

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kehamilan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum ( Varney, 2007 ).

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

##### **2.1.2 Perubahan Fisiologi pada Kehamilan**

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormone somatomotropin, estrogen, dan progesteron.

#### **1. Uterus**

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperlasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk

diketahui karena penyimpangan kehamilan seperti kehamilan kembar, kehamilan mola hidrotidosa, kehamilan dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar.

## **2. Vagina**

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak terlihat makin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda chadwicks).

## **3. Ovarium**

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu.

## **4. Payudara**

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan pemberian ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone, dan somatomamotrofin.

## **5. Sirkulasi Darah Ibu**

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, yaitu:

Meningkatkan kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim, pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat (Candranita, 2010).

## 6. Sistem Endokrin

### a. Hormon Plasenta

Sekresi hormon plasenta dan HCG dari plasenta janin mengubah organ endokrin secara langsung. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan produksi globulin meningkat dan menekan produksi tiroksin, kortikosteroid dan steroid, dan akibatnya plasma yang mengandung hormon-hormon ini akan meningkat jumlahnya.

### b. Kelenjar Hipofisis

Berat kelenjar hipofisis anterior meningkat antara 30-50% yang menyebabkan perempuan hamil menderita pusing. Setelah plasenta dilahirkan, konsentrasi prolaktin plasma akan menurun. Penurunan ini masih terus berlangsung sampai saat ibu menyusui. Namun prolaktin masih tetap disekresi karena adanya rangsangan dari isapan bayi yang juga menstimulasi produksi air susu.

### c. Kelenjar Tiroid

Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran kira-kira 13% akibat adanya hiperplasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas.

### d. Kelenjar Adrenalin

Karena dirangsang oleh hormon estrogen, kelenjar adrenal memproduksi lebih banyak kortisol plasma bebas dan juga kortikosteroid, termasuk ACTH, dan ini terjadi saat usia 12 minggu hingga masa aterm. Karena kortison bebas menekan produksi ACTH, disimpulkan adanya gangguan mekanisme feed-back. Diperkirakan kortisol bebas yang mengikat mempunyai efek yang berlawanan

terdapat insulin. Peningkatan kortison dan tekanan darah merangsang sistem rennin-angiotensin mampu menjaga keseimbangan efek hilangnya garam yang disebabkan oleh korteks adrenal.

### **7. Sistem Kekebalan**

HCG mampu menurunkan respon imun pada perempuan hamil. Selain itu, kadar Ig G, Ig A dan Ig M serum menurun mulai dari minggu ke-10 kehamilan hingga mencapai kadar terendah pada minggu ke-30 dan tetap berada pada kadar ini, hingga aterm.

### **8. Sistem Perkemihan**

Ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesteron. Kencing lebih sering (polinuria), laju filtrasi meningkat hingga 60%-150%.

### **9. Sistem Pencernaan**

Estrogen dan HCG meningkat, dengan efek samping mual dan muntah-muntah. Selain itu, terjadi perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar atau perasaan ingin makan terus (mengidam), juga peningkatan asam lambung. Pada keadaan patologik tertentu, terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (hiperemesis gravidarum).

Saliva meningkat, dan pada trimester pertama, mengeluh mual muntah. Reabsorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (morning sickness).

## **10. Sistem Musculoskeletal**

Estrogen dan relaksasi memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligament pelvic pada akhir kehamilan. Relaksasi ini di gunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya dalam menguatkan posisi janin di akhir kehamilan dan saat kehamilan. Meningkatnya pergerakan pelvic menyebabkan juga pergerakan pada vagina. Ini menyebabkan timbulnya nyeri punggung dan ligamen saat hamil tua.

## **11. Sistem Kardiovaskuler**

Selama hamil, kecepatan darah meningkat (jumlah darah yang dialirkan oleh jantung dalam setiap denyutnya) sebagai hasil dari peningkatan curah jantung. Ini meningkatkan volume darah dan oksigen ke seluruh organ dan jaringan ibu untuk pertumbuhan janin.

Pada kehamilan uterus menekan vena kava sehingga mengurangi darah vena yang akan kembali ke jantung. Curah jantung mengalami pengurangan sampai 25-30% dan tekanan darah bisa turun 10-15% yang bisa menyebabkan pusing, mual dan muntah.

## **12. Sistem Integumen**

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh Melanophore Stimulating Hormon lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, cloasma gravidarum. Setelah persalinan, hiperpigmentasi akan menghilang.

## **13. Metabolisme**

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang

mendasar, dimana kebutuhan nutrisi menjadi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan pemberian ASI.

Perubahan metabolisme tersebut adalah:

- a. Metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
- b. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter, disebabkan adanya hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang dibutuhkan janin.
- c. Kebutuhan protein perempuan hamil semakin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 gr/kg atau sebutir telur ayam sehari.
- d. Kebutuhan kalori didapatkan dari karbohidrat, lemak, dan protein.
- e. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil : kalsium 1,5 gram tiap hari, 30 sampai 40 gram untuk penguatan tulang janin, fosfor, rata-rata 8 gram sehari, Zat besi, 800 mg atau 30 sampai 50 mg sehari, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan kemungkinan terjadi retensi air. Minum : 8-9 gelas/hari (prawiroharjo, 2009)
- f. Berat badan ibu hamil bertambah. BB Trimester I : 4 kg, Trimester II dan III : 0,5/minggu. Totalnya 15-16 kg (Sulistyawati, 2011)

#### **14. Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh (IMT)**

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin.. Banyak faktor yang mempengaruhi

peningkatan berat badan: adanya edema, proses metabolisme, pola makan, muntah atau diare, dan merokok.

### **15. Darah dan Pembekuan Darah**

Penurunan Tahanan vaskuler perifer selama kehamilan terutama disebabkan oleh relaksasi otot polos sebagai pengaruh dari hormon progesterone. Penurunan dalam Peripheral Vaskuler resistance mengakibatkan adanya penurunan tekanan darah selama usia kehamilan pertama.

### **16. Sistem Pernafasan**

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O<sub>2</sub>. Di samping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O<sub>2</sub> yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari biasanya.

### **17. Sistem Persyarafan**

Pada ibu hamil akan ditemukan rasa sering kesemutan atau acroestresia pada ekstermitas disebabkan postur tubuh ibu yang membungkuk. Edema pada trimester III, edema menekan saraf perifer bawah ligament carpal pergelangan tangan menimbulkan carpal turner sindrom, yang di tandai dengan parestisia dan nyeri pada tangan yang menyebar ke siku (Asrinah, 2010).

### **2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologi dalam Masa Kehamilan pada Kehamilan Trimester III**

Trimester 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).

### **1. 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.

- a. Dukungan Keluarga
- b. Dukungan Dari tenaga Kesehatan
- c. Rasa aman dan Nyaman Selama Hamil
- d. Persiapan Menjadi Orang Tua
- e. Persiapan Saudara Kandung (Asrinah, 2010).

### **2. Kebutuhan Ibu Hamil pada Trimester III**

- a. Nutrisi

#### **1) Kalori**

Selama kehamilan terjadi peningkatan kalori sekitar 80.000 kkal sehingga dibutuhkan pertambahan kalori sebanyak 300 kkal/ hari. Penambahan kalori ini dihitung melalui protein, lemak yang ada frekuensi 3x sehari dengan 1 piring nasi (242 kkal), daging 3 potong sedang atau setara dengan 138 kkal, tempe 3 potong kecil setara dengan 320 kkal, sayuran 3 gelas, buah 2 potong, susu 1 gelas besar setara dengan 146

kkal.pada janin, lemak pada ibu dan konsumsi O<sub>2</sub> selama 9 bulan (Yulaikhah, 2008).

## 2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 60 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang hijau 7,85 gram / 1 mangkok sedang) atau hewani ( ayam (25,07 gram), 1 butir telur (7 gram), 2 potong sedang tempe (7 gr). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

## 3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 800 mg. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah kacang kedelai rebus ½ cangkir (87 mg), bayam rebus ½ cangkir (138 mg). Jeruk 1 buah ukuran sedang (52 mg). Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

## 4) Zat besi

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 15 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Zat besi dapat diperoleh pada 1 cangkir cereal (8,1 mg), 1 cangkir bayam matang (3,2 mg), ½ cangkir kacang kedelai rebus (4,2 mg). Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

### 5) Air

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

### b. Obat-obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam memberikan terapi dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Sulistyawati, 2011).

### c. Lingkungan yang Bersih

Salah satu pendukung untuk keberlangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar kuman dan zat toksik yang berbahaya bagi ibu dan janin akan terminimalisasi (Sulistyawati, 2011).

#### d. Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak (Sulistyawati, 2011).

#### e. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapan yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis (Sulistyawati, 2011).

#### f. Istirahat dan Rekreasi

Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal pada perut bawah sebelah kiri (Sulistyawati, 2011).

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Istirahat yang dibutuhkan oleh ibu hamil yaitu 2 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi fetoplental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki

disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

g. Kebersihan Tubuh

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Jika tidak dibersihkan (dengan mandi), maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit (Sulistyawati, 2011).

h. Perawatan Payudara

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara yaitu hindari pemakaian bra yang terlalu ketat, bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat (Sulistyawati, 2011).

i. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya adalah otot usus. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis (Sulistyawati, 2011).

#### j. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti abortus, perdarahan pervaginam. Koitus dilakukan dengan hati – hati terutama pada minggu terkahir kehamilan, bila ketuban sudah pecah koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Sulistyawati, 2011).

#### k. Persiapan Persalinan

Meskipun hari perkiraan persalinan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari sebelumnya. Ini dimaksudkan agar jika terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. Beberapa yang perlu disiapkan yaitu biaya, tempat, baju ibu dan bayi, surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES) (Sulistyawati, 2011).

#### l. Aktivitas

Aktifitas yang beresiko pada wanita hamil adalah aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri terlalu lama sepanjang hari, mengangkat sesuatu yang berat, paparan terhadap suhu atau keterlambatan yang ekstrim tinggi atau rendah, pekerjaan dengan paparan radiasi (Romauli, 2011). Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama.

### **3. Pengaruh Gaya Hidup terhadap Kehamilan**

#### a. Kebiasaan minum jamu

Minum jamu merupakan salah satu kebiasaan yang beresiko bagi wanita hamil, karena efek minum jamu dapat membahayakan tumbuh kembang janin, seperti menimbulkan kecacatan, abortus, BBLR, partus prematurus, kelainan ginjal dan jantung janin, asfiksia neonatorium, kematian janin dalam kandungan dan malformasi organ janin (Romauli, 2011).

b. Perokok/Alkoholik

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan dirinya dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok dapat ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan merokok berat kita harus waspada akan risiko keguguran, kelahiran prematur, BBLR, bahkan kematian janin ( Sulistyawati, 2011).

#### **4. Tanda-tanda Bahaya Kehamilan Trimester III**

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut adalah

a. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat, kadang – kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang.

b. Penglihatan kabur

Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak misalnya pandangan kabur berbayang.

Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre eklamsia.

c. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre eklamsia.

d. Keluaran cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm, normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala.

e. Gerakan janin tidak terasa

Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Asrinah, 2010).

## **5. Standar Pelayanan *Antenatal Care***

a. Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) minimal:

- 1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0 – 13 minggu)
- 2) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14 – 27 minggu)
- 3) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28 – 40 minggu)

(Sulistyawati, 2011)

b. Pelayanan standar, yaitu 7T:

1) Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan

Penimpangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

2) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg), pada kehamilan dan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan proteinuria).

3) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/ LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil risiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan / tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

#### 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

#### 5) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Denyut jantung janin baru dapat didengarkan pada usia kehamilan 16 minggu. Normalnya 120 – 160 x/menit. Jika  $\leq 120$  x/menit maka bradikardia, sedangkan  $\geq 160$  x/menit maka takikardia.

#### 6) Pemberian Imunisasi TT Lengkap

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskroning status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi TT5 (*TT long life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

**Tabel 1 Imunisasi TT Lengkap**

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	$\geq$ 25 tahun

7) Pemberian Tablet Besi (Fe) Minimal 90 Tablet Selama Kehamilan

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8) Lakukan tes penyakit menular seksual (PMS)

PMS yang terjadi selama kehamilan berlangsung akan menyebabkan kelainan atau cacat bawaan pada janin dengan segala akibatnya, oleh karena itu tes terhadap pMS perlu dilakukan agar dapat didagnosa secara dini dan mendapatkan pengobatan secara tepat (Ummi, 2010).

9) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Sulistyawati, 2011).

Temu wicara mengenai persiapan tentang segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan penting dilakukan. Hal ini penting bila karena bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, ibu dapat segera mendapat pertolongan yang tepat, karena kematian ibu sering terjadi karena 3T, yaitu sebagai berikut:

(a) Terlambat mengenali bahaya

(b) Terlambat untuk dirujuk

(c) Terlambat mendapat pertolongan yang memadai (Umami, 2010).

## **6. Ketidaknyamanan Umum pada Ibu Hamil Trimester III**

a. Konstipasi (susah buang air besar)

Pencegahan : Dengan cukup minum air putih 8 gelas/hari, banyak makan makanan yang berserat, cukup istirahat.

b. Hemoroid

Pencegahan :Hindari konstipasi, mengurangi bengkak dan sakit dengan merendam bokong dengan air hangat.

c. Kram Pada Kaki

Pencegahan :Massage dan hangatkan otot yang terserang, latihan (senam), diet yang mencakup kalsium.

d. Oedema

Pencegahan: Kaki ditinggikan jika tidur, hindari berdiri lama dan duduk lama, posisi miring jika berbaring.

e. Sering buang air kecil

Pencegahan: Kosongkan saat terasa ada dorongan berkemih, batasi minum bahan diuretic alami (teh, kafein), jangan mengurangi minum malam hari (Sulistyawati, 2011).

## **7. Pemeriksaan Umum pada Kehamilan**

a. Pengukuran berat badan

Berat badan ibu hamil perlu dikontrol secara teratur paling tidak setiap kali kunjungan pemeriksaan kehamilan. Peningkatan berat badan 0,5 kg/minggu, total untuk keseluruhan 11,5 – 16 kg (Sulistyawati, 2011).

- b. Taksiran persalinan : usia kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau postdate rumus tafsiran persalinan (+7) (-3) (+1) ((Manuaba, 2012).
- c. Usia kehamilan : 40 minggu (9 bulan 7 hari) (sarwono, 2010).
- d. Pemeriksaan fisik
- e. Wajah : jika oedema pada wajah dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki. Sedangkan Pucat disebabkan timbul anemia karena defisiensi zat besi (pondokiklan, 2010). Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi pada dahi, pipi, hidung dikenal sebagai cloasma gravidarum (Kusmiyati, 2010).
- f. Mata : konjungtiva pucat bisa disebabkan karena anemia kehamilan. Sclera kuning bisa dikarenakan adanya kelainan hepar.
- g. Mulut dan gigi : gingivitis disebabkan peningkatan vaskularitas dan proovesi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen (Bobak, 2012).
- h. Dada : jika sesak nafas bisa dilihat adanya retraksi dada akibat ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar (Bobak, 2012). Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara pada TM III (Depkes, 2002).
- i. Mamae : puting susu menonjol, kolostrum hyperpigmentasi areola dan papila mamae dengan pemijatan colostrum keluar pada TM III (Depkes, 2002).
- j. Abdomen: mengetahui TFU dan perkembangan janin, apabila tinggi fundus uteri 3 -4 cm lebih kecil dari pada usia gestasi dalam minggu, uterus disebut

“kecil untuk usia gestasi”. Adanya luka bekas operasi bisa disebabkan komplikasi yang lalu (Artikel gizi dan kesehatan kehamilan, 2010).

Palpasi Leopold :

- 1) Leopold I : menentukan tinggi fundus uteri, usia kehamilan, bagian janin yang terdapat dalam fundus uteri.
- 2) Leopold II : menentukan batas samping kanan dan kiri ibu, letak punggung janin, letak memanjang atau melintang janin.
- 3) Leopold III : menentukan presentasi (bagian terbawah janin), membedakan presentasi kepala dan bokong.
- 4) Leopold IV : menentukan apakah presentasi janin sudah masuk PAP. Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat di ukur dengan lima jari tangan (perlimaanan).
  - (a) 5/5 (Hodge I) jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
  - (b) 4/5 jika sebagian (1/5) (Hodge I – II) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
  - (c) 3/5 jika sebagian (2/5) (Hodge II – III) bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).

k. Genitalia eksterna dan anus

jika odema pada vulva sebagai bendungan local atau bagian dari edema umum pada malnutrisi atau preeklamsia (mayuputri, 2012). Varises pada kehamilan karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah

seperto otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid. Apabila pecah akan berakibat fatal (mayuputri, 2012).

- l. Ekstremitas atas dan bawah : jika odema bisa disebabkan karena tekanan rahim yang membesar pada vena – vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki (pondokiklan, 2010). Sedangkan jika varises, karena reaksi system vena, terutama dinding pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain akibat pengaruh hormon steroid (mayuputri, 2012). Reflek terutama lutut, reflek lutut negative bisa dikarenakan penyakit urat saraf (pondokiklan, 2010).

m. Pemeriksaan panggul luar

Pemeriksaan panggul, pemeriksaan pada ibu hamil primigravida, penting untuk mengetahui ada tidaknya panggul sempit. Sedangkan pemeriksaan panggul pada multigravida dengan riwayat persalinan sebelumnya spontan melalui jalan lahir, tidak wajib, kecuali jika riwayat SC (admin, 2012). Pemeriksaan panggul dilakukan pada usia kehamilan  $\geq 32$  minggu pada setiap pemeriksaan antenatal (varney 2003). Normalnya : Distansia spinarum (23 – 26 cm), Distansia kristarum (26 – 29 cm), Konjugata eksterna/boudeloque (18 – 20 cm), Distansia tuberum (10 – 11 cm), Lingkar panggul (80 – 90 cm) (Saminem, 2009).

n. Pemeriksaan laboratorium

- 1). Pemeriksaan urine meliputi pemeriksaan protein untuk mengetahui adanya gejala preeklamsia yaitu komplikasi kehamilan yang umumnya ditandai oleh peningkatan TD dan odema kaki (artikel gizi, 2010). Adanya glucose dalam urine wanita hamil harus dianggap

sebagai gejala penyakit diabetes kecuali kalau dapat membuktikan bahwa hal lain yang menyebabkan (pondokiklan, 2010).

2). Untuk mendeteksi anemia pada kehamilan dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) ibu hamil. Pemeriksaan dilakukan pada minggu ke 28. Bila kadar hemoglobin  $\leq 11\text{g/dl}$  pada kehamilan dinyatakan anemia dan harus diberi suplemen tablet zat besi secara teratur 1 tablet/hari selama 90 hari.

### **8. Penatalaksanaan Trimester III**

- a. Membina hubungan percaya antara bidan dan ibu hamil.
- b. Mendeteksi masalah dan mengatasinya.
- c. Memberitahu hasil pemeriksaan dan usia kehamilan.
- d. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan.
- e. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat, cara hidup sehat bagi ibu hamil, nutrisi, cara mengenali tanda bahaya kehamilan.
- f. Memberikan tablet besi.
- g. Mulai mendiskusikan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan ibu untuk menghadapi kondisi kegawatdaruratan.
- h. Kewaspadaan khusus terhadap preeklamsia (tanyakan pada ibu mengenai gejala PER, pantau TD, evaluasi edema, periksa adanya proteinuria).
- i. Palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan kembar.
- j. 10. Deteksi letak janin, kondisi yang menjadi kontraindikasi persalinan di luar RS.
- k. 11. Menjawab kunjungan ulang.
- l. 12. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan (Saminem, 2010).

## 9. Pendekatan Resiko untuk Ibu Hamil

### a. Primi Muda

Ibu hamil pertama pada umur >16 tahun, rahim dan panggul ibu seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu, mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain: bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir, dan perdarahan dapat terjadi sesudah bayi lahir. Kebutuhan pertolongan medis, bila terdapat kelainan yaitu: janin tidak dapat lahir normal, biasa dengan tenaga ibu sendiri, persalinan membutuhkan tindakan, kemungkinan operasi sesar, dan bayi yang lahir kurang bulan membutuhkan perawatan khusus.

### b. Primi Tua, Lama Perkawinan > dari 4 tahun

Ibu hamil pertama setelah menikah 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa yaitu suami istri tinggal satu rumah dan suami istri tidak sering keluar kota, dan tidak memakai alat kontrasepsi (KB). Keluarga sangat mendambakan anak bayi dengan nilai sosial tinggi (anak mahal). Bahaya yang mungkin dapat terjadi pada primi tua adalah: selama hamil dapat timbul masalah, faktor resiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya preeklampsia dan persalinan tidak lancar. Kebutuhan pertolongan medis yaitu perawatan antenatal yang teratur, melakukan rujukan kehamilan dan bila memberi pengobatan, dan pengamatan persalinan ketat terhadap adanya gawat janin, 1 jam bayi tidak lahir, dilakukan tindakan atau operasi sesar.

c. Primi Tua pada Umur ibu > dari 35 tahun

Ibu yang hamil pertama pada umur > dari 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet, dan perdarahan. Bahaya yang dapat terjadi antara lain : Hipertensi, pre-eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan macet tidak lancar, perdarahan setelah bayi lahir, dan bayi lahir dengan berat badan rendah, kebutuhan pertolongan medik yaitu : perawatan kehamilan, yang teratur agar dapat ditemukan penyakit-penyakit pada ibu secara dini dan pertolongan persalinan ada kemungkinan ditolong dengan tindakan atau operasi sesar.

d. Anak terkecil Umur < 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dari rahim ibu masih butuh cukup istirahat, ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain : yaitu perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah, bayi premature dan bayi dengan berat badan lahir rendah. Kebutuhan pertolongan medik yaitu : perawatan kehamilan yang teratur dan pertolongan persalinan ada kemungkinan dengan tindakan.

e. Primi Tua Sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir > dari 10 tahun yang lalu, ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan/persalinan yang pertama lagi. Umur ibu biasanya lebih

bertambah tua. Kehamilan ini bisa terjadi pada anak pertama mati, janin di dambakan dengan nilai sosial tinggi. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan, penyakit ibu ,hipertensi diabetes dan lain-lain.

f. Grande Multi

Ibu pernah hamil/ melahirkan anak 4 kali atau lebih karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan: kesehatan terganggu, anemia ,kurang gizi, kekendoran, dinding perut, tampak ibu dengan perut menggantung ,kekendoran dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini antara lain: kelainan letak,persalinan letak lintang, robekan rahim, pada kelainan letak intang, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan. Kebutuhan pertolongan medic : perawatan kehamilan teratur agar gizi seimbang dan tidak anemis, sebaiknya persalinan ibu di tolong bidan di puskesmas atau rumah sakit.

g. Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih ,dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu.

h. Tinggi Badan 145 cm atau kurang

Terdapat 3 batasan dalam kelompok resiko ini

- 1) ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proposional dalam hal ini ada 2 (dua) kemungkinan yang terjadi yaitu panggul ibu sebagai jalan lahir

ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar. Dan panggul ukuran normal tetapi anaknya besar / kepala nya besar. Pada kedua kemungkinan itu bayi dapat lahir melalui operasi sesar.

- 2) ibu hamil kedua dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi 7 hari atau kurang.
  - 3) ibu hamil ,kehamilan seblumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah < 2500 gram.
- i. Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)

Dapat terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati < dari 7 hari kehamilan ketiga atau lebih kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran > dari 2 kali kehamilan kedua atau lebih kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.

- j. Persalinan yang Lalu dengan Tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam: a. tindakan dengan tarikan tang/cunam/forcep/vacuum. b. Uri manual, yaitu tindakan pengeluaran uri dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan pada keadaan bila ditunggu sampai ½ jam uri tidak dapat lahir sendiri dan setelah bayi lahir serta uri belum lahir terjadi perdarahan banyak > dari 500cc. c. ibu diberi infus atau tranfusi pada persalinan lalu karena mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500cc, sehingga ibu mejadi syok dan membutuhkan infus serta tranfusi darah pemberian infus atau transfusi tersebut merupakan

tindakan yang dapat menyelamatkan ibu hamil. Tranfusi diberikan di Rumah Sakit.

k. Bekas Operasi Sesar

Ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu, pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan atau persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim. Keadaan ini dapat terjadi pada operasi sesar klasik (corporil), yaitu rahim ,tetap tidak pada bagian bawah dari rahim.

## **2.2 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 (Varney, 2007).

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 (APN, 2008 )

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, 2010).

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

### **2.2.2 Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan**

#### **1. Lightening**

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

#### **2. Perubahan Serviks**

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

#### **3. Persalinan Palsu**

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

#### **4. Bloody Show**

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks

pada awal kehamilan. Bloody Show paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah

#### 5. Penipisan dan Pembukaan Serviks

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

### 2.2.3 Kemajuan Persalinan

Setiap fase persalinan ditandai oleh perubahan fisik dan perubahan psikologis yang dapat diukur. Perubahan fisik dapat digunakan untuk mengevaluasi kemajuan persalinan. Sedangkan perubahan psikologis digunakan untuk menentukan fase persalinan yang dicapai tanpa melakukan pemeriksaan dalam.

#### 1. Fase Laten

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

yang terjadi setiap 5 – 7 menit dan berlangsung 30 sampai 40 detik (Varney , 2008).

## 2. Fase Aktif

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

### 2.2.4 Komponen Janin

#### 1. Letak

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

#### 2. Presentasi

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

#### 3. Sikap Janin

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

#### 4. Posisi

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

#### 5. Variasi

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

### **2.2.5 Asuhan Persalinan Normal**

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

### **2.2.6 Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi**

#### 1. Membuat Keputusan Klinik

Merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti, keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien (APN, 2008).

## 2. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar dan persalinan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- b. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga .
- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.

- e. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan hati ibu beserta anggota – anggota keluarganya.
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan / atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h. Ajarkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Hargai privasi ibu.
- j. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- k. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- l. Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- m. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- n. Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.
- o. Siapkan rencana rujukan (bila perlu) (APN, 2008).

### 3. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur.

PI adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi, saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pasca persalinan / bayi baru lahir atau saat menatalaksana penyulit (APN, 2008).

#### 4. Pencatatan (Dokumentasi)

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

Pencatatan rutin adalah penting karena :

- a. Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan.
- b. Dapat digunakan sebagai tolakukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik. Dari aspek metode keperawatan, informasi tentang intervensi atau asuhan yang bermanfaat dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya.
- c. Dapat dibagikan di antara para penolong persalinan . Hal ini menjadi penting jika ternyata rujukan memang diperlukan karena hal ini berarti lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir (APN, 2008).

#### 5. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru

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

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

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

K (Keluarga) Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan / atau bayi dan mengapa ibu dan / atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan atau bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

S (Surat) Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan / atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat – obatan yang diterima ibu dan / atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) Bawa obat – obatan esensial padasaat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat – obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.

K (Kendaraan) Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup mem beli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan (APN, 2008).

### **2.2.7 Batasan Persalinan**

#### **1. Kala 1 Persalinan**

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

- a. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- d. Fase aktif pada kala I persalinan :
  - 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.

2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm. Akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1cm per jam (multipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (APN, 2008).

## 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 :

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b. Ibu merasakn adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya.
- c. Perineum menonjol.
- d. Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (APN, 2008).

### 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 lahirn (APN, 2008).

## 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 (APN, 2008).

#### 4) Melahirkan bahu

- (a) Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.
- (b) Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan kepala kearah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis.
- (c) 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) kearah 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 (APN, 2008).

### 3. Kala III Persalinan

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

#### a. 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 (aspektus lateralis). Jika oksitosin tidak tersedia, minta ibu untuk melakukan stimulasi puting susu atau menganjurkan ibu menyusukan dengan segera, Ini akan menyebabkan pelepasan oksitosin secara alamiah.

b. Penegangan Tali Pusat Terkendali

Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat diatas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, 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 tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban (APN, 2008).

c. Rangsangan Taktil (Masase) Fundus Uteri

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

4. Kala IV Persalinan

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam

setelah itu. Setelah plasenta lahir :

- a. Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- b. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya undud uteri setinggi atatu beberapa jari di bawah pusat.
- c. 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).

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

Derajat satu : Mukusa 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) (APN, 2008).

e. Evaluasi keadaan ibu

- 1) 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.
- 2) Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- 3) Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai denganapa yang diperlukan.
- 4) Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- 5) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus mejadi lembek.
- 6) 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.

- 7) Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
- 8) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (APN, 2008).

## **2.3 Nifas**

### **2.3.1 Pengertian**

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

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).

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

### **2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Tujuan asuhan masa nifas normal dibagi menjadi dua, yaitu :

#### **1. Tujuan Umum**

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana (Ambarwati, 2010).

### **2.3.3 Tahapan Masa Nifas**

Nifas dibagi menjadi 3 tahap :

#### 1. Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

#### 2. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 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 (Ambarwati, 2010).

### **2.3.4 Program dan Kebijakan Teknis**

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

**Tabel 2 Jadwal Kunjungan Nifas**

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.</li> <li>c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>d. Pemberian ASI awal.</li> <li>e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</li> <li>f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.</li> </ul>
II	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau,</li> <li>b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.</li> <li>c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.</li> </ul>

		<p>d. Memastikan ibu mneyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.</p> <p>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.</p>
III	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu setelah persalinan	<p>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami.</p> <p>b. Memberikan konseling untuk KB secara dini</p>

(Prawirohardjo, 2010 )

### 2.3.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

#### 1. Perubahan Sistem Reproduksi

##### a. Involusi

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

sakralis. Pada saat ini besar uterus kira – kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram.

Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama masa hamil. Pertumbuhan uterus pada masa prenatal tergantung pada hyperplasia, peningkatan jumlah sel – sel yang sudah ada. Pada masa post partum penurunan kadar hormon – hormon ini menyebabkan terjadinya *Autolysis*.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

#### 1) Autolysis

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

#### 2) Atrofi Jaringan

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

#### 3) Efek Oksitosin (kontraksi)

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

b. Lochea

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

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

1) Loche Rubra / Merah (Kruenta)

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

## 2) Lochea Sanguinolenta

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

## 3) Lochea Serosa

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

## 4) Lochea Alba / Putih

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

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

### c. Cervik

Serviks mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam – hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang – kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga ada perbatasan antara korpus uteri dan serviks

terbentuk cincin. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2 – 3 jari, pada minggu keenam postpartum serviks menutup.

#### d. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 - 8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke – 4.

#### e. Perineum

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

### 2. Perubahan Sistem Pencernaan

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

### 3. Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya, kadang – kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala jann dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih dalam puerperium masih tertinggal urine residual (normalnya 15 cc). Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

#### 4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

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

#### 5. Perubahan Endokrin

##### a. Hormon Plasenta

Selama periode pascapartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon – hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Hormon Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun

dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum.

b. Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Ambarwati, 2010).

c. Hormon Oksitosin

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

d. Hipotalamik Pituitary Ovarium

Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama an ovulasi (Ambarwati,2010).

## 6. Perubahan Tanda – Tanda Vital

### a. Suhu Badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain.

### b. Nadi

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

### c. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan

mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Ambarwati,2010).

#### 7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari dari volume darah dan entrasi. Apabila ada persalinan pervagina hemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang denan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Kedaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kodis pada penderota vitium cordial (Ambarwati, 2010 ).

#### 8. Perubahan Hematologi

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

### 2.3.6 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

#### 1. Gizi

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

##### a. Sumber tenaga (energi)

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

##### b. Sumber Pembangun (Protein)

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

##### c. Sumber pengatur dan pelindung (Mineral, vitamin dan air)

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

## 2. Ambulasi Dini

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

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

## 3. Eliminasi

### a. Miksi

Disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan :

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien,
- 2) Mengompres air hangat di atas simpisis.

### b. Defekasi

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

#### 4. Kebersihan Diri

##### a. Perawatan Perineum

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

##### b. Perawatan Payudara

- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- 2) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- 3) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok
- 4) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam.

#### 5. Istirahat

Anjurkan ibu supaya istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi

jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Ambarwati, 2010).

#### 6. Seksual

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

#### 7. Latihan Senam Nifas

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

#### 8. Keluarga Berencana

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

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

## **2.4 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 (Soepardan, 2008).

### **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 Konsep dasar Asuhan Kebidanan

### 2.5.1 Kehamilan

#### 1. Pengkajian

##### a. Subjektif

- 1) Umur 16-35 tahun (score puji rohyati)
- 2) Keluhan Utama : peningkatan frekuensi berkemih, konstipasi, hemoroid, nyeri punggung bawah (nonpatologis), hiperventilasi dan sesak napas (nonpatologis), kesemutan pada jari
- 3) Riwayat Obstetri :
  - (a) Riwayat kehamilan : hamil pertama kawin < 4 tahun, jarak kehamilan 2 – 5 tahun, kehamilan tunggal, kehamilan cukup bulan.
  - (b) Riwayat persalinan : tidak ada riwayat tindakan persalinan
  - (c) Riwayat post natal: tidak ada riwayat plasenta manual
- 4) Kunjungan : ibu hamil minimal 4x, yaitu pada trimester I 1x, trimester II 1x, trimester III 2x.  
  
Pergerakan anak pertama kali : Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir :  $\pm 3x$
- 5) Penyuluhan yang sudah di dapat  
  
Nutrisi, Imunisasi, Istirahat, Kebersihan diri, Aktifitas, Tanda-tanda bahaya kehamilan, Perawatan payudara/laktasi, Seksualitas, Persiapan persalinan, KB
- 6) Pola nutrisi  
  
Saat hamil : Makan 3 x/hari dengan nasi, lauk pauk (ikan laut, tahu, tempe

dll), sayur (kacang-kacangan, wortel, kentang, kangkung, bayam, dll), minum air putih 8 gelas/hari. minum susu 1 gelas/hari

7) Pola eliminasi

Saat hamil : berkemih lancar, warna urine kuning jernih, 5 kali / hari.

Defekasi lancar, tidak merasa sakit, konsistensi lembek, 1 kali / hari.

8) Pola istirahat dan tidur

Saat hamil : Wanita hamil harus sering istirahat, tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Tidur siang 1 jam sehari, tidur malam 8 jam sehari

9) Pola kebersihan diri

Saat hamil : Mandi diperlukan untuk kebersihan selama kehamilan, terutama karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Mandi berendam tidak dianjurkan.

10) Pola hubungan seksual

Saat hamil : Coitus disarankan untuk dihentikan bila Sering abortus/premature, Perdarahan vaginam , Pada minggu terakhir kehamilan, coitus harus berhati-hati ,Bila ketuban sudah pecah, Orgasme pada wanita hamil tidak dapat menyebabkan kontraksi uterus partus prematurus.

11) Pola emosional :

Ambivalen (kadang-kadang respon seorang wanita terhadap kehamilan bersifat mendua), Merasa cemas dan takut kehilangan (terpisah dari bayinya), Gelisah menunggu hari kelahiran anak, Mulai mempersiapkan segala sesuatu untuk calon anak, Takut kelak tidak bisa merawat

bayinya, Merasa canggung, buruk dan memerlukan dukungan yang sering, Depresi ringan (mungkin terjadi).

## **b. Objektif**

### **1) Pemeriksaan Umum**

(a) Keadaan umum : Baik

(b) Kesadaran : Composmentis

(c) Status gizi

(1) TB ibu > 145 cm bila kurang curiga kesempitan panggul

(2) Kenaikkan BB selama hamil 6,5 – 16 kg rata-rata 12,5 kg

(3) Kenaikkan BB trimester I : 1 Kg

(4) Kenaikkan BB trimester II : 5 Kg

(5) Kenaikkan BB trimester III: 5,5 Kg

(6) Ukuran lila > Normalnya 23,5cm

(d) Tanda vital

(1) Suhu : Normal,yaitu bila suhu berkisar antara 36,5-37,5<sup>0</sup> C

(2) Nadi : Ukuran denyut nadi normal berkisar antara 80-100kali/menit

(3) Tekanan darah :Normalnya,110-70 sampai 120-80mmHg.

(4) Pernafasan :Normalnya, 16 – 24 x/ menit

(5) Muka : tidak odema , tidak pucat

(6) Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

(7) Mulut : simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries pada gigi.

(8) Abdomen

Leopold I :Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoideus, Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting

Leopold II : Menentukan letak terendah janin, seperti bagian papan, kertas, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin

Leopold III :Menentukan letak terendah janin, kepala akan teraba bulat dan keras sedangkan bokong teraba tidak keras dan tidak bulat

Leopold IV : Menentukan bagian terendah janin sudah masuk atau belum pada PAP

DJJ : 120-160 x/ menit

TBJ : 2500 – 4000 gram.

- a. Genetalia : Tidak odema, tidak varices pada vagina, bagaimana personal hyginnya. Anus tidak ada hemoroid.
- b. Ekstremitas: rentang gerakannya normal, turgor normal, acral hangat tidak terdapat edema
- c. Pemeriksaan penunjang
  - 1) kadar Hb normal lebih dari 11 gr %
  - 2) albumin urin negatif
  - 3) reduksi urin negatif

### **2.5.2 Interpretasi Data Dasar**

1. Diagnosis : G PAPIAH usia kehamilan minggu, tunggal, Hidup, letak kepala  $\cup$ ,intrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Masalah: Leukorea, Peningkatan frekuensi berkemih, Konstipasi, Insomnia, Nyeri punggung bawah (nonpatologis), Hiperventilasi dan sesak napas (nonpatologis),Kesemutan pada jari.
3. Kebutuhan : Tingkatkan kebersihan, Atur posisi yang baik, mendorong agar mengatur laju dalamnya pernafasan

### **2.5.3 Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial**

Tidak ada

### **2.5.4 Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera**

Tidak ada

### **2.5.5 Intervensi**

Rencana asuhan pada ibu hamil adalah:

1. Bangun hubungan percaya antara petugas kesehatan dan klien
2. Libatkan klien dalam perencanaan
3. Lakukan deteksi masalah dan penangannya
4. Lakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia, kekurangan zat besi, penggunaan praktek yang merugikan

5. Dorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dsb).
6. Jelaskan tanda bahaya pada kehamilan.
7. Jelaskan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
8. Berikan informasi tentang kebutuhan klien.

## **2.5.6 Persalinan**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Subjektif**

- 1) Keluhan yang dirasakan oleh ibu kenceng – kenceng semakin sering dan teratur, mengeluarkan lendir bercampur darah.
- 2) Pola fungsi kesehatan meliputi :
  - a) Pola nutrisi makanan ringan seperti roti kering, biskuit, dan sebagainya, minum air putih lebih sering.
  - b) Pola eliminasi setiap 2 jam sekali atau lebih atau jika kandung kemih penuh harus dikosongkan.
  - c) Pola Istirahat dianjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
  - d) Pola Aktivitas berbaring ditempat tidur sambil miring kiri, jalan – jalan.
- 3) Riwayat Psikososiospiritual, seperti 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.

## b. Data Objektif

### 1) Pemeriksaan Fisik

Sama dengan pemeriksaan kehamilan, namun disini terjadi perubahan pada pemeriksaan leopold IV

Leopold IV : 5/5 (Hodge I), 4/5 (Hodge I - II), 3/5 (Hodge II - III),  
2/2 (Hodge III +), 1/5 (Hodge IV).

His : 3 x dalam 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik.

Genetalia : tidak ada oedem, tidak varices, tidak ada pembesaran kelenjar bartolini dan terdapat pengeluaran lendir dan darah, terdapat cairan ketuban atau tidak, tidak ada nyeri tekan, VT : Ø 1 – 10 cm, eff 10- 100%, ket (+/ -) jernih, keruh, bercampur mekonium, berbau, let-kep ⊕, denominator UUK kanan depan, H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi.

## 2. Interpretasi Data

### Assessment

a. Diagnosis : GPAPIAH UK 36 - 40 minggu, tunggal, hidup, letkep ⊕, inpartu kala I fase laten / aktif.

b. Masalah : Nyeri sewaktu persalinan

c. Kebutuhan : KIE tentang keadaannya saat ini

Dukungan emosional

KIE teknik relaksasi

### **3. Identifikasi Diagnosis Masalah Dan Diagnosis Potensial**

Tidak ada

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

Tidak ada

### **5. Planning**

#### **Kala I**

Tujuan : Setelah dilakukan tindakkala I fase laten 8 jam (primi maupun multi), fase aktif primi (1 jam 1 cm), multi (1 jam 2 cm).

Kriteria Hasil : Adanya tanda gejala kala II

1. Dorongan meneran
2. Tekanan anus
3. Perineum menonjol
4. Vulva membuka

Intervensi

- 1) Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
- 2) Persiapkan perlengkapan, bahan – bahan dan obat – obatan yang diperlukan
- 3) Persiapan rujukan jika sewaktu – waktu ada kegawatdaruratan
- 4) Berikan asuhan sayang ibu seperti :
  - a. Dukungan emosional
  - b. Atur posisi yang nyaman

- c. Pemberian asupan nutrisi dan cairan
  - d. Anjurkan ibu untuk ke kamar mandi saat ada dorongan untuk berkemih
  - e. Lakukan pencegahan infeksi
- 5) Observasi DJJ, His, nadi tiap 30 menit
- 6) Observasi kemajuan persalinan tiap 4 jam sekali, tekanan darah tiap 2 jam sekali.

## **Kala II**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan  $\leq$  1 jam diharapkan bayi lahir spontan.

Kriteria : Bayi lahir spontan, menangis kuat, bernafas spontan, warna kulit kemerahan.

Intervensi :

1. Kenali tanda dan gejala kala II(Doran, Teknua, Perjol, Vulka).
2. Pastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin kemudian memasukan spuit kedalam partus set.
3. Pakai celemek plastik
4. Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan prosedur 7 langkah dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi atau sekali pakai yang kering dan bersih.
5. Pakai sarung tangan DTT/steril pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukan oksitosin 10 unit kedalam spuit yang telah disediakan tadi dengan menggunakan sarung tangan DTT/ steril dan letakan dalam partus set

7. Bersihkan vulva dan perineum secara hati-hati, dari arah depan kebelakang dengan kapas DTT/savlon
8. Lakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap
9. Dekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik (rendam) selama 10 menit, cuci kedua tangan.
10. Periksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal
11. Beritahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu memilih posisi yang nyaman .
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Lakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran, istirahat jika tidak ada kontraksi dan memberi cukup cairan.
14. Anjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka partus set dan mengecek kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
19. Lindungi perineum dengan tangan kanan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan kiri menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Periksa kemungkinan ada lilitan tali pusat
21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.

22. Pegang secara bipariental dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Telusuri dan memegang lengan, siku sebelah atas, lalu ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan jari telunjuk diantara kaki dan pinggang masing-masing mata kaki) dengan ibu jari dan jari-jari lainnya menelusuri bagian tubuh bayi.
25. Nilai segera bayi baru lahir dengan apgar score.
26. Keringkan tubuh bayi, membungkus kepala dan badanya.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam rahim.

### **Intervensi Kala III**

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

Kriteria Hasil: Plasenta lahir, kotiledon lengkap, selaput ketuban utuh, tidak ada kelainan baik dari sisi fetal maupun maternal

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.
29. Suntikan oksitosin 10 unit secara IM setelah bayi lahir di 1/3 paha atas bagian distal lateral

30. Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem yang pertama.
31. Gunting tali pusat yang telah di jepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi) pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut, ikat tali pusat.
32. Berikan bayi pada ibunya, menganjurkan ibu memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI (IMD)
33. Ganti handuk yang basah dengan kering dan bersih, selimuti dan tutup kepala bayi dengan topi bayi, tali pusat tidak perlu ditutup dengan kasa steril.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi dan tangan lain merengangkan tali pusat.
36. Lakukan penegangan tali pusat sambil tangan lain mendorong kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta lepas, minta klien meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso cranial).
38. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta searah jarum jam hingga selaput ketuban ikut terpelir, kemudian dilahirkan, tempatkan pada tempat yang telah disediakan.

39. Letakkan telapak tangan difundus dan melakukan msase selama 15 detik, dengan gerakan memutar dan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) segera setelah plasenta lahir.
40. Periksa kedua sisi plasenta bagian maternal dan fetal.  
 Maternal = selaput utuh, kotiledon dan lengkap.  
 Fetal =Diameter 15-20cm , tebal 2-3 cm, berat 500 gr
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

## **EVALUASI**

### **Intervensi Kala IV**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan bayi baik, tidak terjadi perdarahan dan komplikasi

42. Pastikan uterus berkontraksi degan baik dan tidak terjadi perdarahan.
43. Biarkan bayi diatas perut ibu.
44. Timbang berat badan bayi, tetesi mata bayi dengan salep mata (tetrasiklin 1%), berikan injeksi Vit.K (paha kiri)
45. Berikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan (selang 1 jam pemberian vit.k)
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- a. setiap 2-3 kali pada 15 menit pertama post partum
  - b. setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
  - c. setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.

47. Ajarkan ibu cara melakukan masase dan menilai kontraksi
48. Evaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
49. Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15menit pada 1 jam pertama post partum dan setiap 30menit pada 1 jam kedua post partum.
50. Periksa pernafasan da temperature tubuh ibu setiap 1jam sekali selama 2 jam post partum
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk mendekontaminasi (rendam 10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekotaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang sudah terkontamnasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Bersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lender dan darah.
54. Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan asi menganjurkan keluarga untuk memberi minum dan makanan yang diinginkan ibu, mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan rendam selama 10 menit.
57. Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air bersih mengalir.
58. Lengkapi partograf, periksa TTV dan lanjutkan asuhan kala IV

## **EVALUASI**

**S** : Senang karena semuanya berjalan lancar

- O** : terdiri atas:
1. TTV
  2. UC
  3. Kandung Kemih
  4. TFU 2 jari dibawah pusat
  5. Perdarahan < 500 ml
  6. BB bayi > 2500 gram
  7. PB bayi > 45 Cm
  8. Laserasi
- A** : PAPIAH post partum fisiologis .....2 jam
- P** : Observasi Masa nifas

### 2.5.7 Nifas

#### 1. Pengkajian

##### a. Subjektif

##### 1) Keluhan Utama

Ibu nifas adalah nyeri saat lahir, keringat berlebih, pembesaran payudara, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid.

##### 2) Pola kesehatan fungsional meliputi :

##### a) Pola nutrisi :

1. Karbohidrat 4 porsi per hari, 1 porsi setara dengan ½ piring nasi.
2. Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan 3 gelas susu, 2 butir telur, 5 putih telur, 1 gelas sedang yoghurt, tahu 5 – 6 potong kecil, sedangkan sayuran 3

porsi sehari, dengan 1 porsi setara dengan  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$  mangkuk kecil sayuran hijau yang dimasak.

3. Kalsium 5 porsi per hari, atau setara dengan 1 cangkir susu krim.

4. Kebutuhan cairan, minum sedikitnya 3 liter setiap hari.

5. Vitamin A 1 x 1 yang diperoleh dari petugas kesehatan.

b) Pola eliminasi dalam 6 jam pertama postpartum ibu harus dapat buang air kecil, dan untuk buang air besar dalam 24 jam pertama.

c) Pola istirahat, istirahat siang kira – kira 2 jam, sedangkan istirahat malam 7 - 8 jam.

d) Pola Seksual, secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti.

e) Pola personal hygiene, mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK paling tidak dalam waktu 3 jam supaya ganti pembalut.

### 3) Riwayat psikososiospritual

Ibu setelah melahirkan, ia akan mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menajalani proses pembelajaran yang diperlukan tetang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya.

## b. Objektif

### 1) Pemeriksaan Fisik

#### a) Tanda – tanda vital :

(1) Suhu : naik sedikit dalam 24 jam post partum ( $37,5 - 38^{\circ}C$ ), dan akan kembali normal pada hari ke-3 post partum.

(2) Nadi : lebih cepat yaitu antara 60 – 100 x/menit.

(3) Tekanan darah : tidak mengalami perubahan, jika mengalami penurunan maka diakibatkan oleh perdarahan, dan kenaikan merupakan terjadinya pre eklamsia post partum.

(4) Pernafasan : keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan nadi. Bila pernafasan lebih cepat, kemungkinan tanda – tanda syok.

b) Payudara : ASI keluar colostrum.

c) Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras.

d) Genetalia : Vagina timbul rugae/kerutan – kerutan, perineum terdapat luka jahitan akibat robekan jalan lahir, adanya lochea rubra.

## **2. Interpretasi Data Dasar**

Assesment

a. Diagnosis : PAPIAH post partum 6 jam

b. Masalah : nyeri setelah lahir, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid.

c. Kebutuhan : He penyebabnya, mobilisasi, aktivitas, personal hygiene.

## **3. Antisipasi Diagnosis Dan Masalah Potensial**

Tidak ada

## **4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera**

Tidak ada

## **5. Perencanaan**

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan nifas sesuai dengan standar asuhan kunjungan nifas.

Intervensi

#### Kunjungan 1 (6 – 8 jam)

1. Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
2. Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.
3. Berikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
4. Pemberian ASI awal.
5. Lakukan hubungan antara Ibu dan BBL.
6. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

#### Kunjungan II (6 hari)

1. Pastikan involusi berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
2. Nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
3. Pastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
4. Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
5. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

#### Kunjungan III (2 minggu)

1. Pastikan involusi berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.

2. Nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
3. Pastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
4. Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
5. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

#### Kunjungan IV (6 minggu post partum)

Menanyakan penyulit – penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.

Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.