

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Grande multi

2.1.1 Pengertian

Grande multipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2009).

Grande Multipara adalah wanita yang telah melahirkan sampai lima anak atau lebih (Morgan, 2009).

2.1.2 Gambaran Klinis

1. Komplikasi antepartum potensial
 - 1) Anemia, terutama bila jarak kehamilan kurang dari 1 tahun lamanya.
 - 2) Obesitas.
 - 3) Hipertensi.
 - 4) Plasenta previa.
2. Intrapartum dan pascapartum
 - 1) Presentasi abnormal.
 - 2) Persalinan dan kelahiran yang dipercepat, atau keduanya.
 - 3) Distosia persalinan karena tonus otot yang buruk.
 - 4) Bayi besar pada masa kehamilan yang memiliki masalah penyerta saat kelahiran.
 - 5) Perdarahan pascapartum (Morgan, 2009).

2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi

1. Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan jenjang dalam penyelesaian proses pembelajaran secara formal. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang diharapkan pengetahuannya dan perilakunya juga semakin baik. Karena dengan pendidikan yang makin tinggi, maka informasi dan pengetahuan yang diperoleh juga makin banyak, sehingga perubahan perilaku kearah yang baik diharapkan dapat terjadi. (Suryani, 2007) Sehingga, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka akan kurang berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam memperoleh menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dalam berpikir lebih rasional. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

2. Pekerjaan

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilakukan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi masing-masing. Beberapa segi positif menurut (Jacinta F.Rini, 2002) adalah mendukung ekonomi rumah tangga. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan kualitas hidup yang baik untuk keluarga dalam hal gizi, pendidikan, tempat tinggal, sandang, liburan dan hiburan serta fasilitas

pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

3. Keadaan ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup.

4. Latar belakang budaya

Culture universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat universal, semua kebudayaan yang ada di dunia seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat-istiadat, penilaian-penilaian umum. Tanpa didasari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah.

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudarkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individu.

Latar belakang individu yang mempengaruhi paritas antara lain adanya anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, makin banyak rejeki.

5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka perilaku akan lebih bersifat

langgeng. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedman, 2005).

2.1.4 Penatalaksanaan

1. Saat kunjungan awal, kaji graviditas dan paritas. Tanyakan secara spesifik apakah ada komplikasi pada poin II di atas saat kehamilan sebelumnya.
2. Rencana pelaksanaan yang biasa
 - 1) Antepartum
 - a. Waspada terhadap masalah potensial.
 - b. Rencanakan untuk bersalin di rumah sakit, jangan di rumah bersalin.
 - c. Bila sebelumnya ada riwayat melahirkan bayi besar, rencanakan kelahiran saat cukup bulan untuk menghindari makrosomia.
 - d. Bila sebelumnya ada riwayat persalinan dan atau kelahiran yang dipicu :
 - a) Anjurkan pasien/pasangan untuk pergi ke rumah sakit saat tanda pertama persalinan.
 - b) Ajarkan pasien/pasangan mengenai penatalaksanaan kegawat-daruratan bersalin.
 - c) Diskusikan mengenai rencana KB kepada pasien/pasangan.
 - 2) Intrapartum
 - a. Pastikan dokter jaga diberitahu saat pasien masuk rumah sakit.
 - b. Profilaksis atau *heparin lock* per IV direkomendasikan.

3) Pascapartum

- a. Waspada terhadap potensial terjadi perdarahan pascapartum dalam 24 jam pertama.
- b. Pertimbangkan oksitosin profilaksis per IV segera setelah kelahiran plasenta (Morgan, 2009).

2.1.5 Kebutuhan pertolongan medik

1. Perawatan kehamilan teratur agar gizi seimbang, tidak anemis.
2. Sebaiknya persalinan ditolong oleh bidan di Puskesmas atau Rumah Sakit.
3. Memberikan KIE untuk melakukan perawatan kehamilan teratur.
4. Membuat perencanaan persalinan dengan ibu hamil, suami dan keluarga agar persalinan yang akan datang ditolong oleh bidan/ Rumah sakit, lebih-lebih pada ibu grandemulti dengan perut gantung waspada terhadap bahaya perdarahan pasca persalinan.
5. Rujukan ke Rumah Sakit segera dilakukan bila ada kesukaran persalinan (Poedji Rochjati, 2011).

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan

2.2.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan. Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan dan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi dan dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien (Saminem, 2010).

2.2.2 Manajemen Asuhan Kebidnan Menurut Hellen Varney

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, yang setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apa pun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan dapat berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Berikut tujuh langkah manajemen kebidanan menurut varney.

1. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah pertama, dilakukan pengkajian melalui pengumpulan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya dan data laboratorium, serta perbandingannya dengan hasil studi.

Semua informasi yang akurat dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Jika klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu, dapat terjadi langkah pertama tumpang-tindih dengan langkah V dan VI (atau menjadi bagian langkah tersebut) karena data yang diperlukan didapat dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang

lain. Kadang, bidan perlu memulai manajemen dari langkah IV untuk mendapat data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

2. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang dikumpulkan akan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Istilah masalah dan diagnosis digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan, seperti diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya. Masalah ini sering menyertai diagnosis. Sebagai contoh, diperoleh diagnosis *kemungkinan wanita hamil*, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosis ini adalah wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya.

3. Langkah III (Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial)

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Jika memungkinkan, dilakukan pencegahan. Sambil mengamati kondisi klien, bidan diharapkan dapat bersiap jika diagnosis atau masalah potensial benar-benar terjadi.

Langkah ini menentukan cara bidan melakukan asuhan yang aman. Contoh, seorang wanita dengan pembesaran uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pembesaran yang berlebihan tersebut, misalnya, polihidramnion, masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar. Bidan harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya, dan bersiap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi.

Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang. Perlu juga dilakukan pemeriksaan laboratorium jika dibutuhkan.

4. Langkah IV (Identifikasi Perlunya Penanganan Segera)

Bidan atau dokter mengidentifikasi perlunya tindakan segera, konsultasi atau penanganan bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal, tetapi juga selama wanita tersebut dalam persalinan dan nifas.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi gawat dan bidan harus segera bertindak untuk keselamatan jiwa ibu atau bayi, misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distorsia bahu, atau nilai Apgar yang rendah. Data yang dikumpulkan dapat menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dokter misalnya, prolaps tali pusat. Situasi lainnya

mungkin bukan merupakan kegawatan, tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Demikian juga jika ditemukan tanda awal pre-eklamsia, kelainan panggul, penyakit jantung, diabetes, atau masalah medis yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

5. Langkah V (Perencanaan Menyeluruh)

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang dilakukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi atau data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut tentang apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan untuk masalah sosial-ekonomi, budaya, atau psikologi. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua pihak, yaitu bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien. Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan teori yang benar serta memadai atau berdasarkan data dasar yang lengkap dan dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

6. Langkah VI (Pelaksanaan Rencana)

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh yang diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan, dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misal, memastikan agar langkah tersebut terlaksana). Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menghemat waktu dan biaya meningkatkan mutu asuhan klien.

7. Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan bantuan yang diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat

dianggap efektif jika pelaksanaannya efektif. Ada kemungkinan rencana tersebut efektif, sedang sebagian yang lain belum efektif. Mengingat proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kontinum, perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

Langkah proses manajemen pada umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran dan memengaruhi tindakan serta orientasi proses klinis. Karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinis dan dua langkah yang terakhir bergantung pada klien dan situasi klinis, tidak mungkin proses manajemen ini di evaluasi dalam tulisan saja (Varney, 2007).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Ibu dengan Grande Multi

2.3.1 Kehamilan

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Subyektif

a. Identitas

a) Usia : $\geq 16 - \leq 35$ (Rochjati, 2003).

b) Agama : Faktor agama yang demografis memungkinkan grande multi memiliki populasi yang tinggi (Eidelman, 2008).

c) Suku / Bangsa : Kebudayaan yang mempengaruhi sikap terhadap masyarakat yakni, anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, maka semakin banyak rezeki (Friedman, 2005).

- d) Pendidikan : Ibu yang paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedman, 2005).
 - e) Pekerjaan : Status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari (Friedman, 2005).
 - f) Penghasilan : Kondisi ekonomi yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih (Friedman, 2005).
- b. Keluhan Utama (PQRST)
- Keluhan utama wanita *grande multi* sama dengan wanita hamil pada umumnya. Sering buang air kecil, nyeri punggung, keputihan, kram pada kaki (Sulistyawati, 2011).
- c. Riwayat Menstruasi
- Banyak pada wanita *grande multi* tidak mengingat periode menstruasi terakhir mereka dan mengukur usia kehamilan yang tepat terkadang sulit dilakukan (Fraser & Cooper, 2009).
- d. Riwayat Obstetri yang Lalu
- a) Paritas : Kehamilan > 4, jika ibu hamil/melahirkan > 4 kehamilan akan mengakibatkan kelainan letak, robekan rahim pada kelainan letak lintang, partus lama, dan perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2003).
 - b) Usia Kehamilan (UK) : Usia kehamilan normal adalah 37-42 minggu (Medforth, 2012), jika ibu dengan umur kehamilan \geq 42 minggu akan berakibat pada janin yaitu : Janin mengecil, kulit

mengkerut, lahir dengan berat lahir rendah, janin dalam rahim dapat mati mendadak (Rochjati, 2003).

- c) Jenis persalinan : Jenis persalinan normal adalah spontan B, riwayat persalinan yang lalu dapat dijadikan antisipasi terhadap persalinan berikutnya tetapi tergantung dari lama waktu terjadinya persalinan (Rochjati, 2003).
- e. Riwayat Kehamilan Sekarang
- a) Keluhan trimester 3 : Ketidaknyamanan ibu hamil trimester 3 yaitu sering berkemih, sesak nafas, nyeri ligamentum, pusing, sakit pinggang, varises pada kaki (Sulistyawati,2009).
- b) Frekuensi pergerakan : Standarnya adalah 10 gerakan dalam periode 12 jam (Medforth, 2012).
- c) Penyuluhan yang sudah didapat : Nutrisi, Imunisasi, Istirahat, Kebersihan diri, Aktifitas, Tanda-tanda bahaya kehamilan, Perawatan payudara/laktasi, Seksualitas, Persiapan persalinan, KB (Saifuddin, 2007).
- d) Imunisasi yang sudah didapat :
- TT1 Pada kunjungan antenatal pertama
- TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 dengan efektifitas 3 tahun
- TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2 dengan efektifitas 5 tahun
- TT4 diberikan 1 tahun setelah TT3 dengan efektifitas 10 tahun
- TT5 diberikan 1 tahun setelah TT4 dengan efektifitas 25 tahun (Saifuddin, 2007).

f. Riwayat Psiko - Sosial – Spiritual

Pada ibu Grande multi dapat merasa malu dengan kehamilannya dan khawatir terjadi masalah dalam kehamilannya (Fraser & Cooper, 2009).

a) Pengambilan keputusan dalam keluarga

Dalam menentukan jumlah anak yang mengambil keputusan tidak hanya istri, melainkan suami dan keluarga yang terlibat didalamnya (Fraser & Cooper, 2009).

b) Tradisi

Hal penting yang biasanya dianut berkaitan dengan masa hamil misalnya makanan (Fraser & Cooper, 2009).

c) Riwayat KB

Pemakaian alat kontrasepsi untuk ibu grande multi, merupakan hal yang sangat penting untuk menyesuaikan kondisi dan keinginan pasien. Apabila kita melakukan pengkajian lebih awal, maka pasien akan mendapatkan informasi sebanyak mungkin dan mendapatkan pilihan yang tepat (Sulistyawati, 2011).

2) Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik

a) Dada : Pada ibu hamil dengan grande multi ditemukan pembesaran payudara, payudara nampak kendor, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colostrum keluar (TM III) (Modul 2 Dep.Kes RI, 2002).

b) Abdomen : Kekendoran otot abdomen yang mengakibatkan perut menggantung dapat menyebabkan uterus jatuh kedepan sehingga sumbu panjang janin menjauh dari sumbu jalan lahir (Widjanarko, 2009).

Leopold I : Teraba TFU 2-3 jari bawah processus xipoidius, pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting (bokong).

Leopold II : Teraba keras, panjang seperti papan pada dinding abdomen kanan/kiri, meraba bagian-bagian kecil janin (punggung).

Leopold III : Menentukan presentasi janin, teraba bulat, keras, melenting (kepala).

Leopold IV : Menentukan presentasi janin sudah masuk PAP atau belum, divergen/konvergen (Kriebs & Gegor, 2009).

b. Pemeriksaan Laboratorium

a) Golongan Darah : Pada ibu grande multi salah satu komplikasinya adalah perdarahan postpartum, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui golongan darah ibu danantisipasi darah harus tersedia (Sulistyawati, 2011).

2. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa : G5 (PAPIAH) dengan Grande multi

2) Masalah : Sering kencing, nyeri punggung

3) Kebutuhan :

- a. Berikan informasi bahwa yang di alami adalah hal yang normal
- b. HE pola istirahat dan relaksasi
- c. HE pola eliminasi

3. Antisipasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada Grande Multi : Dapat terjadi anemia, obesitas, hipertensi, plasenta previa, presentasi abnormal, bayi besar, perdarahan pascapartum (Morgan, 2009).

4. Identifikasi Kebutuhan Untuk Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan, dan lakukan rujukan ke rumah sakit segera dilakukan bila terdapat kesukaran (Rochjati, 2011).

5. Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Diharapkan dengan diberikan penanganan yang tepat, tidak akan menimbulkan masalah potensial.

Kriteria Hasil : Masalah dapat teratasi, serta tidak terjadi masalah potensial.

6. Intervensi

1) Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi ibu saat ini.

Rasional : Alih informasi terhadap ibu dan keluarga mengenai kondisinya saat ini.

2) Berikan konseling tentang perawatan kehamilan, gizi seimbang untuk mencegah anemia

Rasional : Pemenuhan kebutuhan akan perawatan dan gizi seimbang pada ibu dengan Grande multi sangat dibutuhkan untuk proses perkembangan dan pertumbuhan janin.

- 3) Berikan konseling tentang perencanaan persalinan dengan ibu hamil, suami dan keluarga, agar persalinan yang akan datang di tolong oleh bidan/ rumah sakit, lebih-lebih pada ibu Grande multi dengan perut gantung waspada terhadap bahaya perdarahan pasca persalinan.

Rasional : Perencanaan persalinan sejak dini dapat mempermudah proses persalinandan ibu mendapatkan penanganan segera oleh petugas kesehatan.

- 4) Lakukan kolaborasi dengan dokter SPOG dalam mengatasi anemia jika tidak teratasi.

Rasional : Pada kasus ibu dengan Grande multi perlu dilakukan kolaborasi dengan dokter obgyn, hal ini dikarenakan ibu memasuki kategori risiko tinggi.

2.3.2 Persalinan

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Subyektif :

a. KeluhanUtama (PQRST)

Kenceng-kenceng semakin sering, keluar lender bercampur darah (APN, 2008).

2) Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik

- a) Abdomen : Kekendoran otot abdomen yang mengakibatkan perut gantung (*“pendulous abdomen”*) dapat menyebabkan uterus jatuh kedepan sehingga sumbu panjang janin menjauh dari sumbu jalan lahir. (Bambang Widjanarko, 2009).

2. Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnosa : G5 (PAPIAH) inpartukala I fase laten / aktif dengan Grande multi
- 2) Masalah : Nyeri karena kontraksi uterus
- 3) Kebutuhan : Berikan HE tentang tehnik relaksasi.

3. Antisipasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Dapat terjadi inersia uteri, amnionitis, ruptur uteri, kegagalan kemajuan (*secondary arrest*).

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Rujukan ke Rumah Sakit segera dilakukan bila ada kesukaran persalinan (Poedji Rochjati, 2011).

5. Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Kala I

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan \pm 7 jam diharapkan pembukaan lengkap dan ibu bisa kooperatif.

Kriteria Hasil : KU ibu dan janin baik, adanya doran, tekus, perjol, vulva adanya His yang adekuat dan teratur.

1) Intervensi :

- a. Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan.

Rasional : Alih informasi terhadap ibu dan keluarga mengenai kondisinya saat ini.

- b. Anjurkan informed consent pada ibu dan keluarga terhadap setiap tindakan medis yang akan dilakukan.

Rasional : Sebagai bukti tanggung gugat dan tanggung jawab terhadap profesi dan hukum.

- c. Berikan dukungan emosional.

Rasional : Dukungan dari tenaga kesehatan dan keluarga dapat mengurangi rasa cemas.

- d. Ajarkan ibu teknik relaksasi.

Rasional : Mempengaruhi respon internal individu terhadap nyeri.

- e. Berikan Asuhan sayang ibu.

Membantu pengaturan posisi ibu, memberikan cairan dan nutrisi, keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan pencegahan infeksi.

Rasional : Mengurangi gangguan psikologis dan pengalaman yang menegangkan.

- f. Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasional : Meningkatkan efektivitas dalam memberikan asuhan.

- g. Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat yang diperlukan.

Rasional : Mengurangi resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi.

h. Lakukan persiapan rujukan.

Rasional : Antisipasi terjadinya penyulit dan membutuhkan rujukan segera.

i. Lakukan observasi dan pengisian partograf.

Rasional : Memutuskan Asuhan yang akan dilakukan selanjutnya.

Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan \pm 30 menit ibu bisa kooperatif dan persalinan dapat berjalan dengan normal.

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik, ibu dapat melahirkan bayinya dengan normal.

1) Intervensi : Lakukan langkah 1-27 APN

a. Kenali tanda gejala kala II Persalinan yaitu ibu ingin meneran, perineum menonjol, vulva membuka, peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah, pembukaaan serviks telah lengkap, terlihat bagian kepala janin melalui introitus vagina.

b. Lakukan Persiapan pertolongan persalinan, pencegahan infeksi, mencuci tangan, memakai sarung tangan, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, penyiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, persiapan obat emergency dan resusitasi, persiapan ibu dan keluarga, asuhan sayang ibu, membersihkan perinem ibu, megosongkan kandung kemih, membimbing ibu untuk meneran (JNPK-KR, 2008).

Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III (15-30menit) ibu kooperatif dan kelahiran plasenta spontan dan lengkap.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, plasenta lahir spontan dan lengkap.

1) Intervensi : Lakukan langkah 28-40 APN

- a. Lakukan manajemen aktif kala tiga.
- b. Pemberian suntikan oksitosin.
- c. Penegangan tali pusat terkendali.
- d. Masase fundus uteri (JNPK-KR, 2008).

Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan \pm 2 jam kala IV normal.

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus keras, tidak terjadi perdarahan , tidak terjadi infeksi.

1) Intervensi : Lakukan langkah 41-58 APN

- a. Masase uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- b. Evaluasi tinggi fundus uteri.
- c. Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- d. Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum.
- e. Evaluasi keadaan umum.
- f. Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan(JNPK-KR, 2008).

2.3.3 Nifas

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Subyektif

a. Keluhan Utama

Mules setelah melahirkan, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan perineum (Ambarwati, 2008).

b. Riwayat persalinan

IBU

Kala I : ± 6 - 7 jam , komplikasi presentasi abnormal, persalinan yang dipercepat.

Kala II : < 1 jam, komplikasi distosia persalinan karena tonus otot yang buruk.

Kala III : 15 – 30 menit, komplikasi perdarahan pascapartum, bayi besar.

2) Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik

a) Mamae : Proses laktasi terjadi secara alami, keluar kolostrum dari kedua puting susu ibu.

b) Abdomen : Perut menggantung, kontraksi baik, keras, TFU 2 jari dibawah pusat (Widjanarko, 2009).

c) Genitalia : Serviks menjadi sangat lembek, kendur dan terkulai. Vagina dan lubang vagina saluran luas berdinding tipis, ada bekas luka jahitan perineum, dan loche.

2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : P5 nifas normal post partum 2 jam
- b. Masalah : Perut mules setelah melahirkan
- c. Kebutuhan: Ajarkan cara masase uterus, berikan HE tentang nutrisi, dan mobilisasi.

3. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Haemorogic Post Partum

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter obgyn dalam pemberian oksitosin Profilaksis melalui intra vena.

5. Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Diharapkan dengan diberikan penanganan yang tepat, tidak akan menimbulkan masalah potensial.

Kriteria Hasil : Masalah dapat segera teratasi, serta tidak terjadi masalah potensial.

6. Intervensi

- a. Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi ibu saat ini.

Rasional : Alih informasi terhadap ibu dan keluarga mengenai kondisinya saat ini.

- b. Berikan konseling tentang komplikasi yang dapat terjadi.

Rasional : Dengan memberi informasi tentang komplikasi yang dapat terjadi kepada ibu dan keluarga, dapat mempermudah keluarga dalam mengambil keputusan jika masalah potensial terjadi.

- c. Berikan konseling tentang pemenuhan nutrisi yang seimbang.

Rasional : Pemenuhan kebutuhan nutrisi seimbang pada tubuh dibutuhkan oleh ibu dan janin dalam proses perkembangan dan pertumbuhan.

- d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat yaitu tidur pada malam hari selama kurang lebih 7-8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 2 jam dan mengurangi aktifitasnya.

Rasional : Istirahat dibutuhkan pada ibu hamil untuk mencegah terjadinya ketidaknyamanan yang dapat terjadi sewaktu-waktu.

- e. Lakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan dan hasil tindakan yang telah dilakukan.

Rasional : Sebagai bukti tanggung jawab profesi dan hukum.

2.4 Kerangka Konsep

