

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Teori Khamilan, Persalinan dan Nifas**

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

###### **1) Definisi**

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum (Varney, 2008 : 492).

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 : 75).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Sarwono, 2009: 213)

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

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

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini pertama kali diperkenalkan oleh **Braxton Hicks** pada tahun

1872 sehingga disebut dengan kontraksi **Braxton Hicks**. Kontraksi ini muncul tiba-tiba dan sporadic, intensitasnya bervariasi antara 5 – 25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah reseptor oksitosin dan *gap junction* diantara sel – sel miometrium. Pada saat ini kontraksi akan terjadi setiap 10 sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan kontraksi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu (Sarwono, 2009: 176).

## (2) Serviks

Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis ( berbatasan / menembus dinding dalam vagina ) dan pars supravaginalis. Terdiri dari 3 komponen utama : otot polos, jalinan jaringan ikat ( kolagen dan glikosamin ), dan elastin. Bagian luar di dalam rongga vagina yaitu *portio cervicis uteri* ( dinding ), dengan lubang *ostium uteri externum* ( luar, arah vagina ) dilapisi epitel *skvamokolumnar mukosa serviks*, dan *ostium uteri internum* ( dalam, arah cavum ). Sebelum melahirkan ( nullipara / primigravida ), lubang *ostium externum* berupa alat kecil, setelah pernah / riwayat melahirkan ( primipara / multigravida ), bentuknya berupa garis melintang. Posisi serviks mengarah ke kaudal-posterior, setinggi *spina ischiadica*. Kelenjar mukosa serviks menghasilkan lender getah serviks yang mengandung glikoprotein kaya karbohidrat ( musin ) dan larutan berbagai garam, peptide dan air. Ketebalan mukosa dan viskositas lender serviks dipengaruhi oleh siklus haid ( Asrinah : 2010 : 54 ).

### (3) Ovarium

Organ endokrin berbentuk oval, terletak di dalam rongga peritoneum, sepasang kiri kanan. Ovarium dilapisi mesovarium, sebagai jaringan jaringan ikat dan jalan pembuluh darah dan saraf, terdiri dari korteks dan medulla. Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum ( dari sel epitel germinal primordial di lapisan terluar epitel ovarium pada korteks ), ovulasi ( pengeluaran ovum ), sintesis dan sekresi hormone-hormon steroid ( estrogen oleh teka interna folikel, progesterone oleh korpus luteum pasca ovulasi ).

Ovarium berhubungan dengan pars *infundibulum* tuba falopii melalui perlekatan fimbriae. Fimbriae menangkap ovum yang dilepaskan pada saat ovulasi. Ovarium terfiksasi oleh *ligamentum ovarii proprium*, ligamentum infundibulopelvicum dan jaringan ikat mesovarium. Vaskularisasi dari cabang aorta abdominalis inferior terhadap arteri renalis.

Uterus tumbuh membesar primer, maupun sekunder, akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterine. Estrogen menyebabkan adanya hiperplasi jaringan, sedangkan progesterone berperan untuk elastisitas kelenturan uterus. Taksiran kasar perbesaran uterus pada perabaan Stinggi fundus adalah :

- a. Tidak hamil / normal ; sebesar telur ayam (  $\pm 30$  g )
- b. Kehamilan 8 minggu : telur bebek
- c. Kehamilan 12 minggu : telur angsa
- d. Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis – pusat
- e. Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat

f. Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat – xypoid

g. Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat – xypoid

h. 36 – 42 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xypoid ( Asrinah : 2010 : 56 ).

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 (Abdominal Wall)

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). Paru

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

kapasitas residu fungsional serta volume residu udara mengalami penurunan ( Varney Midwifery edisi 4 vol.1 : 2007 : 500 ).

#### (6) Kulit

Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu:

Muka: disebut masker kehamilan (chloasma gravidarum).

Payudara: puting susu dan areola payudara.

Perut: linea nigra striae

Vulva.

#### (7) Payudara (Mammae)

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

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

### **3) Perubahan dan Adaptasi Psikologis dalam Masa Kehamilan Pada TMIII.**

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

Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. Alternatif posisi dalam berhubungan seksual dan metode alternative untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau dapat menimbulkan perasaan bersalah jika wanita merasa tidak nyaman dengan cara- cara tersebut. Berbagi perasaan secara jujur dengan pasangan dan konsultasi menjadi sangat penting (Varney, 2008 : 504).

#### **4) Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan**

##### **(1) Status gizi**

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang cukup sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar bisa memenuhi kebutuhan atau nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya, sekaligus bagi persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman. Selama proses kehamilan, bayi sangat membutuhkan zat-zat penting yang hanya dapat dipenuhi dari ibu. Pemenuhan gizi seimbang selama hamil akan meningkatkan kesehatan bayi dan ibu, terutama dalam menghadapi masa nifas sebagai modal awal untuk menyusui (Asrinah, 2010 : 87).

##### **(2) Gaya hidup**

Selain pola makan, yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang, ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang perempuan hamil, misalnya kebiasaan begadang, berpergian jauh dengan kendaraan bermotor dan lain-lain.

a. Substance abuse

Beberapa jenis obat-obatan bisa menghambat terjadinya kehamilan atau membahayakan bayi dalam kandungan. Jika ibu minum obat secara teratur, misalnya untuk mengatasi epilepsy atau diabetes, mintalah nasihat dokter saat memutuskan untuk hamil. Aspirin dan sulfanilamide cukup aman pada awal kehamilan, namun banyak yang belum diketahui mengenai efek jangka panjang pada janin.

b. Perokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Pada ibu hamil dengan perokok berat kita harus waspada akan resiko keguguran, kelahiran premature, BBLR, bahkan kematian janin ( Asrinah,2010:88 ).

(3) Faktor psikologis

a. Stresor internal

Meliputi faktor-faktor pemicu stress ibu hamil yang berasal dari ibu sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat mempengaruhi perkembangan bayi, yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir. Anak akan tumbuh dengan kepribadian yang kurang baik, tergantung pada kondisi stress yang dialami oleh ibunya.

b. Stresor eksternal

Pemicu stress yang berasal dari luar bentuknya sangat bervariasi. Misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan dan masih banyak kasus lain.

c. Dukungan keluarga

Pada setiap tahap usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Ibu harus melakukan adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi, di mana sumber stress terbesar terjadi karena sedang melakukan adaptasi terhadap kondisi tertentu. Dalam menjalani proses ini, ibu hamil sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga, dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

d. Substance abuse

Kekerasan yang dialami oleh ibu hamil di masa kecil akan sangat membekas dan sangat mempengaruhi kepribadiannya. Ini perlu diperhatikan karena pada klien yang mengalami riwayat ini, tenaga kesehatan harus lebih maksimal dalam menempatkan diri sebagai teman atau pendamping yang bisa dijadikan tempat bersandar bagi klien dalam masalah kesehatan, Klien dengan riwayat ini biasanya tumbuh dengan kepribadian yang tertutup.

e. Partner abuse

Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap perempuan adalah perempuan yang telah bersuami. Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai kekerasan yang terjadi akan membahayakan ibu dan bayinya. Efek psikologis yang muncul adalah gangguan rasa nyaman ibu. Sewaktu-waktu ibu akan mengalami perasaan

terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin ( Asrinah, 2010: 89 ).

(4) Faktor lingkungan, social, budaya, ekonomi.

a. Kebiasaan adat istiadat

Ada beberapa kebiasaan adat istiadat yang merugikan kesehatan ibu hamil. Tenaga kesehatan haru mampu menyikapi hal ini secara bijaksana, jangan sampai menyinggung kearifan local yang sudah berlaku di daerah tersebut. Penyampaian mengenai pengaruh adat bisa melalui berbagai cara, misalnya melalui media massa, pendekatan tokoh masyarakat dan penyuluhan yang menggunakan media efektif. Namun, tenaga kesehatan juga tidak boleh mengesampingkan adanya kebiasaan yang sebenarnya menguntungkan bagi kesehatan.

b. Fasilitas kesehatan

Adanya fasilitas kesehatan yang memadai akan sangat menentukan kualitas pelayanan kepada ibu hamil. Deteksi dini terhadap kemungkinan adanya penyulit akan lebih cepat diambil. Fasilitas kesehatan sangat menentukan atau berpengaruh terhadap upaya penurunan angka kematian ibu ( AKI ).

c. Ekonomi

Tingkat social ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat social

ekonomi yang baik, otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi juga akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas. Selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir. Ibu akan lebih fokus untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya sebagai seorang ibu. Sementara pada ibu hamil dengan kondisi ekonomi yang lemah, ia akan mendapatkan banyak kesulitan, terutama mengenai pemenuhan kebutuhan primer (Asrinah, 2010 : 90).

#### **5) Kebutuhan fisik ibu hamil trimester I, II, III**

##### **(1) Oksigen**

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan,  $CO_2$  menurun dan  $O_2$  meningkat,  $O_2$  meningkat, akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan akan menyebabkan hiperventilasi dimana keadaan  $CO_2$  menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

##### **(2) Nutrisi**

###### **a. Kalori**

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

###### **b. Protein**

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

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau ostomalasia.

d. Zat besi

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

e. Asam folat

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

f. Air

Air berfungsi untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi

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

### (3) Personal hygiene ( Kebersihan pribadi )

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia / lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme, sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal doueche*.

### (4) Pakaian

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil :

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara,
- d. Memakai sepatu dengan hak rendah.
- e. Pakaian dalam kedaan selalu bersih.

### (5) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut kosong dapat merangsang gerak peristaltic usus. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan saat ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Asrinah, 2010 : 96).

#### (6) Seksual

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

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur.
- b. Perdarahan per vaginam.

- c. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan.
- d. Bilaketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin interi uteri.

(7) Mobilisasi, bodi mekanik

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

(8) Exercise / senam hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak member I manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu member dorongn serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancer dan mudah ( Asrinah, 2010 : 98 ).

(9) Istirahat / tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin

dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

#### (10) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid ( TT ) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus lebih dahulu ditentukan status kekebalan/ imunisasinya. Ibu hamil yang belum dapat imunisasi statusnya T0. Jika telah mendapatkan dua dosis dengan interval minimal 4 minggu ( atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali ) statusnya T2. Bila mendapat dosis TT yang ke – 3 ( interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2 ), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3 ) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat ( interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4). Selama kehamilan, bila ibu berstatus T0, hendaknya ia mendapatkan minimal 2 dosis ( TT1 dan TT2 dengan interval 2 minggu, dan bila memungkinkan, untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapat suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3, dengan interval 6 bulan ( bukan 4 minggu / 1 bulan ). Bagi ibu hamil dengan status T2, bisa diberikan satu kali suntikan bila interval suntikan

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

(11) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut

- a. Biaya : Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin ( tabulin ), atau menabung di bank.
- b. Penentuan tempat serta penolong persalinan
- c. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.
- d. Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.

- e. Surat-surat fasilitas kesehatan ( misalnya ASKES, jminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain- lain ).
- f. Pembagian peran ketika ibu berada di RS ( ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama ).

(Asrinah, 2010 : 107)

(12) Ketidaknyaman dan cara mengatasinya

- a. Sering buang air kecil ( trimester I dan III )

Cara mengatasinya:

1. Penjelasan mengenai sebab terjadinya
2. Perbanyak minum saat siang hari
3. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia.
4. Batasi minum kopi, teh, soda

- b. Napas sesak ( trimester II dan III )

Cara mengatasinya:

1. Jelaskan penyebab fisiologinya.
2. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi.
3. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.

- c. Sakit punggung atas dan bawah ( trimester II dan III )

Cara mengatasinya:

1. Gunakan posisi tubuh yang baik.
2. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

d. Keputihan ( terjadi pada trimester I, II, III )

Cara mengatasinya:

1. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari
2. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap.

( Asrinah, 2010 : 111 )

(13) Kunjungan ulang

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

(14) Tanda bahaya kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan atau keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi

dan adanya penyakit penyerta sebaiknya juga dikenali sejak dini sehingga bisa dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan berat, baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya (Asrinah, 2010 : 114 ).

### **2.1.2 Konsep Dasar Teori Persalinan**

#### **1) Definisi**

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: 164).

Persalinan adalah proses di mana 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: 39).

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, 2008 : 672).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu (Desy Kurniawati: 2009: IV.1).

Persalinan adalah fungsi seorang wanita, dengan fungsi ini produk konsepsi (jnin, air ketuban, plasenta, dan selaput ketuban) dilepas dan dikeluarkan dari uterus melalui vagina ke dunia luar (Harry Oxorn, 2010: 103)

## **2) Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan**

### **1. Lightening**

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

### **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 : 672 )

### 3) Tanda-tanda Inpartu

1. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/vaginanya
3. Perineum menonjol
4. Vulva vagina dan sfingter ani membuka
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

(APN, 2008 : 79)

### 4) Tanda Persalinan

1. Kekuatan His makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah)

### 3. Dapat disertai ketuban pecah

Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks) (Manuaba, 2010: 169).

## 5) 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 : 678 ).

## (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 : 678 ).

## 6) Komponen Janin

### 1. Letak

Adalah hubungan antara sumbu panjang janin sumbu panjang ibu. Ada tiga 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 membung ( 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 kolumna 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 Vol. 2, 2008 : 673 ).

## 6) 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 ).

#### **7) Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi**

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 : 7 ).

##### **(1) 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 :

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

12. Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
13. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
14. Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir.
15. Siapkan rencana rujukan ( bila perlu )

(APN, 2008 : 14 Membuat Keputusan Klinik)

#### (2) 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.

Pencegahan infeksi 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 : 17 ).

#### (3) 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 : 34 )

#### (4) 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 obstetridan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A ( Alat ) :Bawa perlengkapan dan bahan – bahan untuk asuhanpersalinan, 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 kefasilitasrujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan atau bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.

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

O ( Obat ) :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 membeli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

(APN, 2008 : 35 )

## **8) Tahap - Tahap 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 :**

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

**Fase aktif pada kala I persalinan :**

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

(APN, 2008 : 40 )

**2. Kala II Persalinan**

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

1. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakn adanya peningkatan tekanan pada rektum dan / atau vaginanya.
3. Perineum menonjol.
4. Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

(APN,2008: 79 )

### **Menolong Kelahiran Bayi**

#### a) Posisi Ibu Saat Melahirkan

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

(APN, 2008 : 87 )

#### b) Pencegahan Laserasi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan persat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laerasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5 – 6 cm tengah membuka vulva ( *crowning* )karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan. Episiotomi rutin tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan:

1. Meningkatnya jumlah darah yang hilang dan risiko hematoma

2. Kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomi rutin.
3. Meningkatnya nyeri pascapersalinan di daerah perineum.
4. Meningkatnya risiko infeksi (terutama jika prosedur PI diabaikan).

c) Melahirkan Kepala

Saat kepala bayi membuka vulva ( 5 – 6 cm ), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3nya dibawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih diatas perut ibu ( untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir ). Lindungi perineum dengan satu tangan ( dibawah kain bersih dan kering ), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan empat jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.

Periksa tali pusat pada leher, jika ada lilitan cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian poyong tali pusat diantara 2 klem tersebut(APN, 2008 : 91 ).

d) Melahirkan bahu

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

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

e) Melahirkan Seluruh Tubuh Bayi

1. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ( posterior ) ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut.
2. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum.
3. Tangan bawah ( posterior ) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir.
4. Secara simultan, tangan atas ( anterior ) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior.
5. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki.
6. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya.

7. Letakkan bayi di atas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
8. Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik

(APN, 2008 : 92 )

### **3. Kala III Persalinan**

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

#### **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 :**

1. 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.

## 2. Penegangan Tali Pusat Terkendali

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

Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar placenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai ( mengikuti poros jalan lahir ). Pada saat placenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tanagn lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang

plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan – lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

(APN, 2008 : 101 )

3. Rangsangan Taktil ( Masase ) Fundus Uteri
4. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
5. 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.
6. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.
7. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
8. 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.
9. Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.

(APN, 2008 : 106 )

#### **4. Kala IV Persalinan**

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

1. Lakukan rangsangan taktil ( masase ) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
2. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
3. Memperkirakan kehilangan darah.

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

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

Derajat satu	Mukosa Vagina, Komisura posterior, Kulit Perineum (takperlu 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 : 115 )

#### 5. Evaluasi keadaan ibu

- a) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- b) Masase uterus untuk membuat kontraksi uetrus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- c) Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai denganapa yang diperlukan.

- d) Nilai perdarahan. Periksa perineum setiap 15 menit pada 1 jam pertama kala empat dan 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- e) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus mejadi lembek.
- f) Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberikan ASI.
- g) Lengkapi asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
- h) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

(APN, 2008 : 116 )

### **2.1.3 Konsep Dasar Teori Nifas**

#### **1) Definisi**

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 pascapartum ini berlangsung sekitar enam minggu. (Helen Varney, 2008 : 958 )

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Sarwono, 2009: 356).

## **2) 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 genitalia 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: 3).

## **3) 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.

**(1) Kunjungan I (6 – 8 jam setelah persalinan)**

- (1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- (2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut.
- (3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- (4) Pemberian ASI awal.
- (5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- (6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

**(2) Kunjungan II 6 hari setelah persalinan**

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

**(3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)**

Sama seperti diatas ( 6 hari setelah persalinan)

#### **(4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)**

1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami.
2. Memberikan konseling untuk KB secara dini

#### **4) Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

##### **(1) Perubahan Sistem Reproduksi**

###### **1. Involusi**

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

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 *Autolisis*.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

a. Autolysis

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

b. Atrofi Jaringan

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

c. Efek Oksitosin ( kontraksi )

Intensitas 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.

## 2. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa / alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada 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:**

### a. 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.

### b. Lochea Sanguinolenta

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

### c. 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.

d. 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 postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta*. ( Ambarwati, 2010 : 78 )

3. Serviks

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 – 3jari, pada minggu keenam postpartum serviks menutup.

#### 4. Vulva dan Vagina

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

#### 5. Perineum

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

( Ambarwati, 2010 : 79 )

### **(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, penegluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan ( dehidrasi ), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam

waktu 2 – 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.

### **(3) Perubahan Tanda – Tanda Vital**

#### **1. 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.

#### **2. Nadi**

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

#### **3. Tekanan Darah**

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

#### 4. 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 : 84).

### 5) Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

#### (1) Gizi

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

##### 1. 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).

##### 2. 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).

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

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

## **(2) Ambulasi Dini**

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

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

## **(3) Eliminasi**

- 1) Miksi

2) Disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam.

Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan :

- a. Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien,
- b. Mengompres air hangat di atas simpisis.

3) 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 : 105 ).

#### **(4) Kebersihan Diri**

1. 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.

2. Perawatan Payudara

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BHyang menyokong payudara.
- b. Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putingsusu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- c. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkandan dominumkandengan menggunakan sendok.
- d. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

#### **(5) Istirahat**

Anjurkan ibu supaya istirahat cup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tanggasecara 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 snediri (Ambarwati, 2010 : 107).

#### **(6) Seksual**

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilkukan 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 : 108 ).

#### **(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 pertamakembali untuk mencegah terjadinya kehamilan. (Ambarwati, 2010 : 114 ).

## 2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan

Terdapat 7 langkah manajemen asuhan kebidanan yang telah diterapkan menurut Varney, antara lain :

1. Langkah pertama adalah pengumpulan dan analisa data dasar

Pengumpulan dan analisa data dasar (pengkajian) merupakan langkah awal dari manajemen kebidanan. Pengumpulan data dasar untuk menilai kondisi klien. Yang termasuk data dasar : riwayat kesehatan klien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan atas indikasi tertentu, catatan riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang serta hasil pemeriksaan laboratorium.

Semua data harus memberikan informasi yang saling berhubungan (relevan) dan menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya, data-data yang perlu dikumpulkan dalam kasus abortus inkomplit adalah amenore, sakit perut, perdarahan yang bisa sedikit atau banyak, dan biasanya berupa stolsel (darah beku), sudah ada keluar fetus atau jaringan, pada abortus yang sudah lama terjadi atau pada abortus provokatus yang dilakukan oleh orang yang tidak ahli sering terjadi infeksi. Pada pemeriksaan dalam (VT) untuk abortus yang baru terjadi didapati serviks terbuka, kadang-kadang dapat diraba sisa-sisa jaringan dalam kanalis servikalis atau cavum uteri, serta yang berukuran lebih dari biasanya.

2. Langkah kedua adalah identifikasi diagnosa/masalah aktual

Menginterpretasikan data secara fisik kedalam rumusan diagnosa dan masalah kebidanan. Kata masalah dan diagnosa digunakan kedua-duanya dan mempunyai pengertian yang berbeda-beda. Masalah tidak dapat

didefinisikan sebagai diagnosa, tetapi memerlukan suatu pengembangan rencana keperawatan secara menyeluruh pada klien. Masalah lebih sering berhubungan dengan bagaimana klien menguraikan keadaan yang dirasakan, sedangkan diagnosa lebih sering didefinisikan oleh bidan yang difokuskan pada apa yang dialami oleh klien.

3. Langkah ketiga adalah identifikasi diagnosa/masalah potensial

Dari kumpulan masalah dan diagnosa, identifikasi faktor-faktor potensial yang memerlukan antisipasi segera, tindakan pencegahan jika memungkinkan atau waspada sambil menunggu mempersiapkan pelayanan segala sesuatu yang mungkin terjadi.

4. Langkah keempat adalah evaluasi perlunya tindakan segera (emergency dan konsultasi).

Proses manajemen kebidanan dilakukan secara terus menerus selama klien dalam perawatan bidan. Proses terus menerus ini menghasilkan data baru segera dinilai. Beberapa data menunjukkan adanya suatu situasi yang menuntut tindakan segera selagi menunggu instruksi dari dokter seperti prolapsus tali pusat. Situasi lain yang bukan merupakan keadaan darurat tetapi boleh memerlukan konsultasi dokter atau manajemen kolaborasi.

5. Langkah kelima adalah perencanaan asuhan kebidanan

Dikembangkan berdasarkan intervensi saat sekarang dan antisipasi diagnosa dan problem serta meliputi data-data tambahan setelah data dasar. Rencana tindakan komprehensif bukan hanya meliputi kondisi klien serta hubungannya dengan masalah yang dialami klien, akan tetapi meliputi antisipasi dengan bimbingan terhadap klien serta konseling, bila perlu

mengenai ekonomi, agama, budaya, ataupun masalah psikologis. Rencana tindakan harus disetujui klien. Oleh sebab itu harus didiskusikan dengan klien, semua tindakan yang diambil berdasarkan rasional yang relevan dan diakui kebenarannya serta situasi dan kondisi tindakan harus dianalisa secara teoritis.

6. Langkah keenam pelaksanaan asuhan kebidanan

Melaksanakan rencana tindakan secara efisien dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan seluruhnya oleh bidan ataupun bekerjasama dengan tim kesehatan lain. Jika seorang bidan tidak melakukan tindakan sendiri, maka ia menerima tanggung jawab mengurus pelaksanaannya. Dalam situasi dimana bidan melakukan tindakan kolaborasi dengan seorang dokter, dan masih tetap terlibat didalam penatalaksanaan perawatan secara menyeluruh bagi klien.

7. Langkah ketujuh evaluasi hasil tindakan asuhan kebidanan

Mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien. Pada tahap evaluasi ini bidan harus melakukan pengamatan dan observasi terhadap masalah yang dihadapi oleh klien, apakah masalah diatasi seluruhnya, sebagian telah dipecahkan atau mungkin timbul masalah baru. Selain terhadap permasalahan klien, bidan juga harus mengenal apakah rencana yang telah ditetapkan dapat dilakukan dengan baik, apakah perlu disusun kembali rencana intervensi yang lain sehingga masalah dapat dipecahkan dengan cepat.

### **2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan**

### **2.3.1 Kehamilan**

#### **1. Pengkajian**

##### 1) Data Subyektif

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

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

##### c. Riwayat kebidanan

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

Kunjungan Ante-Natal Care (ANC) minimal 1 kali pada trimester I( usia kehamilan 0-13 minggu), satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu), dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu) (Asrinah, 2010 : 126 ).

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

###### 2. Riwayat kehamilan sekarang

a. Keluhan

- (1) Keluhan pada TM I : mual dan muntah, kelelahan, keputihan, mengidam, sering buang air kecil.
- (2) Keluhan pada TM II : pusing, sembelit, hemoroid, kram pada kaki, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varises pada kaki, panas pada perut.
- (3) Keluhan pada TM III : nafas sesak, sering buang air kecil, hemoroid, keputihan, sembelit, nyeri ligamentum, perut kembung, sakit punggung atas dan bawah, varices pada kaki ( Asrinah, 2010 : 111 ).

b. Pergerakan anak pertama kali

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

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

d. Imunisasi yang sudah di dapat

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

kali) statusnya T2. Bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2), statusnya T3. Status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapat bila 5 dosis sudah didapat ( interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4 ) (Asrinah, 2010 : 103 ).

### 3. Pola Kesehatan Fungsional

#### (1) Pola nutrisi dan cairan

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

#### (2) Pola eliminasi

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

#### (3) Pola aktivitas

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

#### (4) Pola istirahat/ tidur

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

#### (5) Pola seksual

Diperbolehkan sampai akhir kehamilan (Kusmiyati, 2009).

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

5. Riwayat kesehatan keluarga

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

6. *Riwayat psiko-sosio-spiritual*

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

*berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima semasa hamil ( Asrinah, 2010 : 72 ).*

## 2 ) Data obyektif

### a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : kooperatif

a. Tanda –tanda vital : Tekanan darah: dibawah 140/90 mmHg (bebaring, duduk, berdiri)

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

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

d. Suhu: 36,5-37,5 °C( Prawiroharjo, 2006 )

e.

## **Antropometri**

1). Berat badan ibu hamil bertambah sekitar 12,5 kg. Selama hamil terjadi kenaikan berat badan  $\pm \frac{1}{2}$  kg per minggu. Perkiraan peningkatan berat badan diantaranya 2,5 kg dalam kehamilan 20 minggu, 8,5 kg dalam 20 minggu kedua ( 0,4 kg/minggu dalam trimester akhir ) ( Asrinah, 2010 : 69 ).

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

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

4). Taksiran persalinan : dihitung menurut aturan Naegele, yakni tujuh hari ditambahkan pada tanggal pertama LNMP ( last normal menstrual periode ) dan kemudian 3 bulan dikurangi dari hasil tanggal tersebut. EDB merupakan taksiran terbaik karena beberapa variable dapat mengacaukan tanggal

kelahiran yang sesungguhnya. Pertama, perhitungan EDB sangat tergantung pada keakuratan wanita mengidentifikasi tanggal hari pertama periode menstruasi normal terakhir yang ia alami. Penambahan tujuh hari pada aturan Naegele merupakan upaya untuk menyeimbangkan beberapa perbedaan antara LNMP dan waktu fertilisasi. Tujuh hari yang tersisa ( hingga total 14 hari dalam siklus 28 hari ) diambil dari periode gestasi selama 9 bulan menurut penanggalan karena 7 bulan menurut penanggalan kalender memiliki 31 hari ( Helen Varney, 2007 : 524 ). Contohnya haid hari pertama tanggal 17 Maret 2010, maka perhitungan perkiraan kelahiran adalah  $17+7=24$ ,  $3+9=12$ , sehingga perkiraan persalinan adalah 24 Desember 2010 ( Asrinah, 2010: 49 ).

#### **Pemeriksaan fisik**

- a. *Wajah* : tampak simetris, wajah tidak tampak pucat, tidak odem, tidak ada cloasma gravidarum
- b. *Dada* : tampak simetris, tidak terdapat suara wheezing -/- atau ronchi
- c. *Mamae* : tampak simetris, tampak hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan.
- d. *Abdomen* : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi.

*Leopold I* :Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoideus. 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* :Pada presentasi kepala, tidak akan mudah digerakkan, terutama jika sudah turun.

*Leopold IV* :Kedua tangan kovergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP.

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

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

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

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

### **Pemeriksaan Laboratorium**

1. Darah :

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

2. Urine

Reduksi : negatif

Albumine : negatif

### **Pemeriksaan lain**

1. USG

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

## **2. Interpretasi data dasar**

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

2. Masalah:

1) Cemas

Data Pendukung :

- a) Klien khawatir / takut akan dirinya dengan kondisi saat ini
- b) Raut muka ibu ketakutan
- c) Menanyakan keadaan persalinannya (Manuaba, 2010).

2) Nyeri

Data Pendukung

- a. Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng-kenceng
- b. Tampak meringis
- c. Perut tegang pada saat kontraksi (Manuaba, 2010).
- d. His pada fase aktif minimal 2 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih (APN, 2008).

3. Kebutuhan : KIE tentang keadaannya saat ini

KIE teknik relaksasi

Berikan Asuhan Sayang Ibu

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

Tidak Ada

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

Tidak Ada

##### **1. Intervensi**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria Hasil :

a. Ibu dapat mengerti dan memahami penjelasan

b. Ibu mampu menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan.

1. Informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga tentang kondisi kesehatan ibu saat ini.

2. *Jelaskan tentang tanda bahaya kehamilan*

R/ deteksi dini adanya gangguan serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.

3. Jelaskan pada ibu persiapan persalinan.

R/ ibu dan keluarga siap dan berpartisipasi aktif mempersiapkan kelahiran bayinya.

4. Ingatkan Ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan.

R/ deteksi dini terhadap gangguan kehamilan dan perkembangan tumbuh kembang janin.

5. Berikan KIE penyebab dan cara mengatasi masalah yang dialami ibu.

### 1. Pigmentasi, akne, kulit berminyak lebih nyata

Karena hormon penstimulasi – melanosite. Tidak dapat dicegah, biasanya menghilang selama masa nifas, karena itu beri pengertian pada wanita dan keluarga

### 2. Spider nevi

Jaringan arteriol dilatasi akibat peningkatan konsentrasi esterogen. Tidak dapat dicegah, yakinkan bahwa kondisi ini secara perlahan menghilang selama akhir masa nifas, tetapi jarang hilang secara keseluruhan.

### 3. Eritema pada telapak tangan

Dapat disebabkan oleh prediposisi genetic atau hiperesterogenisme. Tidak dapat dicegah, yakinkan bahwa kondisi ini akan menghilang setelah 1 minggu melahirkan

### 4. Nyeri ulu hati

Progesteron memperlambat motilitas saluran GI dan pencernaan, mengubah arah peristaltic, merelaksasi sfingter jantung, dan menunda waktu pengosongan lambung, lambung bergeser ke atas dan dikompresi oleh uterus yang membesar.

Cara mengatasinya :

- a) Batasi makanan yang mengandung lemak atau penghasil gas.
- b) Beri susu sedikit – sedikit rasa terbakar reda untuk sementara.
- c) Minum teh panas atau kunyah permen karet.
- d) Rujuk ke dokter bila gejala menetap.

### 5. Konstipasi

Motilitas saluran GI menurun karena pengaruh progesterone, menyebabkan resopsi air meningkat dan tinja menjadi kering. Predisposisi konstipasi adalah penggunaan suplemen besi per oral.

Cara mengatasinya :

- a) Minnum 6 gelas air / hari
- b) Makan makanan berserat
- c) Latihan ringan
- d) Jangan memakai obat pelunak tinja, laktasif, minyak mineral, obatlain atau enema tanpa terlebih dulu berkonsultasi dengan dokter.

#### 6. Hipotensi supine dan bradikardi

Karena saat wanita telentang, uterus gravida menekan vena kava asenden, perfusi ginjal dan uterus – plasenta menurun.

Cara mengatasinya : posisis miring atau setengah duduk dengan lutut sedikit fleksi

#### 7. Haemoroid

Penyebab uterus yang membesar dan menekan vena sehingga menimbulkan bendungan darah di dalam rongga panggul.

Cara mengatasi : Defekasi yang teratur.

### **2.3.2 Persalinan**

#### **1. Pengkajian**

##### 1. Data Subyektif

##### 1). Keluhan Utama

Keluhan utama: Keluhan yang dirasakan oleh klien yaitu munculnya kencing-kencing, keluar lender bercampur darah dari jalan lahir, keluar ketuban akibat pecahnya selaput ketuban (Depkes RI).

2. Data Obyektif :

1) Pemeriksaan Umum

- Keadaan umum baik dan Kesadaran composmentis

(Christina, 1989)

2) Pemeriksaan Fisik

- a. Abdomen : simetris, tidak ada luka bekas operasi, pembesaran sesuai usia kehamilan janin, kandung kemihkosong dan, keadaan janin.
- b. Genetalia :Pemeriksaan dalam: tidak ada nyeri tekan, VT :  $\emptyset$  1 – 10 cm, eff 10- 100%, ket (+/ -) jernih, keruh, bercampur mekonium, berbau ,let-kep denominator UUK kiri depan, H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi.

**2. Interpretasi data dasar**

1. Diagnosa: Hamil ke, primi / multi, tuanya kehamilan, hidup / mati, tunggal / gêmei, letak janin, intrauterine / ekstrauterine, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu dan janin dengan inpartu kala I fase laten / aktif (Sastrawinata, 1983).

2. Masalah :

- a. Cemas

Data Pendukung :

- (a) Klien khawatir / takut akan dirinya dengan kondisi saat ini
- (b) Raut muka ibu ketakutan
- (c) Menanyakan keadaan persalinannya (Manuaba, 2010).

b. Nyeri

Data Pendukung

- (a) Klien mengeluh nyeri, perut terasa kenceng–kenceng
- (b) Tampak meringis
- (c) Perut tegang pada saat kontraksi (Manuaba, 2010).
- (d) His pada fase aktif minimal 2 kontraksi, dengan lama kontraksi 40 detik atau lebih (APN, 2008).

3. Kebutuhan: KIE tentang keadaannya saat ini

KIE teknik relaksasi

Berikan Asuhan Sayang Ibu

**3. Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial**

Tidak ada

**4. Identifikasi akan kebutuhan segera**

Tidak ada

**5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh**

**Kala I**

Tujuan :Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama  $\pm$  12 jam pada primigravida dan  $\pm$  8 jam pada multigravida diharapkan pembukaan lengkap (Asrinah, 2010).

Kriteria Hasil : KU ibu dan janin baik, danya tanda dan gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka), terdapat pembukaan lengkap, erdapat penurunan bagian terendah janin (0/5), His semakin adekuat dan teratur (4-5 kali dalam 10 menit dengan durasi  $\geq 45$  detik)

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin saat ini.

Rasional : Alih informasi antara bidan dengan klien.

2. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan

Rasional : Ibu dan keluarga mengerti tindakan yang dilakukan dan sebagai perlindungan terhadap hukum

3. Lakukan persiapan persalinan, tempat persalinan, pakaian bayi dan ibu.

Rasional : Mempersiapkan segala sesuatu sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses persalinan.

4. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

Rasional : Mempersiapkan peralatan, obat-obatan sebelum kelahiran dapat membantu keefektifan proses persalinan.

5. Beri asuhan sayang ibu

1) Berikan dukungan emosional.

Rasional : Kecemasan dan kegelisahan ibu berkurang

- 2) Bantu pengaturam posisi ibu yang nyaman.

Rasional : Posisi yang dianjurkan yaitu posisi miring karena tidak menekan vena kava ibu

- 3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasional : Makan dan minum sebagai persiapan tenaga meneran ibu

- 4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasional : Kandung kemih yang penuh dapat memperlambat kemajuan kemajuan persalinan

- 5) Lakukan pencegahan infeksi.

Rasional : Terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang (APN, 2008).

6. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi dan CHPB setiap 30 menit.

Rasional : Memantau keadaan umum ibu, janin dan kemajuan persalinan

7. Ajarkan teknik relaksasi pada saat kontraksi

Rasional : Teknik relaksasi memberi rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

8. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

Rasional : Merupakan standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan memudahkan pengambilan keputusan klinik (APN, 2008).

## **Kala II**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan  $\pm$  50 menit pada primi dan  $\pm$  30 menit pada multi diharapkan bayi lahir spontan pervaginam (Manuaba, 2010)

Kriteria : KU ibu dan janin baik, ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, tangis bayi kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan.

1. Kenali tanda dan gejala kala II(Doran, Teknus, 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. Beritahu 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. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Letakan 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 biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan lahir dibawah pubis, dan kemudian gerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. 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.

### **Kala III**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan maksimal 30 menit diharapkan plasenta lahir.

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

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin.
29. Suntikkan 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 ke arah 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. Letakan 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 ke arah 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 ke arah 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. Letakan 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.

#### **Kala IV**

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

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu, tidak terjadi perdarahan, kandung kemih kosong, dan tidak ada 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.

- setiap 2-3 kali pada 15 menit pertama post partum
  - setiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum
  - 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

### **2.3.3 Nifas**

#### **1) Pengkajian**

##### Data Subyektif

1. Keluhan Utama (PQRST) :

Ketidaknyamanan pada masa nifas yaitu pasien merasa mules, sakit dalam jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010).

2. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola nutrisi :

a) Makan dengan diet berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Jika diet dilakukan kurang seimbang ada beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi, dan pantang makan yang justru sangat membantu proses pemulihan fisiknya (Ari, 2009).

b) Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori dan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tambahan dari kebutuhan kalori per harinya. Asupan cairan 3 liter/hari, 2 liter didapat dari air minum dan 1 liter dari cairan yang ada pada kuah sayur, buah dan makanan yang lain (Suherni, 2009).

b. Pola eliminasi

- a) Dalam 6 jam ibu nifas harus sudah bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam.
- b) Urine dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan.
- c) BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diet cair, obat-obat analgesik dan perineum yang sakit (Suherni, 2009 ).

c. Pola istirahat

- a) Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan
- b) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- c) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- d) Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam (Suherni, 2009).

d. Pola aktivitas

Mobilisasi dini bertahap dan melakukan aktifitas seperti biasa sangat membantu, akan tetapi kegiatan yang berlebihan atau terlalu berat dapat menyebabkan perdarahan per vagina (Sulistyawati, 2009).

e. Pola seksual

Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Ada kepercayaan / budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seksual setelah 40 hari atau 6 minggu, oleh karena itu perlu dikompromi antara suami dan istri (Suherni, 2009).

f. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan

a) Mengkonsumsi tablet besi 1 tablet setiap hari selama 40 hari.

b) Mengkonsumsi vitamin A 200.000 IU (Suherni, 2009).

### 3. Riwayat Psikososiospiritual

Adalah masalah yang di alami setelah melahirkan seperti menangis, kelelahan, marah-marah, sensitive, takut bayi mati, bayi menangis terus. Berbagai penyebab telah diteliti termasuk lingkungan kelahirannya yang tidak mendukung, perubahan hormon yang cepat, atau keraguan terhadap peran baru. Ditambah lagi dengan gangguan tidur yang tidak dapat di hindari terutama oleh ibu baru. Tanda-tandanya antara lain sangat emosional, cemas, semangat hilang, khawatir, mudah tersinggung, sedih tanpa sebab, menangis berulang kali, menarik diri, reaksi negatif terhadap bayi dan keluarganya (Sulistyawati, 2009).

### Data Obyektif

#### 1. Pemeriksaan Umum :

##### Tanda –tanda vital

a. Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg

b. Nadi : 80-100 kali/menit

c. Pernafasan : 16-24 Kali / menit

d. Suhu : 36,5<sup>0</sup>C-37,5<sup>0</sup>C

#### 2. Antropometri

Berat badan turun 7-8 kg, yaitu: 5-6 kg karena lahirnya bayi, placenta dan air ketuban, 2 kg karena diuresis.

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

- a. *Wajah* : simetris, tidak oedem, tidak pucat
- b. *Mata* : simetris, conjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada pembengkakan pada palpebra
- c. *Mamae* : pembesaran payudara simetris, ada tidak pembengkakan pada payudara, putting susu menonjol / mendatar, ada tidak nyeri pada putting / payudara, ASI / kolostrum sudah keluar pada hari pertama, produksi ASI meningkat pada hari ke 3- 4, tidak ada radang atau benjolan abnormal (Suherni, 2009).
- d. *Abdomen* : tinggi fundus uteri, kontraksi uterus keras, konsistensi baik, kandung kemih kosong / penuh, ada / tidak striae (Suherni, 2009).
- e. *Genetalia* : pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), odem, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus. (Suherni, 2009).
- f. *Ekstremitas* : tampak simetris, tidak terdapat varises, terdapat odem atau tidak, reflek patella +/-

### 2) Interpretasi data dasar

- Diagnose : P....., 6 jam/ 6 hari / 2 minggu / 6 minggu fisiologis

- Masalah :nyeri setelah lahir (after pain),nyeri pada jahitan, pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi, hemoroid (Varney, 2007).
- Kebutuhan :early ambulation, teknik relaksasi, kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya (Sulistyawati, 2009).

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

Infeksi nifas, demam nifas, sub involusi, perdarahan nifas primer / sekunder, pengeluaran dari vagina yang berbau busuk, sakit kepala yang terus menerus, pembengkakan di tangan dan wajah, demam dan muntah, rasa sakit saat BAK, kehilangan nafsu makan dalam waktu lama, rasa nyeri pada payudara, merasa sangat sedih / tidak mampu mengasuh bayinya.

### **4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera**

Bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan / dokter dan atau dikonsultasikan / ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lainnya yang sesuai dengan kondisi klien (Saminem, 2010).

### **5) Intervensi**

Post Partum 6 – 8 jam

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konsling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal.

- e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL.
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
- g. Jika petugas kesehatan menolng persalinan maka harus tinggal dengan ibu dan bayinya untuk 2 jam pertama setelah persalinan / sampai ibu dan bayi alam keadan stabil.

### **Post Partum 6 hari dan 2 minggu**

- a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi ( demam, perdarahan).
- c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e. Memberikan konsling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.

### **Post Partum 6 minggu**

- a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dia alami atau bayinya.
- b. Memberikan konsling KB secara dini (Sulistyawati, 2009).