

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan**

###### **1. Definisi**

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

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 )

##### **2.1.2 Perubahan dan Adaptasi Psikologi Dalam masa kehamilan**

###### **Trimester III**

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

##### **2.1.3 Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester III**

Selama kehamilan, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologi dan emosional. Sebagai seorang bidan, anda harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu memberi dukungan dan keprihatinannya, kekhawatiran dan pernyataan-pernyataan.

1. Dukungan Keluarga
2. Dukungan Dari tenaga Kesehatan
3. Rasa aman dan Nyaman Selama Hamil
4. Persiapan Menjadi Orang Tua
5. Persiapan Saudara Kandung (Asrinah, 2010)

#### **2.1.4 Asuhan Antenatal**

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

#### **1 . Tujuan Antenatal Care**

##### **A. Tujuan Umum**

Mempersiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat.

##### **B. Tujuan Khusus**

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Asrinah, 2010).

## **2. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal**

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu.

## **3. Pemeriksaan Rutin dan Penelusuran Penyulit Selama Kehamilan**

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

1. Identifikasi dan Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan umum dalam kehamilan
3. Pemeriksaan laboratorium
4. Pemeriksaan USG dan lain-lain

### **2.1.5 Ketidaknyamanan pada trimester 3**

1. Nyeri punggung bagian atas

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

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

## 2. Peningkatan frekuensi berkemih

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

Metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih ini adalah mengurangi asupan cairan sebelum tidur pada malam hari dan menghindari minuman yang dapat merangsang untuk kencing contohnya pada the.

( Varney, 2008 ).

## 3. Nyeri ulu hati

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

- a. Makan dalam porsi kecil, tetapi sering, untuk menghindari lambung menjadi penuh.
- b. Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar pada bagian lambung.

- c. Regangkan lengan melampau kepala untuk memberi ruang bagi perut untuk berfungsi.
- d. Hindari makan yang berlemak karena lemak dapat mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang di butuhkan untuk pencernaan.
- e. Hindari minum yang bersamaan dengan makankarena cairan cenderung menghambat asam lambung, diet makanan kering tanpa roti – rotian dapat membantu.
- f. Hindari makanan dingin
- g. Hindari makan pedas atau makan lain yang dapat mempengaruhi pencernaan ( Varney, 2008 ).

#### 4. Konstipasi

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

#### 5. Hemoroid

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

#### 6. Kram tungkai

Dasar fisiologi untuk kram kaki belum di ketahui dengan pasti. Selama beberapa tahun, kram pada kaki di perkirakan di sebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan resiko rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh. Cara mengatasi: a) Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor. b) Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari. c) Dorong wanita untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah. c) Minta untuk meluruskan kakinya dan menekan tumitnya (Varney, 2008).

#### 7. Edema dependen

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

#### 8. Insomnia

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

#### 9. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral, dan jika disebabkan oleh uterus yang membesar dan berakibat tubuh menjadi lordosis. Cara mengatasi : a) Mekanik tubuh yang baik saat mengangkat beban. b) Gunakan sepatu yang tumit rendah / tidak menggunakan high heels. c) Hindari membungkuk terlalu lama. d) Ayunkan punggung / miringkan punggung ( Varnry, 2008 ).

#### 10. Hiperventilasi dan sesak nafas

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

#### 11. His palsu

Kontraksi palsu atau kontraksi Braxton Hicks merupakan kondisi menegangnya otot – otot Rahim yang membuat otot – otot perut ikut mengencang bahkan terasa jika disentuh. Kondisi tersebut diikuti dengan perasaan nyeri pada perut yang kemudian menjalar ke tubuh bagian bawah. Biasanya kondisi ini hanya berlangsung selama 1 – 2 menit saja.

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

### **2.1.6 Beberapa Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan**

#### **1. Perdarahan**

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovarium.

#### **2. Preeklamsia**

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

#### **3. Nyeri hebat di daerah abdominal pelvikum**

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

#### **4. Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai**

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

#### **5. Asuhan berkala asuhan antenatal**



- a. Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan normal, jumlah kunjungan cukup empat kali satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan II kali pada trimester III. Dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya sebaiknya dilakukan pencatatan: Keluhan yang dirasakan ibu hamil
- b. Hasil pemeriksaan setiap kunjungan
- c. Menilai kesejahteraan janin (Prawirohardjo, 2009)

### **2.1.7 Standar Asuhan Kehamilan**

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

Pemeriksaan meliputi :

Anamnesis dan pemantauan ibu dan janin, mengenal kehamilan resiko tinggi, imunisasi, nasihat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat untuk merujuk.

(Jannah,2012 .5)

#### **b) Pelayanan standart, yaitu 7 T:**

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

- a. Timbang berat badan.
- b. Ukur tekaan darah.
- c. Ukur tinggi fundus uteri.

- d. Pemberian imunisasi TT lengkap.
- e. Pemberian Tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablet setiap harinya.
- f. Lakukan Tes penyakit Menular Seksual (PMS).
- g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

(Sulistyowati, 2011).

## Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah:

**Tabel 2.1 Pemeriksaan Panggul**

Ukurannya	Definisi	Keterangan
Distansia spinarum	- Jarak antara kedua spina anterior superior kanan atau kiri	- Sekitar 24-26 cm
Distansia kristarum	- Jarak terpanjang antara kedua krista iliaka kanan dan kiri	- Antara 28-30 cm - Kurang 2-3 cm dari ukuran normal kemungkinan panggul patologis
Distansia oblikua eksterna	- Jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior sinistra - Jarak spina iliaka anterior superior dekstra dan spina iliaka interior superior sinistra	- Merupakan ukuran silang - Untuk menentukan apakah panggul simetris atau tidak
Konyugata eksterna (Boudoloque)	- Jarak antara bagian atas simfisis dengan spina L5	Sekitar 18 cm
Distansia tuberum	- Jarak tuber isciadika kanan dan kiri	- Jarak sekitar 10,5 cm - Jarak kurang dari normal, akan menunjukkan sudut simfisis kurang dari 90 derajat

(Manuaba, 2007).

## 2.2 Konsep Dasar Persalinan

### 2.2.1 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 )

### **2.2.2 Sebab – sebab Persalinan**

#### 1. Teori Keregangan

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

#### 2. Teori penurunan progesterone

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

#### 3. Teori Oksitosin internal

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi baraxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

#### 4. Teori Prostaglandin

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

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

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

#### 6. Teori Berkurangnya Nutrisi

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

#### 7. Faktor lain

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

### **2.2.3 Perubahan Fisiologi Selama Persalinan**

#### **1) Tekanan Darah**

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

#### **2) Metabolisme**

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan aktivitas metabolic terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung dan cairan yang hilang.

#### **3) Suhu**

Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Kenaikan suhu dianggap normal asal tidak lebih dari 0,5 sampai 1 °C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan..

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

Frakuensi denyut jantung diantar kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan..

#### **5) Pernafasan**

Terjadi sedikit peningkatan frekuensi pernafasan selama persalinan dimana hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Peningkatan pernafasan ini dapat dipengaruhi oleh adanya nyeri, rasa takut, dan penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar.

## 6) Perubahan Pada Saluran Cerna

Mobilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama.

## 7) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm/100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum, apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan (Varney, 2008).

### 2.2.4 Tanda Permulaan Persalinan

1. lightening yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul (PAP) terutama pada primipara.
2. Perut kelihatan lebih besar / melebar, fundus uteri menurun.
3. Pola kesuria dan sasuk miksi karena kandung kemih tertekan bagian bawah janin.
4. False labour pain yaitu perasaan sakit perut dan pinggang karena adanya kontraksi lemah dari uterus.
5. Serviks menjadi lembek, mendatar dan mengeluarkan sekresi lender, darah dari vagina (bloody show).

(Prawirohardjo, 2007).

### 2.2.5 Tanda dan Gejala Persalinan

- a. Penipisan dan pembukaan serviks.

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

### **2.2.6 Faktor yang mempengaruhi Persalinan**

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

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

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

#### **b. Power (kekuatan)**

- a) Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.
- b) Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.
- c) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

- d) His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah.
  - e) His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan.
  - f) Kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena hypotonic atau atonia uteri dan hypertonic atau tetania uteri (Blogspot, 2010).
- c. Passanger (janin)
- a. Passenger terdiri dari janin dan plasenta.
  - b. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala.
  - c. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang (Blogspot, 2010).
- d. Penolong
- Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan,



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

e. Psikologis

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

### **2.2.7 Tahapan Persalinan**

1. Kala I

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

Fase Laten persalinan :

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

Fase Aktif persalinan :

- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b. Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNKP-KR/POGI, 2008).

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu :

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

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

## 2. Kala II 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 merasakan 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, 79 )

### 3. Menolong Kelahiran Bayi

#### 1. 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 )

#### 2. 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. Episiotomi rutin tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan :

- a. Meningkatnya jumlah darah yang hilang dan risiko hematoma
- b. Kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomi rutin.
- c. Meningkatnya nyeri pascapersalinan di daerah perineum.
- d. Meningkatnya risiko infeksi ( terutama jika prosedur PI diabaikan ).

### 3. 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 )

### 4. Melahirkan bahu

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

- Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan kepala ke arah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis.
- Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.

#### 5. Melahirkan Seluruh Tubuh Bayi

- a. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ( posterior ) ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut.
- b. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum.
- c. Tangan bawah ( posterior ) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir.
- d. Secara simultan, tangan atas ( anterior ) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior.
- e. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki.
- f. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya.
- g. Letakkan bayi di atas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
- h. 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 )

#### **4. 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. Penelitian *Prevention of Post Partum Hemorrhage Inversion – 2006* tentang praktik manajemen aktif kala III ( *Active Management of Third Stage of Labor / AMTS* ) di 20 rumah sakit Indonesia menunjukkan bahwa 30 % rumah sakit melaksanakan hal tersebut. Jika ingin menyelamatkan banyak ibu bersalin maka sudah sewajarnya jika manajemen aktif kala III tidak hanya dilatihkan tetapi juga di praktikkan dan menjadi standar asuhan persalinan.

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 ( aspekus 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, tegangkn tali pusat dengan satu tanag 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 tanagn lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil menjadi satu. Lakukan penarikan dngan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

( Buku panduan APN, 2008 : 101 )

c. Rangsangan Taktil ( Masase ) Fundus Uteri

- a) Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
- b) Jelaskan tindakan pada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahanserta rileks.

- c) Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.
- d) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
- e) 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.
- f) 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 )

## **6. 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 ( Segera rujuk ke fasilitas rujukan ).

( 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 dengan apa 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 menjadi 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 )

## **2.3 Konsep Dasar Nifas**

### **2.3.1 Definisi**

Masa nifas adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai 6 minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan. (Suherni, 2009 : 1)

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih dari 6 minggu. (Sitti Saleha, 2009 : 4)

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 )

### **2.3.2 Tahapan Masa Nifas**

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

1. Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
3. 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

(Suherni, 2009 : 2)

### **2.3.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

1. Perubahan Sistem Reproduksi.

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

1) Involusi uterus.

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

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

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

Tabel 2.4 perubahan Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 Jari bawah pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat-sympis	500 gram
2 Minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 Minggu	Sebesar normal	30 gram

Saleha (2009)

## 2) Involusi Tempat Plasenta.

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lokea.

### 3) Perubahan Ligamen.

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti semula. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

### 4) Perubahan pada Serviks.

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

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

### 5) Lokea

Akibat involusi uteri lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan

lokea. Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lokea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokea dapat dibagi menjadi lokea rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lokea dapat dilihat sebagai berikut:

Pada masa nifas akan terdapat perubahan warna lokea setiap waktunya sendiri maka dari itu di bawah ini merupakan perubahan lokea pada masa nifas yaitu :

**Tabel 2.5 Perubahan Lochea pada masa nifas**

Lokea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sis mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir.
Serosa	7- 14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, dan juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir, serviks dan serabut jaringan yang mati

Sujiyatini (2010)

Umumnya jumlah lokea lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokea sekitar 240 hingga 270 ml.

#### 6) Perubahan Pada Vulva, Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

#### 2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

1) Nafsu Makan Pasca melahirkan.



Biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk meng-konsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

## 2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

## 3) Pengosongan Usus.

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun lacerasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

- a) Pemberian diet / makanan yang mengandung serat.
- b) Pemberian cairan yang cukup.
- c) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- d) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

## 3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat Spasme sfinkter dan edema agar kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut 'dieresis' ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

Dinding kandung kemih melibatkan odem dan hiperemia, kadang-kadang odem trigonum yang menimbulkan alostaksi dari uretra sehingga menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitive dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15 cc). dalam hal ini, sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi.

#### 4. Perubahan Sistem Hematologi

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

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik

lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

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

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml.

#### 5. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200-

500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (Haematokrit).

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

## 6. Perubahan Tanda Vital

### 1) Suhu badan.

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalis ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu di atas 38 derajat celcius, waspada terhadap infeksi post partum.

### 2) Nadi

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

### 3) Tekanan darah.

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

### 4) Pernafasan

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

## 7. Perubahan Sistem Endokrin

### 1) Hormon placenta

Hormon placenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke3 post partum.

## 2) Hormone pituitary

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

## 3) Hypotalamik pituitary ovarium

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

## 4) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

## 8. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

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

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

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

#### **2.3.4 Proses Laktasi Dan Menyusui**

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu. Air susu ibu ini merupakan makanan pokok bagi bayi. Makanan yang terbaik bagi bayi, makanan yang bersifat alamiah, bagi tiap ibu yang melahirkan bayi akan tersedia makanan bagi bayinya dari diri sendiri. Bagi ibu yang menyusui akan terlalu dekat dengan anaknya, dan bagi si anak akan lebih merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa tentram, aman, hangat, akan kasih sayang ibunya. Untuk menghadapi masa laktasi (menyusui) sejak dini kehamilan setelah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae yaitu :

1. Proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar alveoli dan jaringan lemak bertambah.
2. Keluar cairan susu jolong dan ductus lactiferous disebut colostrum berwarna kuning / putih susu.
3. Hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam, dimana vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.

#### **2.3.5 Adaptasi psikologi post partum**

Periode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa post partum yaitu :

1. Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
2. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi.
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
4. Pengaruh budaya.

Satu atau dua hari post partum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ibu hanya menuruti nasehat, ragu-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, masih menggebu mem-bicarakan pengalaman persalinan. Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap :

1) Taking In

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.
- d) Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. Nafsu makan yang kurang menandakan proses pengembalian kondisi ibu tidak berlangsung normal

2) Taking Hold

- a) Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- b) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (misalnya eliminasi)



c) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ibu terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

### 3) Letting Go

a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.

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

c) Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum. (Bahiyatun,2009)

## 2.3.6 Perubahan Psikis

### 1. Post Partum Blues

Adalah masalah yang di alami setelah melahirkan seperti menangis, kelelahan, marah-marah, sensitive, takut bayi mati, bayi menangis terus.

Tanda-tandanya :

- 1) Sangat emosional
- 2) Cemas
- 3) Semangat hilang
- 4) Khawatir
- 5) Mudah tersinggung

- 6) Sedih tanpa sebab
- 7) Menangis berulang kali

## 2. Depresi post partum

Adalah keadaan yang menimpa sebagian kecil wanita dan lebih parah dari post partum blues

Tanda dan gejalanya :

- 1) Tidak mau makan dan minum
- 2) Mereka seakan tidak mau mengasuh bayi dan dirinya

### **2.3.8 Tanda bahaya nifas**

#### 1. Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

- 1) Setelah anak dan plasenta lahir
- 2) Perkiraan perdarahan – kadang bercampur amonion, urine, darah.
- 3) Akibat kehilangan darah bervariasi – anemia
- 4) Perdarahan dapat terjadi lambat – WASPADA TERHADAP SHOCK

#### 2. Infeksi nifas

Semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman ke dalam alat-alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas.

Faktor Predisposisi Infeksi Nifas

- 1) Partus lama
- 2) Tindakan operasi persalinan
- 3) Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah.
- 4) Perdarahan ante partum dan post partum
- 5) Anemia

- 6) Ibu hamil dengan infeksi (endogen)
- 7) Manipulasi penolong (eksogen)
- 8) Infeksi nosokomial
- 9) Bakteri colli

#### 4 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk :

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

**Tabel 2.3 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas**

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.</li> <li>- Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.</li> <li>- Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang di sebabkan atonia uteri.</li> <li>- Pemberian ASI awal</li> <li>- Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir</li> <li>- Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.</li> <li>- Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamasetelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi barulahir dalam keadaan baik</li> </ul>

II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</li> <li>- Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</li> <li>- Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup</li> <li>- Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.</li> <li>- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</li> <li>- Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir seperti perawatan tali pusat, pencegahan hipotermi dengan metode kanguru, imunisasi, ASI eksklusif, memandikan bayi, .</li> </ul>
III	2 Minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 Hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami selama nifas</li> <li>- Memberikan konseling KB secara dini</li> </ul>

Sujiyatini (2010)

## 2.4 Konsep Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney

### 2.4.1 Pengertian Manajemen Varney

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan. Proses manajemen kebidanan bukan hanya terdiri atas pemikiran dan tindakan, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar layanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian, proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberi pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan

lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien (Saminem, 2010).

#### **1.4.2 Standar 7 Langkah Varney**

##### **Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar**

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid (Saminem, 2010).

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

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnose dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnose tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian (Soepardan, 2008).

Masalah juga sering menyertai diagnose. Sebagai contoh: wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut (Saminem, 2010).

### **Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya**

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tidak terjadi. Langkah ini bersifat rasional/logis (Soepardan, 2008).

### **Langkah IV : Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera**

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Dengan kata lain manajemen bukan hanya

dilakukan selama asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Dari data yang dikumpulkan, akan terlihat mana situasi yang memerlukan tindakan segera dan mana yang harus menunggu intervensi dari dokter. Situasi lainnya bisa saja bukan merupakan kondisi kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter (Saminem, 2010).

#### **Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh**

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi 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 setiap 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 social ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut (Soepardan, 2008).

**Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman**

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Saminem, 2010).

**Langkah VII : Evaluasi**

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Bisa saja sebagian rencana tersebut telah efektif sedangkan sebagian lagi belum.

Bidan perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah-langkah pada proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis (Saminem, 2010).



## **2.5 Penerapan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, bersalin dan nifas**

### **2.5.1 Kehamilan**

#### **1. Data subjektif**

##### **a. Umur**

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat – alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Usia < 16 th dan > 35 tahun resiko tinggi dalam proses persalinan (JNPK, 2010 ).

##### **b. Keluhan utama**

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

##### **c. Riwayat kebidanan**

a. Kunjungan : pertama/ ulang

b. Riwayat menstruasi Menarce :12- 16 tahun

##### **d. Riwayat kehamilan sekarang**

Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, nyeri ligamentum rotundum, sering buang air kecil, leukore/keputihan.

##### **e. 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).

f. Pola fungsi kesehatan

a) Pola nutrisi

Makan 3-4x/hari (Karbohidrat dikurangi, perbanyak sayur, buah – buahan segar, kenaikan Berat Badan tidak boleh lebih dari  $\frac{1}{2}$  kg perminggu) (Intan,2011).

b) Pola eliminasi

Frekuensi BAK 5-6x/hari meningkat karena penurunan kepala bayi, BAB sering obstipasi ( sembelit ) karena hormone progesteron meningkat (Intan, 2011).

c) Pola istirahat

Menurut Bobak (2004), Musbikin (2005), dan Dewi (2008) Wanita hamil sangat dianjurkan untuk tidur dengan posisi miring kekiri, terutama dikehamilan 16 minggu, karena janin akan mendapatkan aliran darah dan nutrisi yang lebih maksimal. Posisi ini juga membantu ginjal membuang sisa produk dan cairan dari tubuh, sehingga mengurangi pembengkakan di kaki, pergelangan kaki dan tangan. Tidur malam  $\pm$  sekitar 8 jam/ istirahat/ tidur siang  $\pm$  1 jam.

## d) Pola aktivitas

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

**2. Data objektif**

## 1) Pemeriksaan umum

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

## 2) Antropometri

- a. Berat badan ibu hamil bertambah 12-15 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan  $\pm \frac{1}{2}$  kg per minggu. Peningkatan berat badan pada trimester pertama 1 kg, pada trimester kedua 3 kg, dan pada trimester ketiga 6 kg
- b. Tinggi Badan : > 145 cm
- c. Lingkar Lengan : >23,5 cm

## 3) Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum

- b. Rambut : Kebersihan cukup, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
- c. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- d. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.
- e. Telinga : tampak simetris, tidak terdapat serumen, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran.
- f. Hidung : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, septum nasi di tengah.
- g. Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-
- h. Mamae : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- i. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.

Leopold I : Teraba TFU 3 jari bawah processus xipoidius, umur kehamilan > 36 minggu, pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting (bokong).

Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan

Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, melenting dan tidak dapat digoyangkan (kepala sudah masuk PAP).

Leopold IV : bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul  
(Rukiyah dan Yulianti, 2010).

TFU Mc. Donald : .....cm

TBJ : dihitung dengan  $(TFU-13) \times 155 = \dots\dots\dots$ gram

DJJ normal 120–160 x/menit dan teratur. (Feryanto, 2011).

j. Genitalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata,  
tidak odema, tidak varises

k. Ekstremitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau  
tidak, reflek patella +/-

- Pemeriksaan panggul

Distancia Spinarum : 24-26 cm

Distancia cristarum : 28-30 cm

Conjugata eksterna : 18-20 cm

Lingkar panggul : 80-90 cm

Distancia tuberum : 10,5 cm

- Pemeriksaan lab

Darah : Hb : >11 gram %

Urine : - Reduksi

- Albumin

- Pemeriksaan lain :

USG : USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin (Feryanto, 2011).

## **2. Interpretasi data dasar**

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

a) Diagnosa :

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

b) Masalah : keputihan, sering buang air kecil/nocturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, nyeri ligamentum rotundum, pusing, varises pada kaki/vulva(Yuni kusmiati, 2009).

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

## **3. Antisipasi diagnose dan masalah potensial**

Tidak ada

## **4 . Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera :**

Tidak ada

## **5 . Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh**

Tahap ini merupakan kelanjutan manajemen diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah terkait, 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 yang berkaitan dengan kondisi sosial-ekonomi, budaya atau psikologi (Saminem, 2009).

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.

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

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

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

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

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

4. Anjurkan ibu beristirahat

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

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

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

6. Jelaskan pada ibu tanda bahaya kehamilan trimester 3.

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

7. Jelaskan tanda-tanda persalinan

Rasional : membantu ibu mengenali tanda-tanda persalinan

8. Beri multivitamin

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

9. Anjurkan control ulang

Rasional : memantau keadaan ibu dan kesejahteraan janin.

5) Melaksanakan perencanaan

Merupakan tahap pelaksanaan dari semua bentuk rencana tindakan sebelumnya

6) Evaluasi

S : berisi keluhan pasien

O : Hasil pemeriksaan fisik maupun laboratorium

A : Diagnosis, masalah, dan kebutuhan

P : Asuhan/prosedur asuhan yang telah dilakukan (Saminem,2009)

## 2.5.2 Persalinan

### 1. Kala I

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

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



### Intervensi

- a. Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi  
R/ Meningkatkan efektivitas dalam memberikan asuhan.
- b. Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat yang diperlukan  
R/ Mengurangi resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi.
- c. Lakukan persiapan rujukan.  
R/ Antisipasi terjadinya penyulit dan membutuhkan rujukan segera.
- d. Berikan Asuhan sayang ibu
  - a) Membantu pengaturan posisi ibu
  - b) Memberikan cairan dan nutrisi
  - c) Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur.
  - d) Pencegahan infeksi.
 R/ Mengurangi gangguan psikologis dan pengalaman yang menegangkan.
- e. Lakukan observasi dan pengisian partograf  
R/ Memutuskan Asuhan yang akan dilakukan selanjutnya.

(Panduan APN, 2008)

### Lembar Observasi

No	Tgl/waktu	TTV	HIS	Djj	Keterangan

--	--	--	--	--	--

## 1. KALA II

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

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

### 1. Implementasi

- 1) Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua ((dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan, bahan, dan obat-obat esensial termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 3 ml ke dalam wadah partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun & air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung dilepaskan.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai dan pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk menngeringkan janin pada perut ibu.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).
- 25) Melakukan penilaian segera bayi baru lahir :
  - a. Apakah bayi menangi kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
  - b. Apakah bayi bergerak aktif ?

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

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

## 2. Evaluasi

**S** : keluhan ibu

**O** : Bayi lahir spontan B pada hari/tanggal/jam, jenis kelamin perempuan/laki-laki, bayi menangis kuat, bernafas spontan, gerakan aktif, kulit kemerahan, TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong, perdarahan.

**A** : PAPIAH Kala III

**P** : Lakukan manajemen aktif kala III

- 1) Suntikkan oksitosin 10 IU IM
- 2) Lakukan penegangan tali pusat terkendali
- 3) Lakukan masase fundus uteri (Langkah APN 28-40)

## 3. KALA III

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

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

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

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

- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- 32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 37) Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
- 38) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua

tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

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

### **Evaluasi**

**S** : keluhan ibu

**O** : Plasenta lahir spontan secara dunchan, tanggal, jam WIB, bagian maternal (selaput korion utuh dan kotiledon lengkap) dan bagian fetal (selaput amnion utuh, diameter 20 cm, tebal 2,5 cm, panjang tali pusat 55 cm, berat  $\pm$  500 gram, insersi sentralis).

**A** : Kala IV

**P** : Lanjutkan observasi kala IV

1. Perkirakan kehilangan darah
2. Periksa perdarahan dari perineum
3. Pencegahan infeksi
4. Pemantauan keadaan umum ibu
  - a) Tekanan darah
  - b) Nadi
  - c) Suhu
  - d) Tinggi fundus uteri

- e) Kontraksi uterus
- f) Kandung kemih
- g) Perdarahan

#### **KALA IV**

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

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

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
- 45) Setelah satu jam pemberian vitamin K<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.



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

**Evaluasi :**

**S :** keluhan ibu

**O :** Ibu : K/U ibu baik, kesadaran composmentis, TD 110/70 mmHg, Nadi 82 x/menit, suhu 36,5°C, RR 20 x/menit, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi

uterus keras, kandung kemih kosong, terdapat jahitan pada klitoris, lochea rubra, perdarahan sedikit.

Bayi : K/U bayi baik, BB 2700 gram, PB 50 cm, vitamin K (+), salep mata (+), BAK(+), BAB(+), ASI (+).

**A** : PAPIAH Post partum fisiologis 6 jam

**P** :

1. Pindahkan ibu keruang nifas dan rawat gabung dengan bayinya.
2. Berikan HE tentang : Mobilisasi dini, asupan nutrisi, kebutuhan eliminasi, personal hygiene, pemberian ASI, tanda bahaya nifas.
3. Berikan terapi :

### **2.5.3 Nifas**

#### **1. Pengkajian**

##### 1) Subyektif

##### a. Keluhan utama

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

##### b. Pola Fungsional

##### a) Pola Nutrisi :

Makan : 3-4 x/hari(karbohidrat, protein,mineral, dan vitamin) Minum 8-10 gelas/hari (suherni, 2009).

##### b) Pola Eliminasi

BAK: 1-2 x( spontan tidak nyeri) dan BAB : Belum BAB (sulistyowati,2009)

##### c) Pola Istirahat

siang kira-kira 2 jam dan Malam 7-8 jam(suherni,2009)

d) Pola personal hygiene

Mandi 2x/hari dan Mengganti pembalut(suherni,2009)

e) Aktivitas

Menyusui bayinya, selama 2 jam Post partum : duduk, jalan.

2. Riwayat psio-sosio-spiritual

adanya respon positif dari ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayi(sulistyowati,2009)

Perubahan psiko yang normal dan tidak normal dialami ibu hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Dimana keadaan ini, membuat ibu menceritakan pengalamannya saat proses persalinan. Ibu mengalami mules, nyeri, kurang tidur,dan lelah. Sehingga ibu harus istirahat. Gangguan psikologis yang timbul mudah tersinggung. post partum blues, depresi post partum. Pada ibu yang mengalami post partum blues yaitu sedih, cemas, mudah menangis, mudah tersinggung, kelelahan.( sulistyowati,2009)

3. Obyektif

a. Pemeriksaan umum

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

b. pemeriksaan fisik

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

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

## **2) Interpretasi Data Dasar**

Diagnosa : PAPIAH Post Partum 6 jam

Masalah : kram perut, nyeri perineum, demam, perdarahan, sakit kepala, pandangan mata kabur.

Kebutuhan : HE penyebab kram perut dan nyeri perineum, demam, mencegah perdarahan.

## **3) Antisipasi terhadap diagnose potensial**

Atonia uteri, infeksi

## **4) identifikasi kebutuhan aan tindakan segera/kolaborasi/rujukan**

## **5) Intervensi**

### **a. Kunjungan 1 (6-8 jam)**

- (1) Mencegah perdarahan pada masa nifas karenan atonia uteri.
- (2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan apabila perdarahan berlanjut.
- (3) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- (4) Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
- (5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- (6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamam kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

b. **Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)**

- (1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
- (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.
- (3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- (4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- (5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.