ – 2 jam, pada multi ½ - 1 jam (Amru Sofian2011 : 71).

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

Gejala dan tanda kala dua persalinan:

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah:

- a) Pembukaan serviks telah lengkap.
- b) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

(Asuhan Persalinan Normal, 2008: 79-80).

**b. Persiapan Penolong Persalinan**

- a) Sarung tangan.
- b) Perlengkapan pelindung pribadi.
- c) Persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan.
- d) Persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi.

Siapkan lingkungan yang sesuai bagi proses kelahiran bayi atau bayi baru lahir dengan memastikan bahwa ruangan tersebut bersih, hangat (minimal 25 °C), pencahayaan cukup.

**c. Persiapan ibu dan keluarga.**

**a) Asuhan sayang ibu**

- Anjurkan ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayi.
- Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan.
- Memberikan dukungan (penolong) dan semangat pada ibu dan keluarganya.
- Bantu ibu memilih posisi yang nyaman saat meneran.
- Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran

berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu istirahat di antara kontraksi.

- Anjurkan ibu untuk minum selama persalinan.
- Berikan rasa aman dan semangat serta tenteramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung.

**b) Membersihkan perineum ibu**

**c) Mengosongkan kandung kemih**

**d) Amniotomi**

Apabila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap. Perhatikan warna air ketuban yang keluar saat dilakukan amniotomi.

**d. Penatalaksanaan Fisiologi Kala Dua**

- a) Membimbing ibu untuk meneran.
- b) Posisi ibu saat meneran.

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan baginya untuk beristirahat di antara kontraksi.

- c) Cara meneran.

Anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi. Beritahukan untuk tidak menahan napas saat meneran. Minta untuk berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi. Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah

untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan ke dada. Minta ibu untuk tidak mangangkat bokong saat meneran. Tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi.

#### **e. Menolong Kelahiran Bayi**

##### **a) Posisi ibu saat melahirkan.**

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang (Supine position).

##### **b) Pencegahan laserasi**

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali.

Episiotomi rutin tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan :

- Meningkatkan jumlah darah yang hilang dan resiko hematoma.
- Kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomy rutin dibandingkan dengan tanpa episiotomy.
- Meningkatnya nyeri pasca persalinan di daerah perineum.
- Meningkatnya resiko infeksi.

Indikasi untuk melakukan episiotomy untuk mempercepat kelahiran bayi bila didapatkan:

- Gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan.
- Penyulit kelahiran per vaginam (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam (forsep) atau ekstraksi vakum).
- Jaringan perut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

**c) Melahirkan kepala.**

Saat kepala bayi membuka vulva (5-6 cm), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3 nya di bawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih di atas perut ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (di bawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum. Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernafas cepat. Periksa leher bayi apakah terlilit tali pusat. Jika ada lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat

dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat diantara 2 klem tersebut.

**d) Melahirkan bahu.**

Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikutnya sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan. Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan kepala kearah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis. Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.

**e) Melahirkan seluruh tubuh bayi.**

Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) ke arah perineum dan sanggah bahu lengan atas bayi pada tangan tersebut. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah (posterior) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari lainnya.



Letakkan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu.

**f) Pemantauan selama kala dua persalinan.**

Kondisi ibu, bayi dan kemajuan persalinan harus selalu dipantau secara berkala dan ketat selama berlangsungnya kala dua persalinan.

Pantau, periksa dan catat:

- Nadi ibu setiap 30 menit.
- Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit.
- DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit.
- Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen (periksa luar) dan periksa dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi, hal ini dilakukan lebih cepat.
- Warna cairan ketuban jika selaputnya sudah pecah (jernih atau bercampur meconium atau darah).
- Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat di samping atau terkemuka.
- Putaran paksi luar segera setelah kepala bayi lahir.
- Kehamilan kembar yang tidak diketahui sebelum bayi pertama lahir.

- Catat semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada catatan persalinan.

(Asuhan Persalians Normal, 2008: 79-97).

### **3. Kala III**

Kala III berlangsung mulai dari bayi lahir sampai uri keluar lengkap. Biasanya akan lahir spontan dalam 15-30 menit.

#### **Fase pelepasan uri**

Kontraksi Rahim akan mengurangi area uri karena Rahim bertambah kecil dan dindingnya bertambah tebal beberapa sentimeter. Kontraksi tersebut akan menyebabkan bagian uri yang longgar dan lemah pada dinding Rahim terlepas, mula-mula sebagian, kemudian seluruhnya. Proses pelepasan berlangsung setahap demi setahap. Jika pelepasan uri sudah lengkap, kontraksi rahim akan mendorong uri yang sudah terlepas ke segmen bawah Rahim (SBR), lalu ke vagina dan dilahirkan.

Tanda-tanda lepasnya plasenta :

- a. Rahim menonjol diatas simfisis.
- b. Tali pusat bertambah panjang.
- c. Rahim bundar dan keras.
- d. Keluar darah secara tiba-tiba.

(Sofian, 2011: 79-80).

#### 4. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan :

- a. Tingkat kesadaran penderita.
- b. Pemeriksaan tanda – tanda vital : tekanan darah, nadi, pernafasan.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 – 500 cc (Manuaba, 2010).

Tabel 2.3 Lamanya persalinan pada primi dan multi

Kala	Primi	Multi
I	13 jam	7 jam
II	1 jam	½ jam
III	½ jam	¼ jam
Lama Persalinan	14 ½ jam	7 ¾ jam

(Amru Sofian, 2011: 73)

#### 8) Faktor-faktor Penting Dalam Persalinan

Pada setiap persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan :

1. *Passage* (jalan lahir)
2. *Passenger* (janin)
3. *Power* (kekuatan ibuhis/kontraksi)
4. *Psikis* ibu.
5. Penolong

(Amru Sofian, 2011 : 58).

## 9) Penyulit pada saat persalinan

### 1. Penyimpangan Jalan lahir

#### a. His (Kekuatan kontraksi otot rahim)

Kelainan kontraksi otot rahim adaah :

- a) Inersia Uteri. His yang sifatnya lemah, pendek, dan jarang dari his normal yang terbagi menjadi :
  - Inersia uteri primer, bila sejak semula kekuatannya sudah lemah.
  - Inersia uteri sekunder, his pernah cukup kuat tetapi kemudian melemah.
- b) Tetania uteri. His yang terlalu kuat dan sering, sehingga tidak terdapat kesempatan relaksasi otot rahim. Akibat dari tetania uteri dapat terjadi :
  - Partus Praecipitatus. Persalinan yang berlangsung dalam waktu 3 jam. Akibatnya : terjadi persalinan tidak pada tempatnya, terjadi trauma jalan lahir , trauma jalan lahir yang luas dapat perdarahan, inversio uteri.
  - Tetania uteri menyebabkan asfiksia intrauterine sampai kematian janin dalam rahim.
- c) Inkoordinasi kontraksi otot rahim menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk dapat meningkatkan pembukaan dan pengusiran janin. Penyebabnya adalah faktor usia yang relative tua, pimpinan persalinan, karena induksi persalinan dengan oksitosin, rasa takut dan cemas.

**b. Passage (Jalan lahir)**

Dugaan disporporsi sefaopelvic pada primigravida adalah kepala janin belum turun pada minggu ke 39 yang disebabkan ukuran janin yang terlalu besar, kesempitan panggul, terdapat lilitan tali pusat dan terdapat hidrocephalus. Kelainan letak yaitu letak lintang, letak sungsang. Pada multipara, yang mengalami kesempitan panggul dapat diduga riwayat persalinan yang buruk dan persalinan dengan tindakan operasi.

**c. Passanger (Janin dan Plasenta)**

- a) Distosia karena kelainan pada letak kepala diantaranya presentasi puncak kepala, presentasi muka (*face presentation*), presentasi dahi, posisi oksiput posterior persisten (ubun-ubun tidak berputar ke depan, tetapi tetap berada di belakang), letak belakang kepala UUK melintang.
- b) Distosia karena kelainan letak janin intrauteri diantaranya adalah letak sungsang, letak lintang (*Transverse lie*).
- c) Presentasi rangkap/ganda (*Compound Presentation*) merupakan dimana bagian kecil janin menumpang disamping bagian besar janin dan bersama-sama memasuki panggul. Misalnya, tangan disamping kepala, kaki disamping kepala, atau tangan disamping bokong.
- d) Distosia karena kelainan bentuk dan besar janin. Yaitu pertumbuhan janin yang berlebihan, hidrocephalus, kembar

siam, anrisefalus atau hemisefalus, janin dengan perut besar.

- e) Prolapsus Fenikulu (Tali pusat menumbung) dan tali pusat terkemuka

#### **d. Distosia Tumor dan Kelainan Jalan lahir**

Pada vulva (Oedema vulva, stenosis vulva, tumor pada vulva, candiloma akuminata), kelainan pada vagina (Stenosis vagina dan tumor vagina), kelainan uterus (myoma uteri dan kelainan letak plasenta), kelainan ovarium (tumor ovarium).

### **2. Persalinan lama**

Persalinan lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi. Persalinan lama dikaitkan dengan his yang masih kurang dari normal sehingga tahanan jalur lahir yang normal tidak dapat diatasi dengan baik karena durasinya tidak terlalu lama, frekuensinya masih jarang, tidak terjadi koordinasi kekuatan, keduanya tidak cukup untuk mengatasi tahanan jalan lahir tersebut. Situasi demikian dapat dikaitkan dengan kelainan yang terjadi pada jalan lahir atau pada janin.

### **3. Persalinan Kasep**

Persalinan kasep adalah persalinan lama yang diikuti dengan adanya komplikasi ibu dan janin. Gejala utama persalinan kasep adalah dehidrasi, infeksi, pada pemeriksaan abdomen terdapat lingkaran bandle, pada pemeriksaan vulva dan vagina

terdapat edema vulva, cairan ketuban bau, cairan ketuban bercampur mekonium, pada pemeriksaan dalam terdapat edema serviks, terdapat kaput pada bagian terendah, keadaan janin mengalami asfiksia sampai terjadi kematian.

#### **4. Emboli Air Ketuban**

(Manuaba, 2010:371-391)

### **2.1.3. Nifas**

#### **1) Definisi**

Masa nifas (masa puerperium) dimulai setelah kelahiran placenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Sarwono,2006: 122).

Masa nifas (puerperium) adalah di mulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. (Ari Sulistyawati, 2009 : 1 ).

#### **2) Tahapan masa nifas**

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial, dan remote puerperium. Perhatikan penjelasan berikut.

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.

3. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Sebagai catatan, waktu untuk sehat sempurna biasa cepat bila kondisi sehat prima, atau biasa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.

(Ari Sulistyawati,2009: 5)

### **3) Program dan kebijakan teknis**

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

Jadwal kunjungan pada masa nifas

1. Kunjungan I : 6-8 jam setelah persalinan
  - a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
  - b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.
  - c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
  - d. Pemberian ASI awal
  - e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
  - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara pencegahan hipotermia.

Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama



setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2. Kunjungan II : 6 hari setelah persalinan
    - a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
    - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
    - c. Memastikan ibu mendapat makanan, cairan dan istirahat.
    - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak melihat tanda-tanda penyulit.
    - e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
  3. Kunjungan III : 2 minggu setelah persalinan  
Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
  4. Kunjungan IV : 6 minggu setelah persalinan
    - a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.
    - b. Memberikan konseling KB secara dini
- (Sarwono, 2006 : 123).

#### 4) Perubahan fisiologis masa nifas

##### 1. Perubahan sistem reproduksi

###### a. Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/ mati).

Tabel 2.4 :Fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
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 di atas symphisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

(Suherni,2009 : 78)

###### b. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi ( Ari Sulistyowati, 2009 : 76 ).

Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut:

- a) *Lokia Rubra* ( *kruenta* ), keluar dari hari ke – 1 sampai 3 hari, bewarna merah dan hitam. Dan terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah.
- b) *Lokia Sanguinolenta*, keluar dari hari ke – 3 sampai ke – 7 hari, bewarna putih bercampur merah.
- c) *Lokia Serosa*, keluar dari hari ke – 7 sampai ke – 14 hari, bewarna ke kuningan.
- d) *Lokia alba*, keluar setelah hari ke – 14, bewarna putih.

**c. Cervik**

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensi lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin.

Muara servik yang berlidatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup (Eny retna ambarwati, 2010: 79)

#### **d. Vagina dan perineum**

Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya, dan umumnya longgar. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar minggu ketiga pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit lebih besar dari pada sebelum kelahiran pertama.

(Helen varney, 2007 : 960)

#### **e. Payudara**

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Bagi wanita yang memilih memberikan makanan formula, involusi jaringan payudara terjadi dengan menghindari stimulasi.

(Helen Varney, 2007 : 960-961)

## **2. Perubahan sistem pencernaan**

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat

pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh.

Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

(Ari sulistyawati, 2009 : 78)

### **3. Perubahan sistem renal**

Pelvis renalis dan ureter yang meregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal pada akhir minggu ke empat pasca partum. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 pasca partum. Pengeluaran urine mungkin lebih dari 3000 ml per hari. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume darah (Varney, 2007 : 961).

### **4. Dinding abdomen**

Semua wanita puerpera mengalami beberapa derajat diastasis rekti (pemisahan otot rektum abdomen). Seberapa berat diastasis bergantung pada sejumlah faktor termasuk kondisi umum dan tonus otot wanita ; apakah wanita melakukan latihan untuk mengembalikan tonus ototnya dan menutup diastasisnya setelah setiap kehamilan ; paritasnya (pengembalian tonus otot Yang sempurna akan semakin sulit jika paritasnya tinggi; jarak

kehamilannya (apakah wanita punya waktu untuk mengembalikan tonus ototnya sebelum hamil lagi) ; dan apakah kehamilannya menyebabkan distensi berlebihan pada abdomen (misal kehamilan kembar).

(Helen Varney, 2007 : 961)

## **5. Perubahan sistem endokrin**

### **a. Hormon plasenta**

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 onset pemenuhan mammae pada hari ke3 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 redahnya 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 mammae dalam menghasilkan ASI.(Ari sulistyawati, 2009: 80)

**6. Perubahan sistem kardiovaskuler**

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. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (Haematokrit).

(Ari Sulistyawati,2009:82).

**7. Perubahan Hematologi**

Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetap tinggi selama beberapa hari post partum. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Jumlah Hb, Htm, dan erytrosit sangat bervariasi pada saat awal-awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah,

plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Selama kelahiran dan post partum, terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan Htm, dan Hb pada hari ke-3 sampai hari ke-7 post partum, yang akan kembali normal dalam 4-5 minggu post partum.

Pada masa nifas terjadi perubahan komponen darah, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah dan Hb akan berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan biasanya akan kembali pada keadaan semula. Curah jantung atau jumlah darah yang dipompa oleh jantung akan tetap tinggi pada awal masa nifas dan dalam 2 minggu akan kembali pada keadaan normal.

(Ari Sulistyawati, 2009 : 82-83)

## **8. Perubahan tanda-tanda vital**

### **a. Suhu badan**

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



**b. Denyut nadi**

- a) Denyut nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60x/mnt, yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama postpartum.
- b) Pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira-kira 110x/mnt. Bisa juga terjadi gejala shock karena infeksi, khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

**c. Tekanan darah**

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

**d. Respirasi**

- a) Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat.
- b) Bila ada respirasi cepat postpartum (> 30x/mnt), mungkin karena adanya ikutan tanda-tanda syok (Suherni, 2009 : 84)

**5) Proses adaptasi psikologis pada masa nifas**

Adaptasi Psikologi ibu masa nifas. Reva Rubin membagi periode menjadi 3 bagian, antara lain :

### **1. Periode “Take In”**

- a. Periode ini terjadi setelah 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- d. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
- e. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologi ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang dihadapi pada bidan.

### **2. Periode “Taking Hold”**

- a. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.

- b. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- c. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d. Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- f. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena sensitive.

### **3. Periode “Letting Go “**

- a. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan social.
- c. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

(Ari sulistyawati, 2009: 87-92)

## **6) Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas**

### **1. Kebutuhan gizi dan menyusui**

- a. Mengkosumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
- b. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin.
- c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.
- d. Mengosumsi tablet zat besi selama masa nifas.
- e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI.

### **2. Ambulasi dini**

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain:

- a. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara perawatan bayi.

Ambulasi awal di lakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam ke jam sampai hitungan hari.

### **3. Eliminasi**

Dalam 6 jam postpartum pasien sudah harus dapat buang air kecil, semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan. Sedangkan buang air besar dalam 24 jam pertama, karena semakin lama feses tertahan dalam usus semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar.

### **4. Kebersihan diri**

Beberapa langkah penting dalam perawatan diri ibu post partum, antara lain:

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi.
- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.
- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluanya.

### **5. Istirahat**

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga di sarankan untuk memberikan kesempatan pada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti. Bila istirahat ibu kurang dapat mengakibatkan beberapa hal diantaranya dapat mengurangi ASI yang di produksi,

memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan, serta dapat menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

## **6. Seksual**

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan 1-2 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

## **7. Latihan atau senam nifas**

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas di lakukan sejak awal mungkin dengan cacatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum (Ari sulistyawati, 97-105)

### **7) Tanda bahaya masa nifas**

1. Perdarahan pervagina yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pengganti pembalut 2 kali dalam setengah jam).
2. Pengeluaran pervaginam yang berbau menusuk (menyengat).
3. Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
4. Rasa sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik, atau masalah penglihatan.
5. Pembengkakan diwajah atau ditangan.
6. Demam, muntah, rasa sakit saat buang air kecil, atau jika merasa tidak enak badan.
7. Payudara yang berubah menjadi merah, panas dan sakit.

8. Kehilangan nafsu makan dalam jangka waktu yang lama.
9. Rasa sakit, warna merah, pembengkakan dikaki.
10. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh bayi atau dirinya sendiri.
11. Merasa sangat letih atau nafas teregah-egah.

(Ari sulistyawati, 2009:137)

## **2.2. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney**

Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

### **2.2.1. Langkah I : Pengumpulan data dasar**

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti:

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- 3) Peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 4) Data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

### **2.2.2. Langkah II : Interpretasi data dasar**

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosa yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah. Sebagai contoh masalah yang menyertai diagnosis seperti diagnosis kemungkinan wanita hamil, maka masalah yang

berhubungan adalah wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya atau apabila wanita hamil tersebut masuk trimester III, maka masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut untuk menghadapi proses persalinan dan melahirkan.

### **2.2.3. Langkah III : Identifikasi diagnosis atau masalah potensial**

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

### **2.2.4. Langkah IV : Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.**

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan melakukan rujukan.

### **2.2.5. Langkah V : Perencanaan asuhan secara menyeluruh**

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

### **2.2.6. Langkah VI : Pelaksanaan perencanaan.**



Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya. Baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

### **2.2.7. Langkah VII : Evaluasi**

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan secara terus-menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien (Aziz alimul hidayat, 2008:36-39).

## **2.3. Penerapan Asuhan Kebidanan**

### **2.3.1. Kehamilan**

#### **1) Pengkajian**

##### **Subyektif**

##### **1. Identitas**

Usia 17-34 (Skor Puji Rohayati)

##### **2. Keluhan Utama**

Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki/vulva (Yuni kusmiati, 2009:143-153).

### 3. Riwayat Kebidanan :

a. Kunjungan : kunjungan Ante-Natal Care (ANC) minimal 1 kali pada trimester I( usia kehamilan 0-13 minggu), satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu), dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu) (Ari Sulistyawati, 2009 : 4).

b. Riwayat menstruasi :

Menarce : sekitar 12 sampai 16 tahun, (Ari Sulistyawati, 2011: 167)

Siklus : Biasanya sekitar 23-32 hari (Ari Sulistyowati, 2011: 167).

Banyaknya : Sebagai acuan biasanya menggunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Atau berapa kali mengganti pembalut dalam sehari, (Ari Sulistyawati, 2011: 167)

Lamanya : 3 - 8 hari, Sifat darah : cair, Warna : merah segar,

Bau : anyir, Disminorhoe : tidak/ 2 hari saat menstruasi.

Flour albus : ya/tidak, Kapan : sebelum / sesudah haid, Bau : tidak berbau, Warna : putih, tidak gatal

HPHT (hari pertama haid terakhir) : tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi biasanya.

#### 4. Riwayat Obstetri yang lalu (kehamilan, persalinan dan nifas)

Pada kehamilan tanyakan apakah pasien mengalami gangguan seperti perdarahan, muntah yang hebat, toksemia gravidarum pada kehamilan sebelumnya. Pada persalinan tanyakan apakah persalinan yang lalu berlangsung spontan atau buatan, aterm atau premature, apakah terjadi perdarahan, dan siapa yang menolong persalinan (bidan,dokter), tanyakan adanya riwayat abortus spontan atau yang diinduksi, adanya riwayat paritas yang tinggi, tanyakan indikasi seksio sesarea sebelumnya jika ada, tanyakan berat badan bayi waktu lahir, tanyakan adanya penyulit kehamilan dan persalinan seperti ketuban pecah sebelum waktunya, distosia, kematian janin atau bayi. Pada nifas tanyakan adanya perdarahan pada nifas sebelumnya serta kondisi laktasi dan usia anak sekarang (Firman,2010: 82-83)

#### 5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Keluhan :  
 Trimester III : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak napas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki / vulva (Yuni Kusmiati, 2009: 143-153).
- b. Pergerakan anak pertama kali : ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir. (Helen Varney,2007 : 498)

- c. Frekwensi pergerakan janin standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam. (Janet medforth, 2011 : 49)
- d. Imunisasi yang sudah di dapat :

Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ke 3 (interval minimal 6 bulan dari dosis kedua) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke 3 dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke empat (Ari Sulistyowati, 2009 :120).

## **6. Pola Kesehatan Fungsional**

Selama hamil

- a. Pola Nutrisi :

Minum air putih minimal 2 liter per hari. Cukupi kebutuhan kalori 500 mg sehari. Konsumsi tablet Fe selama hamil sampai dengan masa nifas (Ari Sulistyawati, 2009: 183)

- b. Pola Eliminasi :

Kebiasaan buang air besar selama kehamilan cenderung menjadi tidak teratur. Hal ini disebabkan adanya relaksasi otot polos saluran cerna akibat pengaruh progesterone dan tekanan oleh masa uterus yang semakin membesar (Firman, 2010: 119).

Sering kencing merupakan keluhan yang sering terjadi pada ibu hamil Trimester I dan III.

c. Pola Istirahat :

Istirahat malam 6-8 jam sehari. Istirahat siang 1-2 jam sehari. (Ari Sulistyowati, 2009 : 184)

d. Pola Aktivitas :

Perempuan hamil boleh melakukan pekerjaannya sehari-hari di rumah, di kantor, ataupun dipabrik asal bersifat ringan. Kelelahan harus dicegah. Oleh karena itu, bekerja harus diselingi dengan istirahat. (Firman, 2010 : 120)

e. Pola Seksual :

Pada ibu hami trimester III cenderung ibidonya menurun. Hamil bukan merupakan halangan untuk meakukan hubungan seksual. Hubungan seksual dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) secara mendadak, hentikan hubungan seksual pada mereka yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, mengalami kematian dalam kandungan (Manuaba, 2010:120).

f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan

Bayi dan ibu-ibu perokok aktif maupun pasif memiliki berat badan lebih rendah, karena itu wanita hamil dilarang

merokok dan dianjurkan untuk menghindari asap rokok. Sedapat mungkin dihindari pemakaian obat-obatan selama kehamilan (Amru Sofian, 2011 : 47). Menurut standar konsep pengobatan tradisional sebenarnya diperbolehkan dan dibenarkan dengan persyaratan bahwa zat-zat atau bahan yang dipergunakan dalam pengobatan tradisional sudah terbukti efektif dan bermanfaat dan tidak membahayakan kehamilan. Wanita hamil seharusnya tidak mengkonsumsi atau mengurangi pemakaian alcohol (Yuni Kusmiati, 2010 : 89-93).

#### **7. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :**

Masalah kardiovaskuler, hipertensi, diabetes, IMS, atau lainnya (Saminem, 2010:52)

#### **8. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga**

Kehamilan kembar, penyakit menular dalam keluarga, penyakit keturunan penyakit alergi (Ari Sulistyowati 2009 : 136-137)

#### **9. Riwayat psiko-sosial-ekonomi**

Riwayat emosional pada Trimester III : Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu mulai merasa takut akan sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu persalinan (Yuni Kusmiyati, 2009: 71-74)

(Status perkawinan, respon terhadap kehamilan dan persalinan riwayat KB dukungan keluarga pengambil keputusan dalam keluarga, rencana tempat dan penolong persalinan (Saminem, 2010:52)

## Obyektif

### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmetis
- c. Keadaan Emosional : Kooperatif
- d. Tanda –tanda vital
  - a) Tekanan darah: dibawah 140/90 mmHg (Abdul Bari Saifudin, 2004 :N-2).
  - b) Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Ari Sulistyowati, 2009 : 61).
  - c) Pernafasan : 16-20 Kali / menit (Eviana, 2011: 45).
  - d) Suhu :  $36,5-37,5^0$  C (Eniyati, 2012:120).
- e. Antropometri
  - a) BB : Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan yaitu 4 kg pada kehamilan trimester I. 0.5 kg/minggu pada kehamilan trimester II sampai III. Totalnya sekitar 15-16 kg. (Ari Sulistyawati, 2009 : 69)
  - b) Tinggi Badan : > 145 cm
  - c) Lingkar Lengan Atas : standart minimal untuk ukuran Lingkar Lengan Atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23.5 cm. (Yuni Kusmiati, 2010 : 88)
- e. 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 (Yuni Kusmiyati, 2010 : 51 )

- f. Usia Kehamilan : Rumus Mc.Donald yaitu Tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu. (Yuni Kusmiati, 2010 : 53)

## **2. Pemeriksaan Fisik**

- a. Wajah : terdapat kloasma gravidarum, wajah tidak oedem, keadaan conjungtiva (pucat atau merah), serta keadaan lidah dan gigi (gingivitis).
- b. Leher : Leher tentukan adanya bendungan vena di leher (misalnya, pada penyakit jantung), pembesaran kelenjar gondok, atau pembesaran kelenjar limfa.
- c. Dada : Tentukan bentuk buah dada, pigmentasi puting susu dan areola, keadaan puting susu, serta ada tidaknya colostrum.
- d. Abdomen : Tentukan apakah perut membesar kedepan atau kesamping (pada asites misalnya membesar kesamping), keadaan pusat, pigmentasi di linea alba, nampak gerakan anak atau kontraksi rahim, adanya striae gravidarum atau bekas luka operasi.



Leopold I : Tinggi fundus uteri (Usia kehamilan 40 minggu : pertengahan pusat-prosesus xiphoideus karena kepala janin telah masuk pintu atas panggul), bagian anak yang terdapat dalam fundus ( bokong bersifat lunak, kurang bundar, dan kurang melenting) (Firman, 2010 : 88-90)

Leopold II : jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin (Ari Sulistyowati, 2009 : 90).

Leopold III : Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 (Manuaba, 2010: 167). Pada multigravida biasanya kepala baru turun pada saat persalinan (Firman, 2010:106).

Leopold IV : pada primigravida konvergen, pada multi divergen (Firman, 2011 : 90).

TFU Mc. Donald : Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm ( $\pm 2$  cm) (Sarwono, 2009:93).

TBJ/EFW : Pada usia kehamilan 36-40 minggu berat bayi antara 3 sampai 3,5 kg (Yuni Kusmiati, 2010: 41).

DJJ : 120-160 kali/menit (Firman, 2010 : 95).

Braxton Hicks : dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermiten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati (Varney, 2007:673).

- e. Vulva : tentukan keadaan perineum, adanya varises, tanda *cadwick*, kondiloma, atau flour. (Firman, 2010 : 88)
- f. Ekstremitas : pemeriksaan ekstermitas atas untuk melihat adanya edema pada jari, Pemeriksaan ekstermitas bawah untuk melihat adanya edema pada pergelangan kaki dan pretibia, reflek tendon dalam pada kuadrisep (kedutan lutut (knee-jerk)), varises (Halen varney 2008: 530) .

### 3. Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul dilakukan pada trimester ketiga jika panggul perlu dievaluasi ulang atau jika tidak memungkinkan untuk memperoleh informasi ini pada pemeriksaan awal karena wanita tersebut menolak atau tidak melakukan kunjungan.

- a. Distancia Spinarum : 24-26 cm.
- b. Distancia cristarum : 28-30 cm
- c. Conjugata eksterna : 18-20 cm
- d. Lingkar panggul : 80-90 cm
- e. Distancia tuberum : 10,5 cm

(Amru sofian, 2012 : 160-161)

### 4. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah : tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr %, anemia berat jika Hb < 7 gr % (Manuaba, 2010: 239).

b. Urine :

albumin : normal (-), proteinuria 1+ sampai 2+ indikasi Pre Eklampsia ringan, > 2+ indikasi Pre Eklampsia berat.

Reduksi : normal (-), + indikasi Diabetes Mellitus Gestasional (DMG).

**5. Pemeriksaan lain**

USG : USG (Utrasonografi) tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonor (bunyi). Jadi boleh dipergunakan pada kehamilan. Pada layar dapat dilihat letak, gerakan dan denyut jantung janin (Amru Sofian, 2011: 45).

**2) Interpretasi Data Dasar**

1. Diagnosa : G...PAPIAH, usia kehamilan, Anak Hidup atau mati, anak tunggal atau kembar, letak anak, anak intra uterin atau ekstra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita (Firman, 2010: 101)
2. Masalah : keputihan, sering buang air kecil / nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, pusing, varises pada kaki/vulva. (yuni kusmiati, 2009: 143-153), ibu mulai khawatir terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu mulai merasa takut akan sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu persalinan.
3. Kebutuhan : meningkatkan kebersihan, batasi minum bahan diuretik alamiah, bangun perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari jangan berdiri terlalu lama, berikan dukungan emosional (Yuni Kusmiyati, 2009 : 143-153)

**3) Antisipasi terhadap diagnosa dan masalah potensial.**

Tidak ada

**4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan.**

Tidak ada

**5) Intervensi**

1. Jelaskan mengenai ketidaknyamanan normal yang dialaminya.

R/ Membantu menurunkan stress berhubungan dengan kehamilan.

2. Memberikan Konseling :

a. Jaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dan dikeringkan.

b. Jelaskan cara merawat payudara terutama pada ibu yang mempunyai puting susu rata atau masuk ke dalam. Diakukan 2 kali sehari selama 5 menit.

R/ Memberikan informasi untuk membantu mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan membuat rencana perawatan.

3. Bantu ibu dan keluarga untuk mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan keadaan darurat :

a. Jelaskan tanda-tanda persalinan.

b. Bekerjasama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk : Mengidentifikasi penolong dan tempat bersalin, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan.

- c. Bekerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk : mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan finansial, mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada di tempat.

R/ Membantu klien untuk mengenali awitan persalinan, untuk menjamin tiba di rumah sakit tepat waktu, dalam menangani persalinan/ kelahiran.

4. Ajari ibu untuk mengenal tanda-tanda bahaya, pastikan ibu untuk memahami apa yang dilakukan jika menemukan tanda bahaya.

R/ Mengidentifikasi masalah potensial yang memerlukan intervensi oleh pemberi pelayanan kesehatan.

5. Berikan Zat besi 90 tablet selama kehamilan.

R/ kebutuhan zat besi ibu hamil 30-35 mg per hari.

6. Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya.

minggu ke-36 hingga persalinan, dilakukan setiap minggu.

R/ Memantau kondisi ibu dan janin.

7. Dokumentasikan kunjungan tersebut.

R/ bukti setelah dilakukan asuhan kebidanan.

(Abdu bari Saifuddin, 2004: N3)

## 2.3.2. Persalinan

### 1) Pengkajian

#### Subyektif

#### 1. Keluhan Utama

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), Cairan lendir bercampur darah (“*show*”) melalui vagina (APN, 2008 : 39).

#### 2. Pola Kesehatan Fungsional :

##### a. Pola Nutrisi :

Kebutuhan cairan, elektrolit, dan nutrisi sangat dibutuhkan untuk ibu bersalin. Hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi. Dehidrasi pada ibu bersalin dapat berpengaruh terhadap gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus (Sumarah, 2009: 101)

##### b. Pola Eliminasi :

Keinginan untuk berkemih pada ibu inpartu sering terganggu dengan adanya kontraksi, setiap 4 jam kandung kemih harus segera dikosongkan supaya tidak menghambat penurunan bagian terendah janin (Sumarah, 2009: 80).

##### c. Pola Istirahat :

Ibu bersalin mengalami gangguan pola istirahat karena pada proses persalinan ibu merasakan kesakitan yang disebabkan oleh adanya kontraksi uterus (Sumarah, 2009: 81).

d. Pola Aktivitas :

Ibu yang berada pada persalinan harus mampu berambulasi ketika dan selama ia menginginkannya, tidak ada kontraindikasi untuk hal tersebut. Berjalan pada awal persalinan dapat menstimulasi persalinan. Ibu bebas berjalan, duduk di kursi menggunakan toilet, tidak hanya berbaring di tempat tidur saja (Helen Varney 2007: 697)

**3. Keadaan Psikologis**

Perasaan gelisah, takut, rasa tidak nyaman ibu semakin meningkat pada saat kontraksi semakin meningkat.

**4. Dukungan Keluarga**

Ibu bersalin ingin seseorang mendampingiya pada saat proses persalinan.

**Obyektif**

**1. Pemeriksaan Umum**

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Komposmetis
- c. Tanda –tanda vital
  - a) Tekanan darah: dibawah 140/90 mmHg (Abdul Bari Saifudin, 2004 : N-2)
  - b) Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Ari Sulistyowati, 2009 : 61)
  - c) Pernafasan : 16-20 Kali / menit (Eviana, 2011: 45)

d) Suhu : 36,5-37,5<sup>0</sup> C(Eniyati, 2012:120)

## 2. Pemeriksaan Fisik

### a. Abdomen :

Leopold I : Tinggi fundus uteri pertengahan pusat-prosesus xiphoideus.

Leopold II : (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin. (Ari Sulistyowati, 2009 : 90).

Leopold III : kepala sudah masuk panggul (Firman, 2010:106).

Leopold IV : Seberapa jauh sudah masuk pintu atas panggul (Eniyati 201 : 43)

b. Vulva : adanya blood show, tentukan keadaan perineum, adanya varises, kondiloma (Firman, 2010 : 88).

c. Pemeriksaan dalam : Portio lunak, pembukaan 1-10 cm, effacement 25-100%, ketuban utuh/pecah, kep, UUK, Hodge I-IV, ada/tidak bagian kecil dan terkecil janin. Ukuran panggul dalam conjugata vera  $\geq$  11 cm, jarak antara spina ischiadica  $\geq$  11 cm.

## 3. Pemeriksaan lain :

a. Pemeriksaan lakmus : Jika ada indikasi ketuban sudah pecah.



- b. NST : untuk menilai kesejahteraan janin. Menilai gambaran denyut jantung janin dalam hubungannya dengan gerakan / aktivitas janin(Sarwono, 2009:231).

## 2) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G...PAPIAH, usia kehamilan, Anak hidup, anak tunggal, letak anak, anak intra uterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita, inpartu kala I fase laten/ aktif.
2. Masalah : perasaan gelisah, takut, rasa tidak nyaman ibu semakin meningkat pada saat kontraksi semakin meningkat.
3. Kebutuhan : Berikan dukungan emosional.

## 3) Antisipasi terhadap diagnose dan masalah potensial.

Tidak ada

## 4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan.

Tidak ada

## 5) Intervensi

### KALA I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan  $\leq$  14 jam (pada Primigravida) dan  $\leq$  7 jam (pada multigravida) diharapkan persalinan masuk kala II.

Kriteria Hasil :

- a. k/u ibu & janin baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah  $<140/90$ , Nadi 60-100 x/menit, Suhu  $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ , pernafasan 16-20x/menit) dan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)

- b. His semakin adekuat dan teratur ( $\geq 3x$  dalam 10 menit lama  $\geq 40$  detik)
- c. terdapat penurunan kepala janin
- d. pembukaan lengkap 10 cm eff 100 %
- e. terdapat dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka.

**a) Intervensi**

- 1. Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.  
R/ Memperhatikan kenyamanan klien.
- 2. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.  
R/ ketidak-mampuan untuk menyediakan semua perlengkapan bahan-bahan dan obat-obat essential pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayi.
- 3. Berikan asuhan sayang ibu.
  - a. Dukungan emosional.  
R/ Memberikan dukungan emosi, yang dapat menurunkan rasa takut.
  - b. Atur aktivitas dan posisi, juga membimbing relaksasi sewaktu ada his.  
R/ dapat memblok impuls nyeri dalam korteks serebral melalui respons kondisi dan stimulasi kutan.
  - c. Pemberian cairan dan nutrisi.

R/ dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan suhu, TD, nadi, pernafasan, dan DJJ.

- d. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

R/ Mempertahankan kandung kemih bebas distensi, yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.

4. Pencegahan infeksi.

R/ Menurunkan resiko infeksi.

5. Monitor tekanan darah, suhu badan, denyut nadi setiap 4 jam.

R/ Peningkatan nadi dan suhu dalah indicator terjadinya infeksi.

Dan dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan suhu, TD, nadi, pernafasan, dan DJJ.

6. Dengarkan denyut jantung janin setiap jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif.

R/ Memantau kesejahteraan janin.

7. Palpasi kontraksi uterus setiap jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif.

R/ Memantau kesejahteraan janin.

8. Monitor pembukaan serviks, penurunan bagian terendah janin pada fase laten dan fase aktif dilakukan setiap 4 jam.

R/ Memantau kemajuan persalinan

9. Seluruh hasil pemeriksaan dicatat di partograf.

R/ partograf adalah bagian terpenting dari pencatatan selama persalinan untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai atau efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan, membuat perubahan serta peningkatan pada rencana asuhan.

(APN, 2008 : 52-67).

#### 10. Persiapan rujukan

R/ keterlambatan pengambilan keputusan dan tindakan pada saat terjadi penyulit pada ibu dan bayi dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayi.

### **KALA II**

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan  $\leq$  2 jam (pada primigravida) dan 1 jam (pada multigravida) diharapkan bayi lahir spontan.

Kriteria hasil :

- a. Ibu kuat meneran
- b. Bayi lahir spontan B
- c. Menangis kuat
- d. Bayi bergerak aktif
- e. Warna kulit kemerahan

#### **a) Intervensi**

1. Mengenali dan melihat adanya tanda persalinan kala II. Yang dilakukan adalah pemeriksaan tanda-tanda :

- a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran

- b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya
  - c. Perineum menonjol
  - d. Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi : tempat datar, rata, bersih kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.
  - a. Menggelar kain diatas perut ibu. Dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
  - b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
3. Pakai celemek plastic yang bersih
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk pribadi yang kering dan bersih.
5. Memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6. Memasukkan oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril.

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah di basahi air disinfeksi tingkat tinggi.
  - a. Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan kasa dari arah depan ke belakang.
  - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
  - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0.5 %.
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0.5 % dan kemudian melepasnya dalam keadaan terbalik serta merendamnya selama 10 menit cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat adanya his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Ajarkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm meletakkan handuk diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan saat kepala lahir.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat.
  - a. Jika talipusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

- b. Jika talipusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, tepatkan ke dua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar sehinga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah arah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.  
Lahirnya badan dan tungkai
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan tangan bagian bawah saat menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (again atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior saat bayi keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran kaki
25. Menilai bayi dengan cepat (bayi cukup bulan, ketuban jernih, menangis atau bernafas, tonus otot baik), kemudian meletakkan



bayi diatas perut ibu diposisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan).

26. Segera mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

### **KALA III**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\leq 30$  menit diharapkan plasenta lahir lengkap

Kriteria Hasil :

- a. Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta : uterus globuler dan tali pusat semakin panjang ada semburan darah tiba-tiba.
- b. Plasenta lahir lengkap
- c. Tidak terjadi perdarahan
- d. Kontraksi uterus baik
- e. Kandung kemih kosong.
- f. TFU 3 jari bawah pusat.

#### **a) Intervensi**

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

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskuler) 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
30. Setelah 20 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama ke arah ibu.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
  - a. Dengan satu tangan pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara dua klem tersebut.
  - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
  - c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada dipertut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan

palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir, (tetap melakukan tekanan dorso-cranial)
  - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
  - b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
    - a) Beri dosis ulang oksitosin 10 unit IM
    - b) Lakukan kateteriasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.
    - c) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
    - d) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

- e) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.
38. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
  - b. Rangsangan taktil (masase uterus)
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga berkontraksi (fundus menjadi keras) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu (diameter 15-20 cm, tebal 2-2,5 cm, rata-rata 20 kotiledon) maupun bayi (insersi : sentralis, marginalis, valamentosa. Panjang tali pusat rata-rata 50 cm) dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

#### **KALA IV**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan 2 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan.

Kriteria Hasil :

- a. k/u ibu baik : TTV dalam batas normal (Tekanan darah <140/90, Nadi 60-100 x/menit, Suhu 36,5-37,5<sup>0</sup>C, pernafasan 16-20x/menit)
- b. Berat badab bayi 2500-4000 gram.
- c. Uterus berkontraksi dengan baik
- d. Tidak terjadi perdarahan
- e. Dapat mobilisasi dini
- f. Kandung kemih kosong.

**a) Intervensi.**

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
  - a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit bayi cukup menyusu dari satu payudara.
  - b. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

44. Setelah 1 jam, dilakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, beri antibiotika salep mata, dan vit K 1 mg IM dipaha kiri anterolateral.
45. Setelah 1 jam pemberian vit K berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan. Letakkan kembali bayi di dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
46. Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
  - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
  - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
  - c. Setiap 20-30 menit ada jam kedua pasca persalinan.
  - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri
47. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah ( $\leq 500$  cc).
49. Memeriksa nadi dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
  - a. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
  - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal

50. Periksa kembali bayi dan pantau setiap 15 menit untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C)
  - a. Jika bayi sulit bernafas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
  - b. Jika napas terlalu cepat, segera rujuk.
  - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi kulit kekulit dengan ibunya dan selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.
51. Tempatkan semua peralatan dalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit), mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Pastikan bahwa ibu nyaman membantu ibu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum dan makan yang diinginkan.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan klorin 0,5%.
56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian sarung tangan dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir.
58. Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang, periksa tanda vital dan asuhan kala IV).

(Eniyati, 2012:70-78)

**b) Implementasi**

Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi kala IV

**c) Evaluasi**

**S** : lega , persalinan berjalan dengan lancar dan normal.

**O** : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, tidak terjadi perdarahan, laserasi perineum. BB bayi, PB bayi, anus +.

**A** : PAPIAH post partum fisiologis 2 jam

**P** : KIE mobilisasi dini, personal hygiene, pola eliminasi, pola nutrisi. Pindah ibu keruang nifas. Lakukan rawat gabung. Berikan tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari dan vitamin A 200.000 IU. Lakukan Observasi 6-8 jam.

**2.3.3. Nifas**

**1) Pengkajian**

**Subyektif**

**1. Keluhan Utama**

Ketidaknyamanan pada masa puerperium : nyeri setelah lahir (after pain), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid ( Hellen Varney, 2008 : 974-977)



## 2. Pola Kesehatan Fungsional

- a. Pola Nutrisi : Makan dengan diit berimbang, cukup karbohidrat, protein lemak, vitamin dan mineral. Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori dan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tamahan dari kebutuhan kalori per harinya. Asupan cairan 3 liter/hari, 2 liter didapat dari air minum dan 1 liter dari cairan yang ada pada kuah sayur, buah dan makanan yang lain (Suherni, 2009 : 101)
- b. Pola eliminasi : Dalam 6 jam ibu nifas harus sudah bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam. Urine dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan. BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diit cairan, obat-obat analgesic dan perineum yang sakit (Suherni, 2009 : 117)
- c. Pola istirahat : Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan. Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur. Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan. Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam (Suherni, 2009 : 104)
- d. Pola aktivitas : Ibu boleh bangun dari tempat tidur 6 jam setelah persalinan (Firman, 2010: 193)

- e. Pola Seksual : Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Ada kepercayaan / budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seksual setelah 40 hari atau 6 minggu. (Suherni, 2009 : 104).
- f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan :  
Mengkonsumsi tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari.  
Mengkonsumsi vitamin A 200.000 IU (Suherni, 2009 ; 101 ).

### **3. Keadaan Psikologis**

Pada 1-2 hari setelah melahirkan ibu lebih sensitive mudah tersinggung, pada 3-10 hari setelah melahirkan ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dalam merawat bayinya (Suherni, 2009:57-89).

### **Obyektif**

#### **1. Pemeriksaan Umum**

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmetis
- c. Tanda –tanda vital
  - a) Tekanan darah: dibawah 140/90 mmHg (Abdul Bari Saifudin, 2004 : N-2)
  - b) Nadi : dalam keadaan normal 70 kali/menit meningkat menjadi 80-90 kali/menit (Ari Sulistyowati, 2009 : 61)
  - c) Pernafasan : 16-20 Kali / menit (Eviana, 2011: 45)

d) Suhu : 36,5-37,5<sup>0</sup> C(Eniyati, 2012:120)

## 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : Pucat/tidak, mukosa bibir lembab/ kering, keadaan conjungtiva (merah muda/pucat).
- b. Payudara : pembesaran, puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI/kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, adakah radang atau benjolan abnormal (Suherni, 2009 : 120).
- c. Abdomen : tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih kosong/penuh (Suherni, 2009 : 120).
- d. Genetalia : pengeluaran lochea (jenis warna, jumlah, bau), oedema, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus (Suherni, 2009 : 120).
- e. Ekstremitas bawah : pergerakan, gumpalan darah pada otot kaki yang menyebabkan nyeri, edema, varises (Suherni, 2009 : 121).

## 2) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : PAPIAH Post partum .....jam/hari ke.....
2. Masalah : Ketidaknyamanan pada masa puerperium adalah : nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid, ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dalam merawat bayinya ( Hellen Varney, 2007 : 974).

3. Kebutuhan : kie perawatan payudara, kie personal hygiene, berikan kie cara merawat bayi dan berikan dukungan emosional.

**3) Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial**

Tidak ada

**4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan**

Tidak ada

**5) Intervensi**

- a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.  
R/ evaluasi segera dan intervensi dapat mencegah/membatasi perkembangan komplikasi.
- b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.  
R/ evaluasi segera dan intervensi dapat mencegah/membatasi perkembangan komplikasi.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.  
R/ evaluasi segera dan intervensi dapat mencegah/membatasi perkembangan komplikasi.
- d. Pemberian ASI awal.  
R/ kontak awal mempunyai efek positif pada durasi pemberian ASI, kontak kulit dengan kulit dan mulainya tugas ibu meningkatkan ikatan.
- e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

R/ jam-jam pertama setelah lahir memberikan kesempatan unik untuk terjadinya ikatan keluarga, karena ibu dan bayi secara emosional saling menerima isyarat, yang menimbulkan kedekatan dan penerimaan.

- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

R/ Bayi Baru Lahir sangat mudah mengalami hipotermi.

- g. Berikan vitamin A 200.000 unit dan tablet Fe selama masa nifas

R/ memenuhi kebutuhan nutrisi ibu nifas

- h. Lakukan observasi tiap 6 jam.

R/ memantau kondisi ibu dan bayi.