

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kehamilan, Persalinan, Nifas**

##### **2.1.1 Kehamilan**

###### 1). Pengertian

Kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir ( HPHT ) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum ( Varney Midwifery Edisi 4 Vol.1 : 2007 : 492 ).

Kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir ( HPHT ) sampai dimulainya persalinan ( Asrinah : 2010 : 17 ).

Kehamilan adalah matarantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi ( implantasi ) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm ( Chandranita Manuaba : 2010 : 75 ).

###### 2). Tanda – tanda kehamilan

1. Terdapat 3 tanda-tanda kehamilan, yaitu kehamilan pasti, tidak pasti, dan kemungkinan. Pasti

Terlihatnya embrio atau kantung kehamilan melalui USG pada 4-6 minggu sesudah pembuahan.

- a. Denyut jantung janin ketika usia kehamilan 10-20 minggu. Didengar dengan stethoscope leanec, alat kardiotokografi, alatt dopler, atau dilihat dengan ultrasonografi.
- b. Terasa gerak janin dalam rahim. Pada primigravida bisa dirasakan ketika kehamilan berusia 18 minggu, sedangkan pada multigravida di usia 16 minggu. Terlihat atau teraba gerakan janin dan bagian – bagian janin.
- c. Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin.

## 2. Tidak Pasti

- a. Amenore ( tidak adanya menstruasi )
- b. Mual di pagi hari ( tanpa muntah )
- c. Mengidam ( menginginkan makanan atau minuman tertentu )
- d. Sering buang air kecil, pingsan
- e. Mammae menjadi tegang dan membesar
- f. Anoreksia ( tidak nafsu makan )
- g. Konstipasi dan obstipasi
- h. Pigmentasi kulit terjadi pada kehamilan usia 12 minggu ke atas. Ada beberapa bagian di mana pigmentasi terlihat jelas, yaitu sekitar pipi ( Cloasma gravidarum yaitu keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit pada kulit). Dinding perut yaitu Striae

lividae, Striae nigra, Linea alba menjadi hitam. Sekitar payudara seperti Hiperpigmentasi areola mammae, Putting susu semakin menonjol, Kelenjar Montgomery makin menonjol, Pembuluh darah menifis sekitar payudara.

- i. Varices : Karena pengaruh dari estrogen dan progesterone terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah tersebut terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki, betis dan payudara. Pada multigravida kadang-kadang varices ditemukan pada kehamilan yang terdahulu.

### 3. Kemungkinan

Tanda-tanda yang memungkinkan seorang perempuan hamil adalah :

- a. Rahim membesar : sesuai dengan tuanya kehamilan
- b. Pada pemeriksaan dijumpai : Tanda hegar, tanda piskacek, tanda chadwicks, kontraksi Braxton hicks, teraba ballottement.
- c. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif ( Asrinah : 2010 : 78 ).

### 3). Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil trimester I, II, III

#### 1. Sistem reproduksi

- a. Uterus

Uterus merupakan organ yang telah dirancang sedemikian rupa baik struktur, posisi, fungsi, dan lain sebagainya, sehingga betul – betul sesuai dengan kepentingan proses fisiologis pembentukan manusia. Pembesaran uterus merupakan perubahan anatomi yang paling nyata pada ibu hamil. Peningkatan konsentrasi hormone estrogen dan progesterone pada awal kehamilan akan menyebabkan *hipertrofi myometrium*. Hipertrofi tersebut dibarengi dengan peningkatan yang nyata dari jaringan elastin dan akumulasi dari jaringan fibroosa sehingga struktur dinding uterus menjadi lebih kuat terhadap regangan dan distensi. Hipertrofi myometrium juga disertai dengan peningkatan vaskularisasi dan pembuluh limfatik. Peningkatan vaskularisasi, kongesti dan edema jaringan dinding uterus dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan berbagai perubahan yang dikenali sebagai tanda Chadwick, Goodell, dan Hegar.

Bentuk uterus, yang seperti buah alpukat kecil ( pada saat sebelum hamil ) akan berubah bentuk menjadi globuler pada awal kehamilan dan ovoid ( membulat ) apabila kehamilan memasuki trimester kedua. Setelah 3 bulan kehamilan, volume uterus menjadi cepat bertambah sebagai akibat adanya pertumbuhan yang cepat pula dari konsepsi dan produk ikatannya. Seiring dengan semakin membesarnya uterus, korpus uteri dan fundus semakin keluar dari rongga pelvic sehingga lebih sesuai disebut sebagai organ abdomen. Perumbuhan uterus ke arah kavum abdomen disertai dengan sedikit rotasi ke arah sumbu badan ibu, atau dikenal dengan istilah *dekstrorotasi*. Kondisi ini disebabkan oleh adanya kolon *rektosigmoid* yang mengisi sebagian besar ruang

*abdominopelvikum* kiri, kecepatan pembesaran uterus pada primigravida dan multigravida dapat sedikit berbeda ( kisaran 1-2 minggu ), dan ini menimbulkan variasi dalam estimasi besar uterus pada permulaan pemeriksaan kehamilan awal atau tera usia kehamilan dengan menggunakan titik anatomi tertentu ( misalnya : fundus uteri setinggi umbilicus ).

Pembesaran dinding abdomen sering dianggap sebagai tanda terjadinya kehamilan. Pembesaran tersebut dikaitkandengan adanya pembesaran uterus di rongga abdomen. Penonjolan dinding abdomen biasanya dimulai pada usia kehamilan 16 minggu, dimana uterus beralih dari organ pelvic menjadi organ abdomen. Penonjolan dinding abdomen terlihat lebuuh nyata pada ibu hamil dengan posisi berdiri, dibandingkan pada posisi berbaring. Kondisi ini juga lebih terlihat pada multipara, dibandingkan nulipara, atau primigravida, akibat kendurnya otot-otot dinding perut. Apabila uterus jatuh kea rah depan dan bawah, dinding perut akan menonjol seperti bandul, dan ini disebut sebagai perut pendulum. Pada kasus yang ekstrim, kondisi ini bisamengganggu kemajuan proses persalinan ( Asrinah : 2010 : 50 ).

#### b. Serviks Uteri

Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis ( berbatasan / menembus dinding dalam vagina ) dan pars supravinalis. Terdiri dari 3 komponen utama : otot polos, jalinan jaringan ikat ( kolagen dan glikosamin ),

dan elastin. Bagian luar di dalam rongga vagina yaitu *portio cervicis uteri* ( dinding ), dengan lubang *ostium uteri externum* ( luar, arah vagina ) dilapisi epitel *skuamokolumnar mukosa serviks*, dan *ostium uteri internum* ( dalam, arah cavum ). Sebelum melahirkan ( nullipara / primigravida ), lubang *ostium externum* berupa alat kecil, setelah pernah / riwayat melahirkan ( primipara / multigravida ), bentuknya berupa garis melintang. Posisi serviks mengarah ke kaudal-posterior, setinggi *spina ischiadica*. Kelenjar mukosa serviks menghasilkan lender getah serviks yang mengandung glikoprotein kaya karbohidrat ( musin ) dan larutan berbagai garam, peptide dan air. Ketebalan mukosa dan viskositas lender serviks dipengaruhi oleh siklus haid ( Asrinah : 2010 : 54 ).

#### c. Corpus uteri

Terdiri dari paling luar : lapisan serosa / peritoneum yang melekat pada ligamentum latum uteri di intrabdomen, tengah lapisan muscular / myometrium berupa otot polos tiga lapis ( dari luar ke dalam, lapisan endometrium yang melapisi dinding cavum uteri, menebal dan runtuh sesuai siklus haid akibat pengaruh hormone-hormon ovarium. Posisi corpus intraabdomen mendatar dengan fleksi ke anterior, fundus uteri berada di atas vesica urinaria. Proporsi ukuran corpus terhadap isthmus dan serviks uterus bervariasi selama pertumbuhan dan perkembangan perempuan.

#### d. Salping / Tuba Falopii

Embriologi uterus dan tuba berasal dari ductus Mulleri. Sepasang tuba kiri-kanan, panjang 8-14 cm, berfungsi sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai cavum uteri. Dinding tuba terdiri atas tiga lapisan : serosa, muscular ( longitudinal dan sirkular ), serta mukosa dengan epitel bersilia. Bagian ini terdiri dari *pars interstitialis*, *pars isthmica*, *pars ampullaris*, serta *pars infundibulum* dengan fimbria, dengan karakteristik silia dan ketebalan dinding yang berbeda-beda pada setiap bagian ( Asrinah : 2010 : 54 ).

e. Ovarium

Organ endokrin berbentuk oval, terletak di dalam rongga peritoneum, sepasang kiri kanan. Ovarium dilapisi mesovarium, sebagai jaringan jaringan ikat dan jalan pembuluh darah dan saraf, terdiri dari korteks dan medulla. Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum ( dari sel epitel germinal primordial di lapisan terluar epitel ovarium pada korteks ), ovulasi ( pengeluaran ovum ), sintesis dan sekresi hormone-hormon steroid ( estrogen oleh teka interna folikel, progesterone oleh korpus luteum pasca ovulasi ). Ovarium berhubungan dengan *pars infundibulum* tuba falopii melalui perlekatan fimbriae. Fimbriae menangkap ovum yang dilepaskan pada saat ovulasi. Ovarium terfiksasi oleh *ligamentum ovarii proprium*, *ligamentum infundibulopelvicum* dan jaringan ikat mesovarium. Vaskularisasi dari cabang aorta abdominalis inferior terhadap arteri renalis.

Uterus tumbuh membesar primer, maupun sekunder, akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterine. Estrogen menyebabkan adanya hiperplasi jaringan,

sedangkan progesterone berperan untuk elastisitas / kelenturan uterus. Taksiran kasar perbesaran uterus pada perabaan tinggi fundus adalah :

- a. Tidak hamil / normal ; sebesar telur ayam (  $\pm 30$  g )
  - b. Kehamilan 8 minggu : telur bebek
  - c. Kehamilan 12 minggu : telur angsa
  - d. Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis – pusat
  - e. Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
  - f. Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat – xypoid
  - g. Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat – xypoid
  - h. 36 – 42 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xypoid ( Asrinah : 2010 : 56 ).
- f. Payudara

Seluruh susunan kelenjar payudara berada di bawah kulit di daerah pectoral. Organ ini terjadi dari massa payudara yang sebagian besar mengandung jaringan lemak, berlobus-lobus ( 20-40 lobus ), tiap lobus terdiri dari 10-100 alveoli, yang di bawah pengaruh hoormon prolaktin memproduksi air susu. Dari lobus-lobus, air susu dialirkan melalui duktus, yang bermuara di daerah papilla / putting. Fungsi utama payudara adalah laktasi, yang dipengaruhi hormon prolaktin dan oksitosin pascapersalinan. Kulit daerah payudara sensitif terhadap rangsang rangsang, termasuk sebagai *sexually responsive organ*. Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba nodule-noduli, akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan – bayangan vena lebih membis. Hiperpigmentasi terjadi pada putting susu dan areola payudara. Kalau diperas keluar, air susu jolong (



kolostrum ) berwarna kuning. Perubahan payudara pada saat kehamilan dimulai sejak trimester I.

Pembentukan lobules dan alveoli terjadi pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan. Sel – sel alveoli mulai memproduksi dan mensekresi cairan yang kental kekuningan sebagai kolostrum. Sesuai dengan kematangan pada trimester III kehamilan, aliran darah di dalamnya menjadi lebih lambat dan payudara menjadi membesar. Pembesaran payudara pada perempuan hamil menimbulkan perubahan titik pusat berat tubuhnya ( Asrinah : 2010 : 60 ).

#### 1. Sirkulasi Darah Ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain :

- a. Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- b. Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retro-plasenter.
- c. Pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat.

Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah :

*Volume darah.* Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah ( *hemodilusi* ), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah ( volume darah ) bertambah sebesar 25 sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. *Curah jantung* akan bertambah sekitar 30%.

*Sel darah.* Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat hingga mencapai 10.000 / ml. Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal. Protein darah dalam bentuk albumin dan gamaglobulin dapat menurun pada triwulan pertama, sedangkan fibrinogen meningkat. Pada postpartum dengan terjadinya hemokonsentrasi dapat terjadi tromboflebitis

( Chandranita Manuaba : 2010 : 92 ).

### 3.. Sistem endokrin

#### a. Kelenjar hipofisis

Berat kelenjar hipofisis anterior meningkat antara 30-50%, yang menyebabkan perempuan hamil menderita pusing. Sekresi prolaktin, hormone adrenokortikotropik, hormone tirotropik dan melanocyt stimulating hormone meningkat. Produksi hormone perangsang folikel dan luteinizing hormon dihambat oleh estrogen dan progesteron palsesta. Efek meningkatnya sekresi prolaktin adalah ditekannya produksi estrogen dan progesteron pada masa kehamilan.

#### b. Kelenjar tiroid

Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran kira-kira 13% akibat adanya hiperplasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas. Secara fisiologis akan terjadi peningkatan ambilan iodine sebagai kompensasi kebutuhan ginjal terhadap iodine yang meningkatkan laju filtrasi glomerulus. Beberapa penelitian juga menjelaskan bahwa penyakit gondok disebabkan oleh defisiensi iodine. Walau kadang-kadang kehamilan mungkin menuju hipertiroid, fungsi tiroid biasanya normal. Namun, peningkatan T4 ( tiroksin ) dan T3 ( tridotironin ) juga merangsang peningkatan laju metabolisme basal. Hal ini disebabkan oleh produksi *estrogen stimulated hepatic* dari tiroksin yang menekan globulin.

c. Kelenjar adrenal

Diperkirakan kortisol bebas yang meningkat mempunyai efek yang berlawanan terhadap insulin. Dengan meningkatkan kadar glukosa dalam darah, adanya asam lemak dan produksi glikogen serta menurunnya tingkat penyebaran glukosa oleh otot dan lemak, dapat membuat kebutuhan fetus akan glukosa terpenuhi. Peningkatan konsentrasi kortisol bebas pada masa kehamilan juga menyebabkan hiperglikemia setelah makan. Peningkatan plasma kortisol bebas juga dapat menyebabkan kehamilan mengalami kegemukan di bagian bagian tertentu karena adanya penyimpanan lemak., dan juga merangsang adanya *striae gravidarum*. Karena adanya stimulasi dari estrogen dan progesteron, terjadilah peningkatan konsentrasi rennin yang besar, yang diproduksi oleh korteks adrenal pada saat kehamilan 12 minggu, yang berfungsi sebagai tambahan, selain rennin yang diproduksi di uterus dan korion. Peningkatan kortisol dan tekanan darah

merangsang system rennin-angiotensin mampu menjaga keseimbangan efek hilangnya garam yang disebabkan oleh *korteks adrenal*. Kadar aldosteron meningkat 200-700 ng/l sampai pada akhir kehamilan, sedangkan kadar aldosteron pada perempuan tidak hamil adalah 100-200 ng/l. Efek dari aldosteron adalah meningkatnya penyerapan natrium, yang dapat member keseimbangan bagi tubuh karena adanya garam yang hilang dan sekresi air meningkat. HCG mengurangi respon imunitas dalam kehamilan usia 10-30 minggu dan tetap pada kadar ini hingga aterm. Titer antibody terhadap cacar, influenza A dan herpes simpleks mengalami pengurangan sebagai efek dari hemolidusi. Karena itu resistensi terhadap virus bisa berubah ( Asrinah : 2010 : 63 ).

#### 4. Perubahan kardiovaskular / hemodinamik

Pada akhir kehamilan, memposisikan wanita pada posisi terlentang dapat menyebabkan uterus yang sekarang besar dan berat dengan cepat menekan aliran balik vena sampai membuat pengisian jantung menurun dan curah jantung menurun. Pada 10% wanita hal ini dapat menyebabkan hipotensi arterial dan wanita dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran. Hipotensi arterial dapat diatasi dengan meminta wanita berbaring miring atau duduk ( Varney Midwifery edisi 4 vol.1 : 2007 : 498 ).

##### a. Ginjal

Pola normal berkemih wanita yang tidak hamil pada siang hari ( diurnal ) berkebalikan dengan pola wanita yang hamil. Wanita yang hamil mengumpulkan

cairan ( air dan natrium ) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul dan vena kava inferior, sebagaimana telah dibahas sebelumnya, dan kemudian mengekskresi cairan tersebut pada malam hari ( nokturia ) melalui kedua ginjal ketika wanita berbaring terutama pada posisi lateral kiri ( Varney Midwifery edisi 4 vol.1 : 2007 : 499 ).

#### b. Paru

Sistem respirasi ibu mengangkut oksigen dan membuang karbondioksida dari janin serta menyediakan energy untuk sel-sel ibu itu sendiri, janin, dan plasenta. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan pulmonal meliputi pengaruh hormonal dan perubahan mekanis. Semua perubahan ini disebabkan oleh tekanan ke atas akibat pembesaran uterus. Pengaruh-pengaruh hormonal meliputi efek estrogen terhadap *engorgement* kapiler melalui saluran pernapasan dan efek progesteron terhadap relaksasi otot polos bronkiol dan relaksasi otot serta kartilago pada regio toraks. Jumlah pernapasan, kapasitas vital, dan kapasitas napas maksimum tidak terpengaruh selama kehamilan berlangsung, tetapi volume tidal, volume pernapasan permenit, dan peningkatan ambilan oksigen per menit, kapasitas residu fungsional serta volume residu udara mengalami penurunan ( Varney Midwifery edisi 4 vol.1 : 2007 : 500 ).

#### c. Pencernaan

Perubahan pada saluran cerna memungkinkan pengangkutan nutrient untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin dan perubahan ini berada di bawah pengaruh

hormon dan mekanis. Hal penting yang perlu diingat bahwa banyak diantara perubahan ini bertanggung jawab terhadap sejumlah ketidaknyamanan yang dialami selama kehamilan. Estrogen menyebabkan peningkatan aliran darah ke mulut sehingga gusi menjadi rapuh dan dapat menimbulkan gingivitis. Hal ini juga dapat mendorong ibu memperhatikan perawatan gigi dan mulut, tetapi bukan dikarenakan ia akan kehilangan kalsium yang dialirkan ke janin. Janin memperoleh kalsium dari cadangan kalsium di dalam tubuh ibu, bukan dari gigi ibu. Saliva menjadi lebih asam, tetapi jumlahnya tidak meningkat.

Tonus pada sfingter esophagus bagian bawah melemah di bawah pengaruh progesterone, yang menyebabkan relaksasi otot polos. Pergeseran diafragma dan penekanan akibat pembesaran uterus yang diperburuk oleh hilangnya otot sfingter, mengakibatkan refluks dan nyeri ulu hati. Kerja progesteron pada otot-otot polos menyebabkan lambung hipotonus yang disertai penurunan motilitas dan waktu pengosongan yang memanjang. Semua perubahan yang terjadi akibat progesteron ini dialami seluruh saluran usus halus. Efek-efek progesterone menjadi lebih jelas seiring kemajuan kehamilan dan peningkatan kadar progesterone. Efek progesterone pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit yang melambat memuat air semakin banyak diabsorpsi dan menyebabkan peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran akibat pembesaran uterus. usus buntu bergeser ke atas dan ke samping, keluar dari kuadran kanan bawah dan dapat mencapai ketinggian batas kosta kanan di atas panggul ( Varney Midwifery edisi 4 vol.1 : 2007 : 501 ).

#### 4. Perubahan psikologis dalam masa kehamilan

##### **Trimester III**

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

Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. Alternatif posisi dalam berhubungan seksual dan metode alternative untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau dapat menimbulkan perasaan bersalah jika wanita merasa tidak nyaman dengan cara- cara tersebut. Berbagi perasaan secara jujur dengan pasangan dan konsultasi menjadi sangat penting ( Varney Midwifery edisi 4 vol.1 : 2007 : 504 ).

#### 5. Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya

## 1). Kebutuhan fisik ibu hamil trimester I, II, III

### a. Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan, CO<sub>2</sub> menurun dan O<sub>2</sub> meningkat, O<sub>2</sub> meningkat, akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan akan menyebabkan hiperventilasi dimana keadaan CO<sub>2</sub> menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

### b. Nutrisi

#### 1. Kalori

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

#### 2. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan ( kacang-kacangan ) atau hewani ( ikan, ayam, keju, susu, telur ). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

#### 3. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber



kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat.

Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

#### 4. Zat besi

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

#### 5. Asam folat

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

#### 6. Air

Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel, darah, getah bening, dan cairan vital tubuh lainnya. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas ( 1500-2000 ml ) air, susu, dan jus tiap 24 jam. Sebaiknya membatasi minuman yang mengandung kafein seperti the, coklat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan ( sakarin ) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta ( Asrinah : 2010 : 95 ).

#### c. Personal hygiene ( Kebersihan pribadi )

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit

menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme, sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal doueche*.

d. Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakain ibu hamil :

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

e. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut kosong dapat merangsang gerak peristaltic usus. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh iu hamil, yerutaa pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya

berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan saat ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi ( Asrinah : 2010 : 96 ).

f. Seksual

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

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

g. Mobilisasi, bodi mekanik

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur malam. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini, dibutuhkan sikap tubuh yang baik ( Asrinah : 2010 : 97 ).

h. Exercise / senam hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberi manfaat dalam membantu kelancaran proses

persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu member dorongn serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah ( Asrinah : 2010 : 98 ).

i. Istirahat / tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

j. Imunisasi

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

hendaknya ia mendapatkan minimal 2 dosis ( TT1 dan TT2 dengan interval 2 minggu, dan bila memungkinkan, untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapat suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3, dengan interval 6 bulan ( bukan 4 minggu / 1 bulan ). Bagi ibu hamil dengan status T2, bisa diberikan satu kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4-pun dapat diberikan sekali suntikan ( TT5 ) bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5, tidak perlu disuntik TT lagi karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup ( 25 tahun ). Walau tidak hamil, bila perempuan usia subur belum mencapai status, diharapkan mendapat dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi perempuan untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus *long life card* ( Asrinah : 2010 : 104 ).

k. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut

1. Biaya : Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin ( tabulin ), atau menabung di bank.
2. Penentuan tempat serta penolong persalinan
3. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.

4. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.
5. Surat-surat fasilitas kesehatan ( misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain ).
6. Pembagian peran ketika ibu berada di RS ( ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama ).
7. Persiapan persalinan yang tidak kalah pentingnya adalah transportasi, misalnya jarak tempuh dari rumah dan tujuan memutuhkan waktu beberapa lama, jenis alat transportasi, sulit atau mudahnya lokasi ditempuh. Semua ini akan mempengaruhi cepat-lambatnya pertolongan diberikan ( Asrinah : 2010 : 107 ).
8. Tabel 2.1 Ketidaknyaman dan cara mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil ( trimester I dan III )	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya</li> <li>b. Perbanyak minum saat siang hari</li> <li>c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia.</li> <li>d. Batasi minum kopi, teh, soda</li> </ol>
2.	Keputihan ( terjadi pada trimester I, II, III )	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari</li> <li>b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap</li> </ol>
3.	Napas sesak ( trimester II dan III )	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan penyebab fisiologinya.</li> <li>b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi.</li> <li>c. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.</li> </ol>
4.	Sakit punggung atas dan bawah (	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gunakan posisi tubuh yang baik.</li> </ol>

trimester II dan III )	b. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
------------------------	-----------------------------------------------------------

( Asrinah : 2010 : 111 )

#### 9. Kunjungan ulang

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan berjalan normal, jumlah kunjungan cukup 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III. Tindakan ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Selain itu, upaya memberdayakan ibu hamil dan keluarganya tentang proses kehamilan dan masalahnya melalui penyuluhan atau konseling bisa berjalan efektif apabila tersedia cukup waktu untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang diperlukan ( Asrinah : 2010 : 113 ).

#### 10. Tanda bahaya kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan atau keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyakit penyerta sebaiknya juga dikenali sejak dini sehingga bisa dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan berat, baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya ( Asrinah : 2010 : 114 ).

### 2.1.2 Persalinan

#### 1.) Pengertian

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta ( Helen Varney Vol. 2, 2007 : 672 ).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan ( setelah 37 minggu ) tanpa disertai adanya penyulit ( Buku panduan APN, 2008 : 39 ).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan ( 37 – 42 minggu ), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin ( Sarwono Prawirohardjo, 2010 : 100 ).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi ( janin dan plasenta ) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan ( Chandranita Manuaba, 2010 : 164 ).

## 2.) Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

### a. Lightening

Penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap ( engaged ) setelah lightening. Lightening menyebabkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan ( Helen Varney, 2008 : 672 ).

### b. Perubahan Servik



Mendekati persalinan, serviks semakin matang. Kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang, lunak, dengan konsistensi seperti pudding, dan mengalami sedikit penipisan ( effacement ) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks.

c. Persalinan Palsu

Terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Persalinan Palsu dapat terjadi selama sehari – hari atau secaraintermitten bahkan tiga atau empat minggu sebelum persalinan.

d. Bloody Show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Bloody Show paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah.

e. Penipisan dan Pembukaan Serviks

Merupakan akibat langsung kontraksi. Penipisan terjadi karena saluran serviks yang semula memiliki panjang dua sampai tiga sentimeter memendek sampai pada titik saluran serviks menghilang sehingga hanya menyisakan os eksternal sebagai muara sirkular dengan bagian tepi tipis ( Helen Varney, 2008 : 672).

3). Kemajuan Persalinan

Setiap fase persalinan ditandai oleh perubahan fisik dan perubahan psikologis yang dapat diukur. Perubahan fisik dapat digunakan untuk mengevaluasi kemajuan

persalinan. Sedangkan perubahan psikologis digunakan untuk menentukan fase persalinan yang dicapai tanpa melakukan pemeriksaan dalam.

a. Fase Laten

Fase Laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3 sampai 4 sentimeter atau permulaan fase aktif. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali. Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten sering dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas dari mulai terjadi setiap 10 sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga kontraksi dengan intensitas sedang (rata – rata 40 mmHg pada puncak kontraksi dan tonus uterus dasar sebesar 10 mmHg) yang terjadi setiap 5 – 7 menit dan berlangsung 30 sampai 40 detik (Helen Varney, 2008 : 678).

b. Fase Aktif

Fase Aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari 3 – 4 sentimeter (akhir fase laten) hingga 10 sentimeter (akhir kala 1 persalinan). Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama kala dua persalinan. Kontraksi selama fase aktif menjadi lebih sering, dengan durasi yang lebih panjang dan intensitas lebih panjang dan intensitas lebih kuat. Kontraksi yang efektif menjadi lebih sering dengan durasi yang lebih panjang dan intensitas lebih kuat (Helen Varney, 2008 : 678).

4). Komponen Janin

a. Letak

adalah hubungan antara sumbu panjang janin sumbu panjang ibu. Ada 3 kemungkinan letak janin : *Longitudinal, Lintang, dan Oblik*.

b. Presentasi

ditentukan oleh bagian presentasi, yang merupakan bagian pertama janin yang memasuki pintu atas panggul. Ada 3 kemungkinan presentasi janin : *Sefalik, bokong, dan bahu*. Presentasi sefalik dapat berupa puncak kepala ( verteks ), sinsiput kening, atau wajah. Presentasi bokong dapat berupa bokong nyata, bokong penuh/komplet ( paha fleksi dan tungkai ekstensi pada permukaan anterior tubuh ), atau kaki yang membumbung ( satu atau keduanya ).

c. Sikap Janin

adalah postur khas janin tersebut yang ditentukan dengan melihat hubungan bagian – bagian janin terhadap satu sama lain dan efeknya pada kolumna vertebralis janin. Sikap janin bervariasi menurut presentasi janin.

d. Posisi

adalah titik yang dipilih secara acak pada janin untuk setiap presentasi, yang dihubungkan dengan sisi kiri atau kanan panggul ibu. Posisi umumnya digunakan dengan menggunakan sebutan ubun – ubun kecil kiri depan ( *LOA, left occipital anterior* ), sakrum kanan lintang ( *RST, right sacral transverse* ), dan selanjutnya.

e. Variasi

adalah titik pada janin yang juga dipilih secara acak, yang digunakan untuk menentukan posisi dalam hubungannya dengan bagian anterior, lintang atau posterio pelvis ( Helen Varney Vol. 2, 2008 : 673 ).

#### 4.) Asuhan Persalinan Normal

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

Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi yaitu :

##### a. Membuat Keputusan Klinik

Merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti, keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien.

( Buku panduan APN, 2008 : 7 )

##### b. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat

mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

1. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
2. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
3. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
5. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
6. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.
7. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan / atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
8. Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
9. Hargai privasi ibu.
10. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
11. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
12. Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.

13. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
14. Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.
15. Siapkan rencana rujukan ( Buku panduan APN, 2008 : 14 ).

c. Pencegahan Infeksi

PI adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi, saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pasca persalinan / bayi baru lahir atau saat menatalaksana penyulit.

( Buku panduan APN, 2008 : 17 )

d. Pencatatan ( Dokumentasi )

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Pencatatan rutin adalah penting karena :

1. Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan.
2. Dapat digunakan sebagai tolakukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik. Dari aspek metode keperawatan, informasi tentang intervensi atau asuhan yang bermanfaat dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya.

3. Dapat dibagikan di antara para penolong persalinan . Hal ini menjadi penting jika ternyata rujukan memang diperlukan karena hal ini berarti lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir ( Buku panduan APN, 2008 : 34 ).

e. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal – hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

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

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

K ( Keluarga ) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan / atau bayi dan mengapa ibu dan / atau bayi perlu dirujuk.

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

- S ( Surat ) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan / atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat – obatan yang diterima ibu dan / atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
- O ( Obat ) : Bawa obat – obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.
- K ( Kendaraan ) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
- U ( Uang ) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan ( Buku Panduan APN, 2008 : 35 ).

## 5). Batasan Persalinan

- a. Kala 1 Persalinan



Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat ( frekuensi dan kekuatannya ) hingga serviks membuka lengkap ( 10 cm ). Kala 1 persalinan terdiri atas 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten pada kala I persalinan :

1. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
2. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
3. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

Fase aktif pada kala I persalinan :

1. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap ( kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.
2. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm. Akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1cm per jam ( multipara atau primigravida ) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm ( multipara ).
3. Terjadi penurunan bagian terbawah janin ( Buku panduan APN, 2008 : 40 ).

b. Kala II Persalinan

Persalinan kala 2 dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap ( 10 cm ) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala 2 juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Gejala dan Tanda kala 2 persalinan :

1. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakn adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya.
3. Perineum menonjol.

4. Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah ( Buku panduan APN: 2008:79 ).

#### 5). Menolong Kelahiran Bayi

##### a. Posisi Ibu Saat Melahirkan

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang ( *Supine Position* ). Apapun posisi yang dipilih oleh ibu, pastikan tersedia alas kain atau sarung bersih di bawah ibu dan kemudahan untuk menjangkau semua peralatan dan bahan – bahan yang diperlukan untuk membantu kelahiran bayi. Tempatkan juga kain atau handuk bersih diatas perut iu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir ( Buku panduan APN, 2008 : 87 ).

##### 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. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan persat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laerasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5 – 6 cm tengah membuka vulva ( *crowning* )karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan.

##### c. Melahirkan Kepala

Saat kepala bayi membuka vulva ( 5 – 6 cm ), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3nya dibawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk

bersih diatas perut ibu ( untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir ). Lindungi perineum dengan satu tangan ( dibawah kain bersih dan kering ), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan empat 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.

Periksa tali pusat pada leher, jika ada lilitan 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 poyong tali pusat diantara 2 klem tersebut ( Buku panduan APN, 2008 : 91 ).

d. Melahirkan bahu

1. Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.
2. 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.
3. 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

1. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ( posterior ) kearah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tanagn tersebut.
2. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum.
3. Tangan bawah ( posterior ) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir.

4. Secara simultan, tangan atas ( anterior ) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior.
5. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki.
6. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya.
7. Letakkan bayi di atas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
8. Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik ( Buku panduan APN, 2008 : 92 ).

c. Kala III Persalinan

Persalinan kala 3 dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

1. Manajemen Aktif Kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama, yaitu :

a. Pemberian suntikan Oksitosin

Segera dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar ( aspektus lateralis ). Jika oksitosin

tidak tersedia, minta ibu untuk melakukan stimulasi puting susu atau menganjurkan ibu menyusukan dengan segera, Ini akan menyebabkan pelepasan oksitosin secara alamiah.

b. Penegangan Tali Pusat Terkendali

Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu ( beralaskan kain ) tepat diatas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat dengan satu tangan yang lain ( pada dinding abdomen ) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu ( dorso kranial ). Lakukan secara hati – hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lakukan tekanan dorso kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar placenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai ( mengikuti poros jalan lahir ). Pada saat placenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu. Lakukan penarikan dngan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban ( Buku panduan APN, 2008 : 101 ).

c. Rangsangan Taktil ( Masase ) Fundus Uteri

1. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.

2. Jelaskan tindakan pada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan serta rileks.
3. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.
4. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
5. Periksa uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Ajarkan ibu dan keluarganya cara masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.
6. Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan ( Buku panduan APN, 2008 : 106 ).

d. Kala IV Persalinan

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Setelah plasenta lahir :

1. Lakukan rangsangan taktil ( masase ) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
2. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya undud uteri setinggi atatu beberapa jari di bawah pusat.
3. Memperkirakan kehilangan darah. Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan

berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi 2 botol, ibu telah kehilangan 1 liter darah. Jika darah bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan 250 ml darah. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu ( 2000 – 2500 ml ).

4. Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan ( laserasi atau episiotomi ) perineum. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Derajat satu : Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum ( tak perlu dijahit jika tidak ada perdarahn dan aposisi luka baik ).

Derajat dua : Mukosa Vagina, Komisura Posterior, Kulit perineum, Otot perineum.

Derajat tiga : Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot Perineum, Otot sfingter ani ( Segera rujuk ke fasilitas rujukan ).

Derajat empat : Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani, Dinding depan rektum ( Buku panduan APN, 2008 : 115 ).

5. Evaluasi keadaan ibu
  - a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
  - b. Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
  - c. Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai denganapa yang diperlukan.
  - d. Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
  - e. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus mejadi lembek.
  - f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberikan ASI.
  - g. Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
  - h. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan ( Buku Panduan APN, 2008 : 116 ).



### 2.1.3 Nifas

#### 1.) Pengertian

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran plecenta dan selaput janin ( menandakan akhir periode intrapartum ) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode pemulihan pasca partum ini berlangsung sekitar enam minggu. ( Helen Varney, 2008 : 958 )

Masa nifas ( puerperium ) dimulai setelah plecenta lahir dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu. ( Ambarwati, 2010 : 1 )

Puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal. ( Chandranita Manuaba, 2010 : 200 )

#### 2). Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas normal dibagi menjadi dua, yaitu :

##### a. Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

##### b. Tujuan Khusus

Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya.

1. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati / merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
2. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
3. Memberikan pelayanan keluarga berencana ( Ambarwati, 2010 : 2 ).

### 3.) Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahap :

#### a. Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.

Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

#### b. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.

#### c. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktupersalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu – minggu, bulanan, tahunan (Ambarwati, 2010: 3 ).

### 4.) Program dan Kebijakan Teknis

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

Tabel 2.2 Kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat 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 mencegah hipotermia.
II	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.
III	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas ( 6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

( Prawirohardjo, 2010 : 123 )

## 5.) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

### a. Perubahan Sistem Reproduksi

#### 1. Involusi

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

a. Autolysis

Proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan. Sitoplasma sel yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

b. Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot – otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan bergenerasi menjadi endometrium yang baru ( Ambarwati, 2010 : 74 ).

c. Efek Oksitosin ( kontraksi )

Intensita kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahn. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

## 2. Lochea

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

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

### e. Loche Rubra / Merah ( Kruenta )

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

### f. Lochea Sanguinolenta

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

### g. Lochea Serosa

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

#### h. Lochea Alba / Putih

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

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartumseunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta* ( Ambarwati, 2010 : 78 ).

#### 3. Cervik

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

#### 4. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 - 8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam

penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke – 4.

#### 5. Perineum

Latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya. Pengencangan ini sempurna pada akhir puerperium dengan latihan setiap hari ( Ambarwati, 2010 : 79 ).

#### 6. Perubahan Sistem Pencernaan

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

#### 7. Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang – kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala jann dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium snagat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih dalam puerperium masih

tertinggal urine residual ( normalnya 15 cc ). Urine biasanya berlebihan ( poliurie ) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

#### 8. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen retundum kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6 – 8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat – seratelastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu (Ambarwati, 2010 : 80).

#### 9. Perubahan Endokrin

##### a. Hormon Plasenta

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

##### b. Hormon Pituitary

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



folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi ( Ambarwati, 2010 : 82 ).

c. Hormon Oksitosin

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

d. Hipotalamik Pituitary Ovarium

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

10. Perubahan Tanda – Tanda Vital

a. Suhu Badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit (  $37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$  ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik

lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahn postpartum yang tertunda. Sebagian wanita mungkin saja memiliki apa yang disebut bradikardi nifas ( *puerperal bradycardia* ). Hal ini terjadi segera setelah kelahiran dan bisa berlanjut sampai beberapa jam setelah kelahiran anak. Bradycardia semacam itu bukanlah indikasi adanya penyakit, akan tetapi sebagai satu tanda keadaan kesehatan. 3. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkina tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

c. Pernafasan

Keadaan pernafasn selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan ( Ambarwati, 2010 : 84 ).

11. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari dari volume darah dan entrasi. Apabila ada persalinan pervagina hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung

stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang denan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Kedaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi kodis pada penderota vitium cordial ( Ambarwati, 2010 : 85 ).

## 12. Perubahan Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama ( Ambarwati, 2010 : 86).

## 13. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

### a. Gizi

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

### b. Sumber tenaga ( energi )

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

c. Sumber Pembangun ( Protein )

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

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

Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari ( anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui ). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah – buahan segar ( Ambarwati, 2010 : 98 ).

#### 14. Ambulasi Dini

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

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

## 15. Eliminasi

### a. Miksi

Disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien, mengompres air hangat di atas simpisis.

### b. Defekasi

Biasanya 2 – 3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka dibrikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga ( Ambarwati, 2010 : 105 ).

## 15. Kebersihan Diri

### a. Perawatan Perineum

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

### b. Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan

colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.

- c. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- d. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam.

#### 16. Istirahat

Anjurkan ibu supaya istirahat cup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri ( Ambarwati, 2010 : 107 ).

#### 17. Seksual

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

## 18. Latihan Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah Senam Kegel. Senam Kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergantian pada otot – otot dasar panggul. Senam Kegel mempunyai beberapa manfaat antar lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan haemorroid, meningkatkan pengendalian atas urin ( Ambarwati, 2010 : 108 ).

## 19. Keluarga Berencana

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

Biasanya ibu postpartum tidak akan menghasilkan telur ( ovulasi ) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, oleh karena itu Amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan ( Ambarwati, 2010 : 114 ).

## **2.2 Managemen Kebidanan**

### 2.2.1 Teori Manajemen Kebidanan menurut Varney

Varney ( 1997 ) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan

tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga pemeriksaan pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti aturan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatakan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

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

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



## 1. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

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

## 2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah sering menyertai diagnosis. Berikut daftar diagnosis kebidanan yang telah memenuhi standar nomenklatur, antara lain : Kehamilan normal, Partus normal, syok, Denyut Jantung Janin ( DJJ ) tidak normal, abortus, solusio plasenta, amnionitis, anemia berat, atonia uteri, postpartum normal, infeksi mammae, pembengkakan mammae, presentasi bokong, presentasi dagu, disporprosi kepala panggul ( DKP ), presentasi ganda, eklampsi, kehamilan ektopik, hidramnion, presentasi muka, persalinan semu, kematian janin, haemorrhagic antepartum ( HAP ), haemorrhagic postpartum ( HPP ), inersia uteri, inversion uteri, bayi besar, mekonium, kehamilan ganda, partus macet, posisi oksipito posterior, posisi oksipito

melintang, plasenta previa, pre-eklampsia berat ( PEB ), pre-eklampsia ringan ( PER ), ketuban pecah dini, partus prematurus, prolapsus tali pusat, partus fase laten lama, partus kala II lama, retensio plasenta, sisa plasenta, ruptur letak lintang, dan lain-lain.

### 3. Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

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

### 4. Langkah IV: Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

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

memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter, misalnya prolaps tali pusat.

#### 5. Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

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

#### 6. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan

tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

#### 7. Langkah VII: Evaluasi

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

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik (Asrinah, 2010 : 161 ).

## **2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan**

### **2.3.1 Kehamilan**

#### **2.3.1.1 Langkah 1 : Pengkajian**

##### 1) Data Subyektif

###### a. Umur

Usia < 16 th dan > 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan (Poedji Rochjati, 2003 : 76).

###### b. Keluhan utama

Keluhan pada trimester III yang di rasakan oleh klien yaitu sakit pinggang, sering kencing, kram pada kaki, mules pada perut, sesak nafas ( Asrinah, 2010 : 111 ).

##### Riwayat kebidanan

###### 1. Kunjungan : pertama/ ulang

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).

(Asrinah, 2010 : 126 )

###### 2. Penerapan Riwayat obstetric yang lalu

Dikaji jumlah kehamilan untuk menentukan pasien primi atau grande multi, anak yang hidup, untuk mengetahui jarak kehamilan dari yang sekarang, kelahiran premature dan riwayat keguguran, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu apakah kehamilannya berjalan dengan normal atau terdapat permasalahan misalnya PER, polihidramnion. Riwayat persalinan dengan vacuum, forceps, SC ( Indayani, 2011 : 45 ).

### 3.. Riwayat kehamilan sekarang

#### a. Keluhan

(1) Keluhan pada TM I : mual dan muntah, kelelahan, keputihan, mengidam, sering buang air kecil.

(2) Keluhan pada TM II : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki, panas pada perut.

(3) Keluhan pada TM III : nafas sesak, sering buang air kecil, hemoroid, keputihan, sembelit, nyeri ligamentum, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varices pada kaki.

( Asrinah, 2010 : 111 )

#### b. Pergerakan anak pertama kali

Ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir (Helen Varney, 2008 : 498).

c. Frekwensi pergerakan standarnya adalah 10 gerakan terjadi dalam jangka waktu 20 menit hingga 2 jam pada usia kehamilan > 28 minggu ( Asrinah, 2010 : 139 ).

#### d. Imunisasi yang sudah di dapat

Imunisasi selama kehamilan sangat penting untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-

3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat ( interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4 ).

(Asrinah, 2010 : 103 )

e. Pola Kesehatan Fungsional

(1) Pola nutrisi dan cairan

Sebelum hamil : Makan 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, tahu, tempe dll), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam,dll), minum air putih 8 gelas/hari.

Saat hamil : Makan 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, tahu, tempe dll), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam,dll), minum air putih 8 gelas/hari. minum susu 1 gelas/hari (*Stanhope, 2007 : 101*).

(2) Pola eliminasi

Sebelum hamil : BAK : 3-4x/hari (  $\pm$ 250-450 cc). secara spontan dan tidak nyeri. BAB: 1x/hari secara spontan, konsistensi lunak dan tidak nyeri (*Hidayat, 2008 : 52*).

Selama hamil : BAK : 4-5x (cenderung tidak teratur, adanya tekanan oleh massa uterus yang membesar). BAB : 1x/hari dengan konsistensi spontan, lunak dan nyeri. Terkadang terjadi konstipasi.

(3) Pola aktivitas

Sebelum hamil : Istirahat 7-8 jam/ hari (Hidayat, 2008 : 53).

Selama hamil : Istirahat malam: rata-rata tidur malam adalah 6-8 jam. Istirahat siang : 1-2 jam/hari (Kusmiyati, 2009 : 38)

(4) Pola istirahat/ tidur

Sebelum hamil : Tidur malam  $\pm$  8 jam, tidur siang  $\pm$  1-2 jam.

Saat hamil : *Pada kehamilan biasanya pola istirahat sedikit berkurang dari biasanya, yang bisa disebabkan karena sering kencing, merasakan gerak janin. ( Doenges, 2001 : 68 ).*

(5) Pola seksual

Diperbolehkan sampai akhir kehamilan (Kusmiyati, 2009 : 66).

f. Riwayat kesehatan yang lalu berisi penyakit yang pernah diderita seperti : Diabetes dapat menyebabkan bayi abortus spontan, kelainan kongenital, insufisiensi plasenta, makrosomia, kematian intra uteri. Paru-paru dapat menyebabkan hiperplasia dan hipertrofi otot dinding ureter dan kaliks, dan berkurangnya tonus otot saluran kemih karena pengaruh kehamilan, jantung dapat menyebabkan gagal jantung kongestif, edema paru, kematian, abortus. Asma akan berpengaruh pada janin dan sering terjadi keguguran, partus premature dan gangguan pertumbuhan janin ( Marmi, 2011 : 39 ).

g. Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal, jantung asma, TORCH (*Manuaba, 2010 : 90*)



h. *Riwayat psiko-sosio-spiritual*

*Trimester III : Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau-kalau bayinya lahir tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayi. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasa aneh atau jelek. Disamping itu ibu merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima semasa hamil (Asrinah, 2010 : 72 ).*

**( 2 ) Data objektif**

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : kooperatif

a. Tanda –tanda vital : Tekanan darah : dibawah 140/90 mmHg

(bebaring, duduk, berdiri)

b. Nadi : 80-100 kali/menit (teratur. Tidak teratur)

c. Pernafasan : 16-24 Kali / menit (teratur, tidak teratur, dangkal, dalam).

d. Suhu : 36,5-37,5<sup>0</sup>C( Prawiroharjo, 2006 : 124 )

### **Antropometri**

1). Berat badan ibu hamil bertambah sekitar 12,5 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan  $\pm 1/2$  kg per minggu. Perkiraan peningkatan berat badan diantaranya 2,5 kg dalam kehamilan 20 minggu, 8,5 kg dalam 20 minggu kedua ( 0,4 kg/minggu dalam trimester akhir ).

( Asrinah, 2010 : 69 )

2). Tinggi Badan :  $\geq 145$  cm

3). Lingkar Lengan :  $>23,5$  cm (Sulistiyawati, 2011).

4). Taksiran persalinan : .....

EDB ( *Esimated Date of Birth* ) dihitung menurut aturan Naegele, yakni tujuh hari ditambahkan pada tanggal pertama LNMP ( *last normal menstrual periode* ) dan kemudian 3 bulan dikurangi dari hasil tanggal tersebut. EDB merupakan taksiran terbaik karena beberapa variable dapat mengacaukan tanggal kelahiran yang sesungguhnya. Pertama, perhitungan EDB sangat tergantung pada keakuratan wanita mengidentifikasi tanggal hari pertama periode menstruasi normal terakhir yang ia alami. Penambahan tujuh hari pada aturan Naegele merupakan upaya untuk menyeimbangkan beberapa perbedaan antara LNMP dan waktu fertilisasi. Tujuh hari yang tersisa ( hingga total 14 hari dalam siklus 28 hari ) diambil dari periode gestasi selam 9 bulan menurut penanggalan karena 7 bulan menurut penanggalan kalender memiliki 31 hari ( Helen Varney,

2007 : 524 ). Contohnya haid hari pertama tanggal 17 Maret 2010, maka perhitungan perkiraan kelahiran adalah  $17+7=24$ ,  $3+9=12$ , sehingga perkiraan persalinan adalah 24 Desember 2010 ( Asrinah, 2010 : 49 ).

5). Usia kehamilan : ..... Minggu

### **Pemeriksaan fisik**

- a. *Wajah* : tampak simetris, wajah tidak tampak pucat, tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum
- b. *Dada* : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi
- c. *Mamae* : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- d. *Abdomen* : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.
- Leopold I* : Bagian janin teraba tidak teratur, lebih besar, dan tidak sekeras kepala.
- Leopold II* : Massa keras, cembung, halus, dan resisten memanjang dari bokong ke leher.
- Leopold III* : Pada presentasi kepala, tidak akan mudah digerakkan, terutama jika sudah turun.
- Leopold IV* : Seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul ( Helen Varney, 2008 : 1059 ).

*TFU Mc. Donald* Uk 37 minggu ( $\pm 2$  cm) (Sarwono, 2008 : 114 )

(tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = Berat (gram). n = 12 Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika.n = 11 Bila kepala dibawah spina ischiadika.

*DJJ normal 120–160 x/menit dan teratur (Asrinah, 2010 : 140 ).*

g. *Ekstremitas* : Rentang geraknya normal, turgor normal, acral hangat, tidak terdapat oedema (Saminem, 2010 : 95 ).

### **Pemeriksaan Laboratorium**

1. Darah :

Hb : Trimester III : 11,0-12,2 gr% (Medforth, 2011 : 459)

2. Urine

Reduksi : negatif

Albumine : negatif

### **Pemeriksaan lain**

1. USG

Selama trimester III, USG digunakan untuk mengetahui posisi janin dan taksiran ukuran/berat janin. Lingkar perut dan panjang femur merupakan patokan dalam menaksir berat janin dan interval pertumbuhan.

#### **2.1.3.2 Langkah 2 : Interpretasi data dasar**

Diagnosa : GPAPIAH uk .... Minggu, hidup/mati, tunggal/gemeli, letak/presentasi, intra/ekstra uteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin.

Masalah : sering buang air kecil, hemoroid, keputihan, sembelit, napas sesak, nyeri ligamentum rotundum, sakit pinggang, varices.

Kebutuhan : HE mengurangi masalah

### **2.1.3.3 Langkah 3 : Antisipasi diagnose dan masalah potensial**

Masalah potensial adalah masalah yang mungkin timbul dan bila tidak segera diatasi dapat mengganggu keselamatan hidup klien, maka masalah potensial harus diantisipasi, dicegah, diawasi dan dipersiapkan tindakan untuk mengatasi.

### **2.3.1.4 Langkah 4 : Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera :**

Merupakan langkah yang berkesinambungan dari proses penatalaksanaan asuhan kebidanan pada saat bidan bersama klien dimana terdapat indikasi situasi yang gawat sehingga bidan harus bertindak untuk menyelamatkan jiwa klien.

### **2.3.1.5 Intervensi**

- a. Jalin hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- b. Deteksi dini masalah dan menanganinya.
- c. Mulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan bayi untuk menghadapi komplikasi.
- d. Dorongan perilaku yang sehat (gizi, latihan, kebersihan, istirahat dan sebagainya (Depkes. RI, 2004).

## **2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan Persalinan**

### **2.3.2.1 Langkah I : Pengumpulan Data Dasar**

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

Pada pemeriksaan umum dalam batas normal, Nadi kurang dari 100x/menit, suhu kurang dari 38°C, usia kehamilan aterm antara umur hamil 37-42 minggu, Berat janin di atas 2.500 gram (Manuaba. 1998 : 157-158 ) pemeriksaan genetalia dalam batas normal, pengeluaran lendir bercampur darah, pemeriksaan dalam ditemukan servix lunak, mendatar, tipis, pembukaan, Keadaan ketuban utuh/sudah pecah, Presentasi teraba keras, bundar, melenting (kepala), Teraba kurang keras, kurang bundar, tidak melenting (bokong), Positio Pada dinding perut bagian kanan/kiri teraba bagian keras seperti papan (punggung), Turunnya kepala H II teraba sebagian kecil dari kepala, Ada tidaknya caput dan bagian yang menumbung (IBG Manuaba, 1998 : 170)

### **Langkah 2 : Interpretasi data dasar**

Diagnosa : GPAPIAH uk .....minggu, tunggal, hidup, intra uterine, let kep, ku ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase laten / aktif

Masalah : Cemas, sakit pinggang, sakit perut, merasa kurang enak, capai, lesu, tidak nyaman, tidak bisa tidur nyenyak ( Qomariyah, 2012 : 81 )

Kebutuhan : Dukungan Emosional, Asuhan sayang ibu

### **Langkah 3 : Antisipasi diagnosa dan masalah potensial**

Tidak Ada

### **Langkah 4 : Identifikasi kebutuhan tindakan segera**

Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya berdasarkan kondisi klien.

## **Kala I**

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama  $\pm$  12 jam pada primigravida dan  $\pm$  7 jam pada multigravida diharapkan pembukaan lengkap dan ibu bisa kooperatif.

Kriteria Hasil : KU ibu (TTV dalam batas normal) dan janin baik (DJJ dalam batas normal) adanya His yang adekuat dan teratur, adanya dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka

## **Intervensi**

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.
2. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan
3. Berikan asuhan sayang ibu.
4. Ajarkan ibu teknik relaksasi
5. Berikan kenyamanan kepada ibu (menggosok pinggang pada pusat nyeri dan perubahan posisi)
6. Persiapan peralatan persalinan.
7. Lakukan pemantauan kontraksi, DJJ, dan pembukaan
8. Lakukan pemantauan tanda gejala kala II

## **Kala II**

**Tujuan** : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan  $\pm$  30 menit untuk multigravida dan  $\pm$  45-50 menit untuk primigravida persalinan dapat berjalan normal.

**Kriteria Hasil** : Keadaan umum ibu baik, ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, tangis bayi kuat.

## **Intervensi**

1. Mengenali tanda dan gejala kala II (Doran, Teknua, Perjol, Vulka).
2. Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukan spuit kedalam partus set.
3. Memakai celemek plastic
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dg handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Memakai sarung tangan DTT/steril pd tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam



6. Memasukan oksitosin 10 unit kedalam spuit yg telah disediakan tadi dg menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set
7. Membersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon
8. Melakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap
9. Mendekontaminasi saruung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal
11. Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman .
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan member cukup cairan.
14. Menganjurkan ibu mengambil posisi yng nyaman jika belum ada dorongan meneran.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan.

18. Memakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
19. Melindungi perineum dg tangan kanan yg dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat
21. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
22. Memegang secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kak(masukan telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dg ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.
25. Menilai segera bayi baru lahir dengan apgar skore.
26. Mengeringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

### **KALA III**

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III  $\pm$  15-30 menit ibu kooperatif dan kelahiran plasenta spontan dan lengkap

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, plasenta lahir spt dan lengkap  
Memberitahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.

28. Menyuntikan oksitosin 10 unit secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral
29. Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama.
30. Menggantung tali pusat yg telah di jepit oleh kedua klem dg satu tangan(tangan yg lain melindungi perut bayi) penggantungan dilakukan diantara 2 klem tersebut, ikat tali pusat.
31. Memberikan bayi pada ibunya, menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD)
32. Mengganti handuk yang basah dg kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-6 cm dari vulva.
34. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain merengangkan tali pusat.
35. Melakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain. Mendorong kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.

36. Meletakkan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir ( tetap melakukan dorso cranial).
37. Melahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian dilahirkan ditempatkan pada tempat yang telah disediakan.
38. Meletakkan telapak tangan difundus dan melakukan msase dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir.
39. Memeriksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal. Maternal = selaput utuh, kotiledon dan lengkap. Fetal = tidak dikaji. Diameter, tebal, berat (tidak dikaji). Jumlah perdarahan  $\pm$  100cc
40. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

#### **KALA IV**

- Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan  $\pm$  2 jam kala IV normal.
- Kriteria Hasil : Kontraksi uterus baik (keras), tidak terjadi perdarahan , tidak terjadi infeksi.
41. Memastikan uterus berkontraksi degan baik dan tidak terjadi perdarahan.
  42. Membiarkan bayi diatas perub ibu.
  43. Menimbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetrasiklin 1%), berikan injeksi Vit.K (paha kiri)

44. Memberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan ( selang 1 jam pemberian vit.k)
45. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
  - 1) setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama post partum
  - 2) setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
  - 3) setiap 30menit pada 1 jam kedia post partum.
46. Menganjurkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
47. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
48. Memeriksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15menit pada 1 jam pertama post partum dan setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.
49. Memeriksa pernafasan da temperature tubuh ibu sekali setiap 1jam selama 2 jam post partum
50. Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk mendekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekotaminasi.
52. Membuang bahan bahan yang sudah terkntamnasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lender dan darah.

54. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan asi menganjurkan keluarga untuk member minum dan makanan yang diinginkan ibu, mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan rendam selama 10 menit.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
58. Melengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV

## **2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan Nifas**

### **2.3.3.1 Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar**

#### **1). Data Subyektif**

- a. Keluhan utama pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan perineum ( Ambarwati, 2010 : 137 ).
- b. Pola aktivitas saat nifas menggambarkan aktivitas pasien sehari-hari. Mobilisasi dini dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.
- c. Personal hygiene dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genetalia, karena pada nifas masih mengeluarkan lochea.

#### **2). Data Obyektif**

- a. Vital Sign : Tekanan darah 110 – 130/70-90 mmHg, Nadi berkisar antara 60-80x/menit, Pernafasan rentang normal 20-30x/menit, Suhu 36,5-37,5°C ( Ambarwati, 2010 : 138 ).
- b. Pemeriksaan fisik : Keadaan buah dada dan puting susu simetris/tidak, konsistensi, ada pembengkakan/tidak, puting menonjol/tidak, lecet/tidak. Keadaan uterus berkontraksi baik/tidak, TFU normal/tidak, bisa buang air/tidak. Keadaan genitalia lochea merah hitam ( lochea rubra ), bau biasa, tidak ada bekuan darah, jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit ( hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam ).

### **Langkah 2 : Interpretasi data dasar**

- Diagnosa : P....., 6 jam fisiologis
- Masalah :after pain, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan perineum
- Kebutuhan : HE penyebab dan penanganan after pain, mobilisasi dini, personal hygiene, asupan nutrisi ibu nifas.

### **Langkah 3 : Antisipasi diagnosa dan masalah potensial**

Tidak Ada

### **Langkah 4 : Identifikasi kebutuhan tindakan segera**

Tidak ada

### **Intervensi ( 6-8 jam )**

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya
2. Jelaskan penyebab mulas yang dirasakan ibu

3. Berikan informasi tentang pentingnya makanan berprotein tinggi, peningkatan cairan.
4. Beritahu tentang kebersihan
5. Tingkatkan tidur dan istirahat
6. Beritahu tanda bahaya nifas
7. Berikan terapi oral