

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab 2 ini akan disajikan beberapa teori yang mendukung tentang asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, dan nifas. Disini penulis membahas teori tentang kehamilan, teori tentang persalinan, teori tentang nifas, konsep dasar asuhan kebidanan menurut Hellen Varney, dan penerapan asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan dan nifas.

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

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

###### **2.1.1.1 Definisi**

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, (Prawirohardjo, 2008).

Kehamilan adalah Suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan sehingga menghasilkan janin yang tumbuh di dalam rahim seorang wanita, (Waryana, 2010).

Kehamilan adalah Masa ketika seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya, (Astuti, 2010).

###### **2.1.1.2 Patofisiologi**

Setiap bulan wanita melepaskan 1 atau 2 sel telur ( ovum ) dari indung telur ( ovulasi ), yang ditangkap oleh umbai- umbai ( fimbriae ) dan masuk ke

dalam saluran telur. Waktu persetubuhan, cairan semen tumpah ke dalam vagina dan berjuta- juta sel mani ( sperma ) bergerak memasuki rongga rahim lalu masuk ke saluran telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasanya terjadi di bagian yang menggembung dari tuba falopii.

Ovum yang telah dibuahi ini segera membelah diri sambil bergerak ( oleh rambut getar tuba ) menuju ruang rahim, kemudian melekat pada mukosa rahim untuk selanjutnya bersarang ke ruang rahim, peristiwa ini disebut nidasi ( implantasi ). Dari pembuahan sampai nidasi diperlukan waktu kira- kira 6- 7 hari. Untuk menyuplai darah dan zat- zat makanan bagi mudigah dan janin, dipersiapkan uri ( plasenta ).

#### **2.1.1.3 Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan, yaitu :**

- 1) Triwulan pertama (0 sampai 12 minggu)
- 2) Triwulan kedua (13 sampai 28 minggu)
- 3) Triwulan ketiga (29 sampai 42 minggu)

(Manuaba, 2010)

#### **2.1.1.4 Usia Kehamilan**

Untuk menetapkan usia kehamilan dilakukan dengan :

- 1) Mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT).

Untuk menentukan hari persalinan, digunakan rumus Neagle :

HPHT : +7 (hari) -3 (bulan) +1 (tahun) (Saminen, 2009)

- 2) Memperkirakan usia kehamilan dengan :

(1) Menghitung tinggi fundus uteri (Manuaba, 2010)

<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Usia Kehamilan</b>
1/3 di atas simfisis	12 minggu
1/3 di atas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	32 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
2 jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Tabel 2.1 Usia Kehamilan berdasarkan TFU

## (2) Menghitung gerakan pertama dirasakan.

Dengan memperkirakan terjadinya gerakan pertama janin pada usia kehamilan 16 minggu (multigravida), pada usia kehamilan 18 minggu (primigravida). Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan janin bisa diraba oleh pemeriksa. Maka perkiraan usia kehamilan dapat ditetapkan. Perkiraan ini tidak akurat, (Nur, 2011).

Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan hipoksia berat atau janin meninggal, (Prawirohardjo, 2008).

## (3) Mendengarkan denyut jantung janin (DJJ).

DJJ merupakan salah satu tanda pasti kehamilan dan kehidupan janin. DJJ mulai terdengar pada usia kehamilan 16 minggu. Ciri-ciri DJJ adalah ketukan lebih cepat dari denyut nadi, dengan frekuensi normalnya 120-160 kali / menit, (Nur, 2011).

## (4) Memperhitungkan masuknya kepala ke PAP terutama primigravida.

Pada primigravida, kepala masuk pintu atas panggul (PAP) pada minggu terakhir (minggu ke-36). Jika belum masuk PAP, ingat kemungkinan terjadi CPD (Cephalodisproporsi panggul), plasenta previa, atau

hidramnion. Pada multigravida, kepala masuk PAP pada permulaan inpartu, (Saminem, 2009).

- 3) Mempergunakan ultrasonografi untuk menghitung usia kehamilan dengan jarak biparietal, jarak tulang tibia, dan panjang lingkaran abdomen janin, (Manuaba, 2010).

#### **2.1.1.5 Perubahan Fisiologis Pada Wanita Hamil**

##### **1) Uterus**

- (1) Ukuran : Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan: 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.
- (2) Berat : Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram pada akhir jehamilan (40 pekan).
- (3) Bentuk dan Konsistensi : Pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak (soft), disebut tanda Hegar. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim teraba tipis,

karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

- (4) Posisi rahim dalam kehamilan:
  - a) Pada permulaan kehamilan-dalam letak antefleksi atau retrofleksi.
  - b) Pada 4 bulan kehamilan- rahim tetap berada dalam rongga pelvis.
  - c) Setelah itu- memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati.
  - d) Rahim mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.
- (5) Vaskularisasi : Arteri uterinae dan arteri ovarikae bertambah diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah.
- (6) Serviks uteri: Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (soft) disebut tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah. Warnanya menjadi livid dan perubahan itu disebut tanda chadwick.

## 2) **Indung Telur (Ovarium)**

- (1) Ovulasi terhenti.
- (2) Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

## 3) **Vulva dan Vagina**

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

#### 4) Dinding Perut

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

#### 5) Sistem Sirkulasi Darah

- (1) Volume darah: Volume darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti penambahan curah jantung (cardiac output), yang meningkat sebanyak  $\pm$  30%. Akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekomposisi kardis. Kenaikan plasma darah dapat mencapai 40% saat mendekati cukup bulan.
- (2) Protein darah: Gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin dan gemaglobulin menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. Beta-globulin dan fibrinogen terus meningkat.
- (3) Hitung jenis hemoglobin: Hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport  $O_2$  yang sangat diperlukan selama kehamilan. Konsentrasi Hb pada orang yang tidak hamil. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh volume plasma yang

meningkat. Dalam kehamilan, leukosit meningkat sampai 10.000/cc, begitu pula dengan produksi trombosit.

(4) Nadi dan tekanan Darah: Tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra-hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik. Nilai rata-ratanya 84 per menit.

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

#### **6) Sistem Pernafasan**

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

#### **7) Saluran Pencernaan**

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

#### **8) Tulang dan Gigi**

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak (softening). Juga terjadi jika sedikit pelebaran padaruang persendian.

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

### 9) Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu:

- (1) Muka: disenut masker kehamilan (*chloasma gravidarum*).
- (2) Payudara: puting susu dan areola payudara.
- (3) Perut: *linea nigra striae*
- (4) Vulva.

### 10) Metabolisme

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

- (1) tingkat metabolik basal (*basal metabolic rate*, BMR) pada wanita hamil meningkat hingga 15-20%, terutama pada trimester akhir.
- (2) Keseimbangan asam-alkali (*acid-base balance*) sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali :
  - a) Wanita tidak hamil : 155 mEq/liter.
  - b) Wanita hamil : 145 mEq/liter.
  - c) natrium serum : turun dari 142 menjadi 135 mEq/liter.



- d) bikarbonat plasma : turun dari 25 menjadi 22 mEq/liter.
- (3) Dibutuhkan protein yang banyak untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.
- (4) Hidrat arang: seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan bertambah, sering buang air kecil, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang mengingatkan kita pada diabetes melitus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa, seperti somatomotropin, insulin plasma, dan hormon-hormon adrenal-17-ketosteroid.
- (5) Metabolisme lemak juga terjadi. Kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatomotropin berperan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat dibadan, perut, paha, dan lengan.
- (6) Metabolisme mineral:
- a) Kalsium: dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang, terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.
- b) Fosfor: dibutuhkan rata-rata 2g/hari.
- c) Zat besi: dibutuhkan tambahan zat besi  $\pm 800$  mg, atau 30-35 mg sehari.
- d) Air: Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.
- (7) Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5-16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan kehamilan (preeklamsi dan eklamsi). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:

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

## **11) Payudara**

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

### **2.1.1.6 Jadwal Pemeriksaan**

- 1) Pemeriksaan pertama. Dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.
- 2) Pemeriksaan ulang :
  - (1) Setiap bulan sampai usia kehamilan 6 sampai 7 bulan.
  - (2) Setiap 2 minggu sampai 8 bulan
  - (3) Setiap 1 minggu sejak 8 bulan sampai persalinan.
- 3) Pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan tertentu, (Manuaba, 2010).

Menurut MNH-WHO, hingga saat ini belum ada standar yang diterima secara internasional untuk jumlah kunjungan ANC dan apa yang dilakukan

dalam kunjungan tersebut. Di Indonesia terdapat kebijakan program yang dirumuskan pemerintah. Kebijakan program untuk kunjungan antenatal ini adalah kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan, dengan distribusi sebagai berikut : 1 kali pada trimester 1 (usia kehamilan 0-14 minggu),

1 kali pada trimester 2 (usia kehamilan 14-28 minggu),

2 kali pada trimester 3 (usia kehamilan 28-36 minggu).

Dan 1 kali pada usia kehamilan lebih dari 36 minggu, (Nur, 2011).

#### **2.1.1.7 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan**

##### **1) Faktor Fisik**

###### **(1) Status Kesehatan/Penyakit**

Ada 2 klasifikasi dasar yang berkaitan dengan status kesehatan atau penyakit yang dialami ibu hamil.

a) Penyakit/komplikasi akibat langsung kehamilan yaitu Hyperemesis gravidarum, preeklampsia/eklampsia, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan ektopik, kelainan plasenta/selaput janin, perdarahan antepartum, gemelli (anak kembar).

b) Penyakit/kelainan yang tidak langsung berhubungan dengan kehamilan yaitu dimana penyakit ini dapat memperberat serta mempengaruhi kehamilan yaitu varises, penyakit jantung, hipertensi, anemia kehamilan, TB paru, penyakit ginjal, diabetes dalam kehamilan, penyakit menular (IMS, AIDS, kondiloma akuminata).

## (2) Gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin.

Status gizi ibu sewaktu konsepsi dipengaruhi oleh :

- a) Keadaan sosial dan ekonomi ibu sebelum hamil
- b) Keadaan status Gizi dan kesehatan ibu
- c) Jarak Kelahiran jika yang dikandung bukan anak pertama
- d) Paritas
- e) Usia kehamilan pertama, (Arisman, 2010).

Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil dan janin secara garis besar :

### (a.) Asam Folat

Berguna untuk membantu produksi sel darah merah, sintesis DNA pada janin dan pertumbuhan plasenta.

Pada ibu hamil dan janin kekurangan asam folat menyebabkan meningkatnya resiko anemia, keguguran, neural tube defect seperti spina bifida (kegagalan tulang belakang menutup pada bulan pertama kehamilan), anencephaly (kegagalan penutupan *neural tube* selama perkembangan janin, mengakibatkan bagian dari tengkorak tidak terbentuk), meningkatkan resiko bayi lahir dengan berat badan rendah atau lahir dengan cacat bawaan, down's syndrome, bibir sumbing, kelainan pembuluh darah, dan lepasnya plasenta sebelum

waktunya. Defisiensi asam folat berat pada ibu mengakibatkan anemia megaloblastik (makrositik), nyeri perut, dan diare.

(b.) Energi

Diit pada ibu hamil tidak hanya difokuskan pada tinggi protein saja tetapi pada susunan gizi seimbang energi dan juga protein. Untuk menurunkan kejadian BBLR dan kematian perinatal. Kebutuhan energi ibu hamil adalah 285 kalori untuk proses tumbuh kembang janin dan perubahan pada tubuh ibu.

Kekurangan energi dalam asupan makanan yang dikonsumsi menyebabkan tidak tercapainya penambahan berat badan ideal.

(c.) Protein

Protein diperlukan lebih banyak pada masa kehamilan dibandingkan dengan keadaan-keadaan lainnya, bahkan sampai 68 % dari sebelum kehamilan. Hal ini dikarenakan protein penting untuk pembentukan dan pertumbuhan jaringan janin. Kekurangan asupan protein dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan janin, keguguran, bayi lahir dengan berat badan kurang, serta tidak optimalnya pertumbuhan jaringan tubuh dan jaringan pembentuk otak.

(d.) Zat Besi (Fe)

Zat besi bagi ibu hamil, mulai diberikan sesegera mungkin setelah rasa mual hilang, sebanyak 1 tablet setiap hari. Setiap tablet besi mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (zat besi 60mg), minimal 90 tablet selama hamil. Sebaiknya diminum dengan air jeruk untuk membantu

absorpsi, jangan diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tanin/pitak yang menghambat penyerapan zat besi. (Nur, 2011)

(e.) Kalsium

Untuk pembentukan tulang dan gigi bayi. Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 500 mg sehari.

Kalsium juga penting untuk pembekuan darah yang tepat. Jika kebutuhan kalsium tidak tercukupi dari makanan, kalsium yang dibutuhkan janin akan diambil dari ibu. Jika ibu hamil kekurangan kalsium, maka kebutuhan kalsium akan diambilkan dari cadangan kalsium pada tulang ibu. Ini akan mengakibatkan osteoporosis pada ibu.

(f.) Pemberian suplemen vitamin D terutama pada kelompok berisiko penyakit seksual (IMS).

(g.) Pemberian yodium pada daerah dengan endemik kretinisme.

(h.) Tidak ada rekomendasi rutin untuk pemberian zinc, magnesium, dan minyak ikan selama hamil.

(3) Gaya Hidup

Kebiasaan minum jamu, Mitos atau Kepercayaan tertentu, Aktivitas Seksual, Pekerjaan atau aktivitas sehari-hari, Senam hamil.

(4) Substance Abuse

Adalah Perilaku yang merugikan/membahayakan ibu hamil misalnya penggunaan obat selama hamil, merokok, minum alkohol/kafein).

(5) Kehamilan di luar nikah dan Kehamilan tidak diinginkan.

(6) Kehamilan dengan IUFD (kematian janin dalam kandungan).

## 2) **Faktor Psikologis/Kelainan Jiwa dalam Kehamilan**

Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan keadaan yang timbul sebagai akibat/diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran dimana kehamilan sebagai proses fisiologis menjadi patologis.

Peristiwa kehamilan adalah peristiwa fisiologis, namun proses alami tersebut dapat mengalami penyimpangan sampai berubah menjadi patologis.

Ada dua macam stressor, yaitu :

- (1) Stressor internal, meliputi kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, perubahan peran sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, kehilangan pekerjaan.
- (2) Stressor eksternal : status marital, mal adaptasi, relationship, kasih sayang, support mental, broken home.

(Kusmiyati, 2010).

### **2.1.1.8 Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan**

- 1) Tanda-tanda bahaya pada kehamilan muda
  - (1) Perdarahan Pervaginam
  - (2) Hipertensi Gravidarum
  - (3) Nyeri perut pada kehamilan muda
- 2) Deteksi dini nyeri perut pada kehamilan muda
  - (1) Kista ovarium
  - (2) Apendiditis
  - (3) Sistitis
  - (4) Pielonefritis Akut

- (5) Hipertensi pada hamil muda (hipertensi kronik, superimposed preeklamsi)
  - (6) Nyeri perut pada kehamilan muda
- 3) Tanda-tanda bahaya pada kehamilan lanjut
- (1) Perdarahan pervaginam (plasenta previa, solutio plasenta, gangguan pembekuan darah).
  - (2) Sakit kepala hebat
  - (3) Penglihatan kabur
  - (4) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
  - (5) Keluar cairan pervaginam
  - (6) Gerakan janin tidak terasa
  - (7) Nyeri abdomen yang hebat, (Kusmiyati, 2010).

## **2.1.2 Konsep Dasar Persalinan**

### **2.1.2.1 Definisi**

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit, (Depkes, 2008).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu, (Minarni, 2010).

Persalinan adalah Proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau



melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) yang terdiri dari berbagai bentuk yaitu persalinan yang seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri (persalinan spontan), persalinan dengan bantuan tenaga dari luar (persalinan buatan), kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan (persalinan anjuran), (Manuaba, 2010).

### **2.1.2.2 Faktor Penyebab Persalinan**

Menurut Manuaba (2010), bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his yaitu:

#### **1) Teori keregangan**

- a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Contohnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

#### **2) Teori penurunan progesteron**

- a. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur hamil 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin.
- c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

**3) Teori oksitosin internal**

- a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofise part posterior.
- b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.
- c. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai.

**4) Teori prostaglandin**

- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur hamil 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua.
- b. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
- c. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

**5) Teori hipotalamus – pituitari dan glandula suprarenalis.**

- a. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anensefalus* sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
- b. Malpas pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.
- c. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan.
- d. Dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan.
- e. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

### 2.1.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor penting dalam persalinan menurut Minarni (2010), yaitu:

1) *Power*

*Power* adalah kekuatan yang mendorong janin keluar, dalam persalinan kekuatan yang dimaksud adalah kekuatan his atau atau kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang baik dan benar.

2) *Passage*

*Passage* adalah jalan kelahiran. Jalan lahir yang penting dan menentukan proses persalinan adalah pelvis minor yang terdiri dari susunan tulang yang kokoh dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat.

3) *Passanger*

Yang dimaksud *passanger* disini adalah janin dan plasenta. Bagian janin dan keadaan kepala janin ini memberikan kemungkinan untuk beradaptasi dengan jalan lahir melalui putaran paksi dalam sehingga hipoklion ditempatkan di bawah symphysis.

Disamping itu terdapat dua faktor lainnya yang ikut menentukan kelangsungan persalinan, yaitu :

4) Faktor psikologis parturien :

- a. Penerimaan parturien atas kehamilannya (kehamilan yang dikehendaki atau tidak dikehendaki).
- b. Penerimaan parturien terhadap jalannya perawatan antenatal, petunjuk dan persiapannya untuk menghadapi persalinan.
- c. Kemampuannya untuk bekerja sama dengan pemimpin atau penolong

persalinannya.

d. Adaptasi parturien terhadap rasa nyeri persalinan.

5) Penolong persalinan :

a. Pengalamannya dalam memimpin persalinan.

b. Kesabaran dan pengertiannya dalam menghadapi parturien, terutama terhadap primipara (baru pertama kali menghadapi persalinan).

#### **2.1.2.4 Psikologi Ibu Pada Masa Persalinan**

Persalinan merupakan suatu kejadian penuh dengan stres pada sebagian besar ibu bersalin yang menyebabkan peningkatan rasa nyeri, takut dan cemas. Stres pada ibu bersalin menyebabkan terjadinya peningkatan konsumsi glukosa tubuh yang menyebabkan kelelahan, dan sekresi katekolamin yang menghambat kontraksi uterus. Hal tersebut menyebabkan persalinan lama yang akhirnya menyebabkan cemas pada ibu, peningkatan nyeri dan stres berkepanjangan.

#### **2.1.2.5 Fisiologi Persalinan**

Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Menurut Manuaba (2010), kontraksi otot rahim ini menyebabkan :

- 1) Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, di atas simfisis pubis dan ingin sering berkemih atau sering kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
- 2) Perut kelihatan lebih melebar karena fundus uteri turun.

- 3) Muncul rasa nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus Frankenhauser yang terletak di sekitar serviks (tanda persalinan palsu).
- 4) Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim
- 5) Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

#### **2.1.2.6 Tahap Persalinan**

Macam-macam kala persalinan menurut Manuaba (2010), yaitu:

##### **1) Kala I**

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap, dimana pembukaan ini dimulai dengan adanya his. His adalah kontraksi uterus karena otot-otot rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Kontraksi pada uterus dapat bersifat kontraksi simetris, fundus dominan dan relaksasi. Keadaan otot-otot polos yang berada di dinding rahim mengembang dan menguncup, keadaan ini terjadi di luar kemauan. Oleh karena jaringan-jaringan otot mengembang dan menguncup, sedangkan diantara jaringan otot terdapat pula pembuluh darah dan pembuluh saraf, maka dengan adanya kontraksi, pembuluh-pembuluh akan tertekan. Tekanan pada pembuluh-pembuluh saraf akan mengakibatkan rasa sakit. Karena itulah maka bila ada kontraksi uterus selalu disertai dengan rasa sakit.

Fase-fase dalam kala I persalinan menurut Prawirohardjo (2009), yaitu

##### **(1) Fase laten persalinan:**

Fase laten merupakan fase terlama karena prosesnya berjam – jam, berhari – hari bahkan berminggu – minggu. Fase laten ditandai dengan terjadinya

pembukaan (dilatasi) dan penipisan leher rahim dengan pembukaan mencapai 3 cm dan berlangsung selama 6 – 8 jam. Kebanyakan ibu mulai mengeluh sakit dan merasa terganggu.

Berikut gejala – gejala fase laten yang sering pula kontraksi.

- a) Sakit punggung, dapat menetap atau hanya saat kontraksi.
- b) Pengeluaran lendir dengan bercak darah.
- c) Kemungkinan, membrane (ketuban) pecah diikuti keluarnya cairan ketuban.

(2) Fase aktif persalinan

Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm – 10 cm dan berlangsung selama 6 – 8 jam. Pada fase ini nyeri persalinan semakin hebat karena kontraksi semakin sering dan lama.

- a) Fase aktif dibagi menjadi tiga periode:
  - (a.) Periode akselerasi: berlangsung 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
  - (b.) Periode dilatasi maksimal: pembukaan 5 cm – 8 cm berlangsung selama 2 jam
  - (c.) Periode deselerasi: berlangsung lambat, pembukaan 9 cm – 10 cm dalam waktu 2 jam.
- b) Berikut ini gejala – gejala Fase Aktif :
  - (a.) Bertambahnya rasa sakit dan tidak enak selama kontraksi. Mungkin ibu tidak bisa bicara saat kontraksi.
  - (b.) Punggung bertambah sakit.
  - (c.) Kelelahan
  - (d.) Bertambahnya pengeluaran lendir dan darah

- (e.) Jika sebelumnya ketuban belum pecah, mungkin akan pecah saat ini.
- (f.) Secara emosional ibu gelisah, makin sulit tenang dan santai, makin tegang, tidak dapat berkonsentrasi dan makin terpengaruh dengan kondisi yang sedang terjadi, rasa percaya dirinya mulai goyah, berharap persalinan akan segera berakhir.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida dan pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase akselerasi terjadi lebih pendek. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida berlangsung sekitar 8 jam. Berdasarkan Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam

## **2) Kala II**

Kala II persalinan dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir.

## **3) Kala III**

Kala III persalinan dimulai segera setelah janin lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban janin.

## **4) Kala IV**

Kala IV persalinan dimulai segera setelah plasenta dan selaput ketuban janin lahir dan berakhir setelah 2 jam.

### **2.1.3 Konsep Dasar Nifas**

#### **2.1.3.1 Definisi**

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu, (Sarwono,2006)

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil, (Sujiyatini,2010).

Masa nifas (puerperium) yaitu di mulainya setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, (Ari Sulistyowati, 2008).

#### **2.1.3.2 Tahapan Masa Nifas**

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

- 1) Puerperium dini yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
- 3) Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Sebagai catatan, waktu untuk sehat sempurna biasa cepat bila kondisi sehat prima, atau biasa juga berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.



### **2.1.3.3 Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Asuhan Masa Nifas**

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain:

- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- 2) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- 3) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 4) Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
- 5) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 6) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- 7) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 8) Memberikan asuhan secara professional.

### **2.1.3.4 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas**

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

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.

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

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

Tabel 2.2 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.</li> <li>- Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.</li> <li>- Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.</li> <li>- Pemberian ASI awal</li> <li>- Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir</li> <li>- Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.</li> <li>- Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertamasetelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi barulah lahir dalam keadaan baik</li> </ul>
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawahumbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</li> <li>- Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</li> <li>- Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup</li> <li>- Memastikan ibu mendapat makanan</li> </ul>

		<p>yang bergizi dan cukup cairan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</li> <li>- Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</li> </ul>
III	2 Minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 Minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami selama nifas</li> <li>- Memberikan konseling KB secara dini</li> </ul>

Sumber : Sujiyatini (2010)

#### 2.1.3.5 Proses Laktasi Dan Menyusui

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

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

### 2.1.3.6 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

#### 1) Perubahan Sistem Reproduksi.

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

##### (1) Involusi uterus.

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

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

hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut

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

Tabel 2.3 perubahan Uterus

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

Sumber : Saleha (2009)

## (2) Involusi Tempat Plasenta.

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

(3) Perubahan Ligamen.

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

(4) Perubahan pada Serviks.

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

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

(5) Lohea

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

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

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

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

Tabel 2.4 Perubahan Lochea pada masa nifas

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

Sumber : Sujiyatini (2010)

Umumnya jumlah lokea lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir

keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochia sekitar 240 hingga 270 ml.

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

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

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

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

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

##### (1) Nafsu Makan Pasca melahirkan.



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

(2) Motilitas

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

(3) Pengosongan Usus.

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

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

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

### 3) Perubahan Sistem Perkemihan

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

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

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

### 4) Perubahan Sistem Hematologi

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

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000

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

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

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

#### 5) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml,

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

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

#### 6) Perubahan Tanda Vital

##### (1) Suhu badan.

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

##### (2) Nadi

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

(3) Tekanan darah.

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

(4) Pernafasan

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

7) Perubahan Sistem Endokrin

(1) Hormon placenta

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

## (2) Hormone pituitary

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

## (3) Hypotalamik pituitary ovarium

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

## (4) Kadar estrogen

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

## 8) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

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

Ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh <sup>3</sup>kandungannya turun´ setelah melahirkan karena ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minngu setelah persalinan.

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

### **2.1.3.7 Perubahan Psikis**

#### 1) Post Partum Blues

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

- (1) Sangat emosional
- (2) Cemas
- (3) Semangat hilang
- (4) Khawatir
- (5) Mudah tersinggung
- (6) Sedih tanpa sebab
- (7) Menangis berulang kali

#### 2) Depresi post partum

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

Tanda dan gejalanya :

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

### 2.1.3.8 Adaptasi Psikologi Post partum

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

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

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

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

#### 1) *Taking In*

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



## 2) *Taking Hold*

- a) Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- b) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (misalnya eliminasi)
- c) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ibu terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

## 3) *Letting Go*

- a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ibu harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.
- c) Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum. (Bahiyatun,2009)

### **2.1.3.9 Tanda Bahaya Nifas**

#### 1) Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

- (1) Setelah anak dan plasenta lahir
- (2) Perkiraan perdarahan – kadang bercampur amonion, urine, darah.

- (3) Akibat kehilangan darah bervariasi – anemia
- (4) Perdarahan dapat terjadi lambat – WASPADA TERHADAP SHOCK

## 2) Infeksi nifas

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

### Faktor Predisposisi Infeksi Nifas

- (1) Partus lama
- (2) Tindakan operasi persalinan
- (3) Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah.
- (4) Perdarahan ante partum dan post partum
- (5) Anemia
- (6) Ibu hamil dengan infeksi (endogen)
- (7) Manipulasi penolong (eksogen)
- (8) Infeksi nosokomial
- (9) Bakteri colli

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang

komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

### **2.2.1 Pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu:

- a. Riwayat Kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari segala yang berhubungan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Asrinah, 2010).

#### **1. Data Subjektif**

Data subjektif adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien ataupun keluarganya.

#### **2. Data Objektif**

Data Objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pengamatan maupun pengukuran yang dilakukan oleh bidan dan memiliki standart normal.

### **2.2.2 Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- a. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan

(Muslihatin, 2009).

### **2.2.3 Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial**

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman, (Asrinah, 2010).

#### **2.2.4 Mengidentifikasi Dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera**

Bidan mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan, (Soepardan, 2008).

#### **2.2.5 Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh**

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, kultural atau psikologis (Soepardan, 2008).

### **2.2.6 Melaksanakan Perencanaan**

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana, (Soepardan, 2008).

### **2.2.7 Evaluasi**

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaan, (Asrinah, 2010 ).

## **2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Persalinan Dan Nifas**

### **2.3.1 Kehamilan**

#### **1. Pengkajian**

##### **A. Subyektif**

##### **1. Biodata**

- a. Umur : 16-35 tahun, (KSPR).

2. Keluhan utama : Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya : leukorea, peningkatan frekuensi berkemih, nokturea, nyeri ulu hati, konstipasi, hemoroid, insomnia, nyeri pada ligamentum teres uteri, nyeri punggung bawah (nonpatologis), hiperventilasi dan sesak napas (nonpatologis), kesemutan pada jari, (Varney, 2007).

3. Riwayat Kebidanan :

- Kunjungan :

trimester I : 1 kali

trimester II : 1 kali

trimester III : 2 kali, (Sulistyawati, 2011).

- Riwayat menstruasi :

- Menarce : 12- 17 tahun, ( Mochtar. 2005).

- Siklus : 23-32 hari, (sulistyawati, 2009).

- Banyaknya : 50 – 60 ml

- Lamanya : 3 - 8 hari, ( Mochtar. 2005).

- Sifat darah : cair

- Warna : merah segar

- Bau : anyir

- Disminorhoe : ya / tidak

- Lama : ..... hari

- Flour albus : ya / tidak

- Kapan : sebelum / sesudah haid

- Bau : tidak berbau

- Warna : putih
- Banyak : sedikit / banyak
- HPHT :

#### 4. Riwayat obstetrik yang lalu

Tabel 2.5 Riwayat Obstetri yang lalu

No	Kehamilan		Persalinan				BBL				Nifas	
	UK	Peny	Jenis	Pnlg	Tmp	Peny	JK	PB/ BB	Hdp/ Mt	Usia	Kead	Lak
	H	A	M	I	L	I	N	I				

#### 5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Keluhan pada TM 1 : mual dan muntah, kelelahan atau fatigue, keputihan, mengidam, sering buang air kecil
- b. Keluhan pada TM 2 : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki
- c. Keluhan pada TM 3 : nafas sesak, konstipasi, panas dalam perut, varises, (Ary Sulistyawati, 2009).
- d. Pergerakan janin pertama kali : ibu akan dapat merasakan janin pada sekitar minggu ke-18 setelah masa menstruasi terakhir, (Helen Varney, 2008 ).
- e. Frekwensi pergerakan : minimal 10 Kali dalam 12 jam (Kusmiyati, 2010).
- f. Imunisasi selama kehamilan sangat penting untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan



atau imunisasinya. Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu (atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4), (Asrinah, 2010).

## 6. Pola kebiasaan sehari – hari

### 1) Pola nutrisi dan cairan

Selama hamil : Ibu hamil memerlukan lebih banyak nutrisi dari sebelumnya untuk pertumbuhan janin, kesehatan ibu dan persiapan laktasi. Menu baku yang dianjurkan yaitu makanan yang mengandung 4 sehat 5 sempurna, (Manuaba, 1998).

Energi sebanyak 285 kkal/hari (nasi, roti, mie, jagung, kentang, dll), protein 12 gram/hari (daging, ikan, telur, ayam, dll), kalsium 500 mg/hari (susu, ikan teri, sayuran hijau, dll), vitamin C 10 mg/hari (sayuran dan buah-buahan), zat besi 30 mg/hari (daging, hati, bayam, kangkung, daun pepaya, dll), (Kusmiyati, 2008).

## 2) Pola eliminasi

Selama hamil : Eliminasi pada ibu hamil dengan ciri – ciri rata – rata dalam satu hari 1-2 liter, tapi berbeda – beda sesuai dengan cairan yang masuk. Warnanya bening orange tanpa ada endapan, Baunya tajam, tidak ada nyeri berlebihan saat berkemih, (Ganong, 2003).

## 3) Pola aktivitas sehari-hari

Selama hamil : Wanita karier yang hamil mendapat hak cuti hamil selama 3 bulan, yang dapat diambil sebulan menjelang kelahiran dan 2 bulan setelah persalinan, (Manuaba, 1998).

## 4) Pola istirahat dan tidur

Selama hamil : Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Tidur pada malam hari selama  $\pm$  8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam, (Sujiyatini, 2009).

## 5) Pola kebersihan diri

Selama hamil : bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran sekret vagina yang

berlebihan. Selain dengan mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal 2x/hari sangat dianjurkan, (Sulistyawati, 2009).

#### 6) Pola hubungan seksual

Selama hamil : Selama kehamilan berjalan normal, coitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, koitus tidak dibenarkan bila :

- a. Terdapat perdarahan pervaginam
- b. Terdapat riwayat abortus berulang
- c. Abortus/partus premature imminens
- d. Ketuban pecah
- e. Serviks telah membuka.

(Kusmiyati, 2008)

#### 7) Perilaku kesehatan

Selama hamil : Jika mungkin, hindari pemakaian obat-obatan selama kehamilan terutama dalam triwulan I, pengobatan penyakit saat hamil selalu memperhatikan pengaruh obat terhadap pertumbuhan janin.

(Mochtar , 1998)

Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mengakibatkan kelahiran dengan berat badan rendah, cacat bawaan, kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental bayi, bahkan kematian bayi.

7. Riwayat kesehatan yang lalu berisi penyakit yang pernah diderita seperti : Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal,jantung asma, (Manuaba, 2008).

8. Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, paru-paru, Hipertensi, gemeli, ginjal,jantung asma, TORCH.

9. Riwayat psiko-social-spiritual

Riwayat Emosional

Trimester III : rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhatiran. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya. Merasa kehilangan perhatian. Perasaan mudah terluka (sensitif). Libido menurun, (Ari Sulistyowati, 2009).

a) Kehamilan ini : Direncanakan / tidak

b) Hubungan dengan keluarga : akrab / tidak

c) Hubungan dengan orang lain : akrab / tidak

- d) Ibadah / spiritual : patuh / tidak
- e) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :  
Ibu senang dengan kehamilan ini
- f) Dukungan keluarga :  
Adanya suatu dukungan positif dari keluarga, dan dengan adanya suatu peran yang aktif dari keluarga.
- g) Pengambilan keputusan dalam keluarga :  
Keputusan pertama adalah suami, keputusan kedua adalah keluarga.
- h) Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin :  
BPS, Rumah Sakit, atau Puskesmas
- i) Tradisi : Tidak ada budaya dari lingkungan ibu yang mempengaruhi saat hamil, ibu tidak pernah minum jamu-jamuan selama hamil dan pijat perut.

## **B. Obyektif**

### **1. Pemeriksaan Umum**

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Keadaan emosional : kooperatif
- d. Tanda –tanda vital
  - 1) Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg.
  - 2) Nadi : 80-100 kali/menit
  - 3) Pernafasan : 16-20 Kali / menit
  - 4) Suhu : 36,5<sup>0</sup>C-37,5<sup>0</sup>C, (Christina, 1998).

## 2. Antropometri

- a. Berat badan ibu hamil bertambah < 15-16 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan <  $\frac{1}{2}$  kg per minggu. Peningkatan berat badan pada trimester pertama < 4 kg, pada trimester kedua < 3 kg, dan pada trimester ketiga < 6 kg, (Sulistiyawati, 2009).
- b. Tinggi Badan : > 145 cm
- c. Lingkar Lengan : > 23,5 cm
- d. Taksiran persalinan : Rumus Naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL, EDC = Expected Date of Confinement). Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Caranya yaitu tanggal hari pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3, (Kusmiyati, 2008).

## 3. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : tampak simetris, Wajah tidak tampak pucat, Wajah tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum
- b. Rambut : Kebersihan cukup, tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
- c. Mata : tampak simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih, tidak tampak pembengkakan pada palpebra.
- d. Mulut & gigi : tampak simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak terdapat epulis.

e. Telinga : tampak simetris, tidak terdapat serumen, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran

f. Hidung : tampak simetris, kebersihan cukup, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, septum nasi di tengah

g. Dada : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi -/-

h. Mamae : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.

i. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.

1) Leopold I : Kehamilan aterm (37-40 minggu), pertengahan antara pusat dan prosesus xipoides. Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting.

2) Leopold II : Teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.

3) Leopold III : Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, dan melenting.

4) Leopold IV : kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP (divergen).

(Mochtar, 1998)

(1) TFU Mc. Donald : Usia Kehamilan 20 minggu tinggi fundus 20 cm ( $\pm 2$  cm), usia kehamilan 22-27 minggu tinggi fundus yaitu Usia Kehamilan= $\text{cm}$  ( $\pm 2$  cm), Usia Kehamilan 28 minggu tinggi fundus adalah 28 cm ( $\pm 2$  cm), Usia Kehamilan 29-35 minggu tinggi fundus adalah usia Kehamilan dalam minggu= $\text{cm}$  ( $\pm 2$  cm), Usia Kehamilan 36 minggu tinggi fundus adalah 36 cm ( $\pm 2$  cm), (Sarwono, 2009).

(2) TBJ : (tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = Berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka n = 11, (Kusmiyati,2010).

(3) DJJ : normal 120–160 x/menit, iramanya kuat dan teratur serta konsisten. Bunyi jantung bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilicus, (Feryanto, 2011).

f. Genetalia : vulva vagina tampak bersih, tidak ada condiloma akuminata, tidak oedem, tidak varises.

g. Ekstermitas : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat oedem atau tidak, reflek patella +/-

#### 4. Pemeriksaan Panggul

- Distancia Spinarum : 24-26 cm
- Distancia cristarum : 28-30 cm



- Conjugata eksterna :18-20 cm
- Lingkar panggul : 80-90 cm
- Distancia tuberum : 10,5 cm

( Sulistyawati, 2009 )

#### 5. Pemeriksaan Laboratorium

1) Darah : Hb : > 11 gram %

2) Urine :

- Reduksi (negatif)
- Albumin (negatif)

(Sulaiman, 1983)

#### 6. Pemeriksaan lain :

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

NST : NST idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ, ada atau tidaknya Braxton his, aktif aatau tidaknya gerak janin, (Ibrahim, 1993).

## 2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : Hamil ke, primi/multi, tuanya kehamilan, hidup, tunggal, letak janin, intrauterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu dan janin, (Sastrawinata, 1983).
- b. Masalah : sering berkemih, nyeri ulu hati, flatulen, konstipasi, hemoroid, kram tungkai, odema dependen, varises, insomnia, nyeri pada ligamentum teres uteri, nyeri punggung bawah, (Kusmiyati, 2009).
- c. Kebutuhan : Berikan dukungan emosional  
Jelaskan masalah yang dialami ibu hamil  
Jelaskan dan ajarkan cara mengatasi masalah  
(Bobak, Irene M., 2000)

## 3. Antisipasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

-

## 4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

-

## 5. Intervensi

**Tujuan** : Diharapkan setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu dapat mengerti penjelasan bidan.

**Kriteria Hasil** : ibu mampu mengulang kembali dan menjalankan penjelasan bidan.

No	Intervensi	Rasionalisasi
1.	Jelaskan tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal.
2.	Berikan informasi kepada ibu tentang tanda bahaya kehamilan.	Memberikan informasi mengenai tanda bahaya kepada ibu dan keluarga agar dapat melibatkan ibu dan keluarga dalam pemantauan dan deteksi dini komplikasi kehamilan, sehingga jika terjadi salah satu tanda bahaya, ibu dan keluarga dapat mengambil keputusan dan bertindak dengan cepat.
3.	Berikan KIE tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul pada trimester III dan cara mengatasinya	Meskipun ibu tidak mengalami ketidaknyamanan yang mungkin muncul, tidak ada salahnya jika bidan memberikan KIE tentang ini, sehingga jika sewaktu-waktu ibu mengalami, ibu sudah tau bagaimana cara mengatasinya.
4.	Berikan informasi tentang persiapan persalinan, antara lain : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda-tanda persalinan</li> <li>• Tempat persalinan</li> <li>• Biaya persalinan</li> <li>• Perlengkapan persalinan</li> </ul>	Informasi ini sangat perlu diinformasikan kepada pasien dan keluarga untuk mengantisipasi adanya ketidaksiapan keluarga ketika sudah ada tanda persalinan.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat-surat yang dibutuhkan</li> <li>• Kendaraan</li> <li>• Pendamping persalinan</li> <li>• Pengambil keputusan jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan</li> </ul>	
5.	Berikan tablet FE dan vitamin serta jelaskan cara meminumnya.	Setelah memberikan tablet FE dan Vitamin, bidan mempunyai tugas untuk meyakinkan bahwa FE dapat terserap dengan maksimal dengan memberikan informasi cara mengkonsumsi tablet FE yang benar.
6.	Anjurkan untuk kontrol ulang 1 minggu kemudian atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.	Langkah ini dimaksudkan untuk menegaskan kepada ibu bahwa meskipun saat ini tidak ditemukan kelainan, namun tetap diperlukan pemantauan karena sudah trimester III.

( Sulistyawati, 2009 )

### 2.3.2 Persalinan

#### 1. Pengkajian

##### A. Data Subyektif

###### 1. Keluhan Utama :

keluhan yang dirasakan oleh klien yaitu sejak kapan perut terasa nyeri ( mules ), jarak setiap rasa sakit, lamanya rasa sakit, dan sudah mengeluarkan lendir bercampur darah, atau cairan, (Manuaba, 2010 ).

##### B. Obyektif

###### 1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Keadaan emosional : Kooperatif
- d. Tanda-tanda vital
  - a) Tekanan darah : (pada keadaan normal 110/70-130/90 mmHg)
  - b) Nadi : (ukuran normal berkisar antara 60 sampai 80x/menit)
  - c) Pernafasan : (ukuran normal berkisar antara 16 sampai 20x/menit)
  - d) Suhu : (ukuran normal berkisar antara 36,5 C sampai 37,5 C)
- e. Taksiran persalinan :
- f. Usia kehamilan : 37-40 minggu

## 2. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- a. Mamae : simetris atau tidak, tampak hiperpigmentasi aerola atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, bersih atau tidak, terdapat nyeri tekan payudara atau tidak, kolostrum keluar atau tidak.
- b. Abdomen : simetris atau tidak, pembesaran uterus sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, terdapat bekas luka operasi atau tidak.
  - Leopold I : Kehamilan aterm (37-40 minggu) pertengahan pusat dan prosesus xipoides. Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting.
  - Leopold II : Teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.
  - Leopold III : Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, dan melenting.
  - Leopold IV : kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP (divergen).
  - TFU Mc. Donald : (ukuran normal pada kehamilan aterm 30 cm sampai 34 cm)
  - TBJ : (tinggi fundus dalam cm – n) x 155 = Berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka n = 11, (Yuni Kusmiyati,2010).
  - His (kontraksi rahim) : lamanya kontraksi (kontraksi berlangsung 45-75 detik), kekuatan kontraksi (menimbulkan naiknya tekanan intrauterin sampai 35 mmHg), interval antara dua kontraksi (pada permulaan persalinan his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala

pengeluaran his timbul sekali dalam 2 menit), (obstetri fisiologi, 1983).

- DJJ : normal 120–160 x/menit iramanya kuat dan teratur serta konsisten. Bunyi jantung anak dalam letak sungsang umumnya terdengar pada punggung anak setinggi pusat. Suara jantung janin biasanya terdengar paling keras di daerah sedikit di atas umbilikus, sedangkan bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilikus (Feryanto, 2011).

c Genetalia

Eksterna : vulva dan vagina tidak oedem, tidak ada varises, tidak ada coandiloma, tampak keluar lender bercampur darah.

Interna :

- Pemeriksaan serviks : 1-10 cm
- Bagian terbawah janin : kepala, bokong, serta posisinya
- Turunnya bagian terbawah menurut bidang hodge : I-IV
- Apakah selaput ketuban sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak.
- Apakah promontorium teraba atau tidak
- Apakah linea inominata seluruhnya atau tidak
- Apakah sacrum cekung atau berbentuk lain
- Apakah arcus pubis lebar atau tidak
- Serviks, pendataran (effacement), tipis atau tebal
- Apakah pada kepala janin ada kaput atau tidak.

(Sofian, 2010)

## 2. Interpretasi Data

1. Diagnosa : G PAPIAH usia kehamilan (37-40 minggu), Hidupi, tunggal, letak kepala, intrauterine, kesan jalan lahir normal dan keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif

2. Masalah :

1) cemas, gelisah, takut

Data Pendukung :

- a. Klien khawatir / takut akan kondisi dirinya dan bayinya.
- b. Menanyakan keadaan persalinannya ( Manuaba, 2010)

2) Nyeri

Data Pendukung

- a. Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng – kenceng.
- b. Perut tegang pada saat kontraksi (Manuaba, 2010).
- c. His pada fase aktif minimal 3 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih ( Depkes RI, 2008 ).

3. Kebutuhan :

- Berikan asuhan sayang ibu
- Ajarkan tekhnik relaksasi

## 3. Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

-

## 4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

-



## 5. Intervensi

### Kala I

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama,

Fase Laten : - Primi : 6 jam (1 cm / 2 jam)

- Multi : 4 jam (1 cm / 1 jam)

Fase Aktif : - Primi : 6-7 jam (1 cm / 1 jam)

- Multi : 3-4 jam (1 cm / ½ jam)

Diharapkan melewati kala I dan memasuki kala II (pembukaan lengkap).

Kriteria hasil :

- Keadaan umum ibu baik
- Ada tanda dan gejala kala II
- His semakin adekuat dan teratur
- Terjadi penurunan kepala janin
- Pembukaan 10 cm, effasement 100%

Intervensi :

1. Nilai kemajuan persalinan dengan partograf.

Rasional : mengetahui keadaan ibu dan janin serta kemajuan persalinaan.

2. Sarankan kepada Ibu untuk didampingi oleh orang yang dekat dengan ibu, bisa suami atau orang tua dari ibu .

Rasional : pendamping persalinan dapat memberikan motivasi untuk ibu menghadapi persalinannya

3. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya.

Rasional : ibu dan keluarga memahami keadaan dan janinnya.

4. Anjurkan suami untuk mengisi lembar inform consent.

Rasional : bukti persetujuan antara klien dengan bidan

5. Berikan asuhan sayang ibu.

Rasional : ibu merasa nyaman dan lebih rileks dalam menghadapi persalinannya

6. Persiapan peralatan persalinan bahan dan obat persalinan

Rasional : memperlancar proses persalinan.

7. Persiapan rujukan apabila terjadi kegawat daruratan

Rasional : kegawatdaruratan yang terlambat ditangani akan dapat membahayakan nyawa ibu dan janin

## **Kala II**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1 jam pada multi gravida dan 2 jam pada primi gravida diharapkan bayi lahir spontan dan menangis spontan.

Kriteria hasil :

- Ibu dapat meneran
- Bayi lahir spontan
- Tangis bayi kuat

Intervensi :

- 1) Lihat tanda dan gejala kala II.
- 2) Pastikan kelengkapan alat dan mematahkan ampul oksitosin serta memasukkan spuit ke dalam partus set.

- 3) Pakai APD
- 4) Pastikan perhiasan sudah dilepas dan mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir.
- 5) Pakai sarung tangan steril yang kanan.
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam spuit dan meletakkan kedalam partus set.
- 7) Lakukan vulva hygiene.
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan pembukaan lengkap (10 cm).
- 9) Lakukan dekontaminasi sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5%, lepaskan dengan cara terbalik dan rendam selama 10 menit kemudian cuci.
- 10) Periksa DJJ (normal berkisar antara 120x/menit sampai 160x/menit)
- 11) Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik serta meminta ibu untuk meneran saat ada kontraksi.
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu meneran.
- 13) Lakukan pimpinan meneran saat ada kontraksi dan istirahat saat tidak ada kontraksi.
- 14) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu.
- 15) Letakkan kain yang dilipat 1/3 bagian di bawah perut ibu.
- 16) Buka partus set dan memastikan kembali kelengkapan alat.
- 17) Pakai sarung tangan steril.
- 18) Tolong kelahiran bayi.

- 19) Lindungi perinium dengan tangan kanan saat tampak kepala bayi membuka vulva 5-6 cm dan tangan kiri menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi maksimal.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
- 21) Tunggu kepala putar paksi luar.
- 22) Pegang kepala bayi secara biparietal lalu arahkan kepala bayi kebawah untuk melahirkan bahu depan lalu arahkan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Sangga kepala bayi dengan pindahkan tangan kanan kearah bahu belakang bayi, memegang lengan dan siku sebelah atas dengan ibu jari diatas dada bayi.
- 24) Telusuri tubuh bayi sampai memegang tungkai dan kaki bayi.
- 25) Nilai segera bayi baru lahir.
- 26) Keringkan tubuh bayi, bungkus kepala dan badan bayi kecuali tali pusat.
- 27) Letakkan kain bersih diatas perut ibu dan memeriksa uterus apa ada bayi lagi (kedua) didalam uterus.

### **Kala III**

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama < 30 menit diharapkan plasenta lahir lengkap secara spontan.

Kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap secara spontan, tidak terjadi perdarahan dan kontraksi uterus baik.

Intervensi :

- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Suntik oksitosin 10 UI IM 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- 30) Jepit tali pusat dengan klem 3 cm dari pusat bayi dan klem kedua 2 cm dari klem yang pertama.
- 31) Gunting tali pusat diantara 2 klem dengan cara melindungi perut bayi, kemudian ikat tali pusat.
- 32) Ganti handuk yang basah dengan handuk yang kering pada bayi lalu memakaikannya topi.
- 33) Berikan bayi kepada ibu dan menganjurkan ibu untuk memeluk serta menyusui bayinya
- 34) Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
- 35) Letakkan tangan kiri diatas perut ibu ditepi symphysis untuk mendeteksi dan tangan kanan memegang tali pusat.
- 36) Lakukan penegangan tali pusat, tangan kanan menegangkan tali pusat dan tangan kiri melakukan dorso kranial.
- 37) Keluarkan plasenta secara perlahan-lahan.
- 38) Saat plasenta sudah muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar searah jarum jam perlahan-lahan sehingga selaput plasenta terpilin. Kemudian tempatkan plasenta pada tempatnya.
- 39) Lakukan masase uterus selama 15 detik atau sampai uterus berkontraksi.

- 40) Nilai perdarahan (mengukur darah yang keluar) dan memeriksa kedua sisi plasenta kemudian masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat plasenta lainnya yang telah disediakan.

#### **Kala IV**

Tujuan : Setelah diberikan asuhan kebidanan selama 2 jam post partum, diharapkan tidak ada komplikasi.

Kriteria hasil :

- TTV normal
- TFU normal
- UC baik
- Kandung kemih kosong
- Perdarahan normal.

Intervensi :

- 41) Lakukan evaluasi laserasi pada vagina dan perineum serta melakukan heating jika terdapat robekan.
- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik (keras) dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Biarkan bayi tetap berada diatas perut ibu.
- 44) Timbang berat badan bayi, memberikan salep mata pada mata kanan dan kiri bayi, menyuntik vit k pada bayi.
- 45) Berikan imunisasi hepatitis B.
- 46) Lakukan observasi pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan.
- 47) Ajarkan ibu masase uterus dan menilai kontraksi.

- 48) Lakukan observasi perdarahan.
- 49) Lakukan observasi setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua post partum.
- 50) Periksa pernafasan dan temperatur setiap jam selama 2 jam post partum.
- 51) Tempatkan semua peralatan kedalam larutan clorin 0,5% rendam selama 10 menit, kemudian cuci dengan sabun dan air mengalir lalu bilas.
- 52) Buang bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
- 53) Bersihkan tubuh ibu dengan air DTT, dan membantu ibu memakai baju.
- 54) Bantu ibu dalam memberikan ASI pada bayinya.
- 55) Lakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan clorin 0,5%.
- 56) Letakkan sarung tangan kotor kedalam larutan clorin 0,5% dan melepaskannya dalam keadaan terbalik kemudian rendam selama 10 menit.
- 57) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Lengkapi partograf.

### **2.3.3. Nifas**

#### **1. Pengkajian**

##### **A. Subyektif**

keluhan Utama :

Nyeri setelah lahir (after pain), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid

( Varney, 2008 )

## B. Obyektif

### 1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Keadaan emosional : Kooperatif
- d. Tanda-tanda vital
  - a) Tekanan darah : (pada keadaan normal 110/70-130/90 mmHg)
  - b) Nadi : (ukuran normal berkisar antara 60 sampai 80x/menit)
  - c) Pernafasan : (ukuran normal berkisar antara 16 sampai 20x/menit)
  - d) Suhu : (ukuran normal berkisar antara 36,5 C sampai 37,5 C)

### 2. Pemeriksaan fisik

- a. Mammae : Membesar, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, bersih, colostrum sudah keluar, (Modul 2 Dep.Kes RI, 2002).
- b. Abdomen : tidak ada bekas operasi / tidak.
- c. TFU :
  - Plasenta Lahir : Setinggi Pusat
  - 7 Hari : Pertengahan antara Pusat dan Sympisis
  - 14 Hari : tidak teraba
  - 6 Minggu : Normal, (Ambarwati, 2008)
- d. Kontraksi Uterus : Dalam pengawasan ini hendaknya diperhatikan apakah uterus bundar dan keras yang menandakan kontraksi uterus baik.
- e. Kandung Kemih : Kosong



- f. Genetalia : Tidak bengkak, tidak ada varises, luka perineum ( derajat lukanya, kondisi luka ), lochea rubra.

## 2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnose : PAPIAH post partum normal (6-8 jam, 6 hari, 2-3 Minggu, 4-6 Minggu)
- b. Masalah : Nyeri setelah lahir (after pain), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, (Varney, 2007).
- c. Kebutuhan :
- Nutrisi
  - Mobilisasi
  - Istirahat
  - Personal hygiene

## 3. Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

-

## 4. Identifikasi Kebutuhan Segera

-

## 5. Intervensi

**Tujuan** : diharapkan setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu dapat memahami apa yang telah dijelaskan oleh bidan.

**Kriteria Hasil** : ibu mampu mengulang kembali penjelasan bidan.

**1) 6-8 jam post partum**

- a. Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Deteksi dan rawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c. Ajarkan masase pada ibu dan keluarga untuk mencegah perdarahan karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal pada bayi.
- e. Lakukan hubungan antara ibu dan bayi.
- f. Jaga bayi tetap sehat dengan mencegah terjadinya hipotermia.

**2) 6 hari post partum**

- a. Pastikan involusi uteri berjalan normal.
- b. Nilai adanya tanda bahaya masa nifas.
- c. Pastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d. Pastikan ibu menyusui bayinya dengan baik.
- e. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

**3) 2-3 minggu post partum**

- a. Pastikan involusi uteri berjalan normal.
- b. Nilai adanya tanda bahaya masa nifas.
- c. Pastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d. Pastikan ibu menyusui bayinya dengan baik.

- e. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

**4) 4-6 minggu post partum**

- a. Tanyakan pada ibu tentang penyakit-penyakit yang ibu dan bayi alami.
- b. Berikan konseling KB secara dini.
- c. Berikan konseling tentang tanda bahaya bayi baru lahir.
- d. Berikan konseling tentang ASI eksklusif.
- e. Berikan konseling tentang hubungan seksual pasca persalinan,  
(Ambarwati, 2008).