

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep kehamilan, persalinan, nifas**

##### **2.1.1 Teori kehamilan**

###### 1. Definisi kehamilan

Kehamilan adalah masa mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, triwulan ke 3 dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2010).

###### 2. Kehamilan dengan jarak persalinan < 2 tahun

###### 1) Definisi kehamilan resiko tinggi

Kehamilan resiko tinggi adalah keadaan yang dapat memengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2008). Risiko tinggi kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan atau kematian pada ibu dan bayinya (safrudin, 2009). Kelompok faktor risiko pada ibu hamil dibagi menjadi 3 kelompok I, II, III, berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat/ tingkat risikonya. Kelompok I ada potensi gawat obstetric (apgo) adalah jika ditemukan salah satu atau lebih dari 10 faktor risiko ( 7 terlalu dan 3 pernah) kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwapa dai. Selama kehamilan ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang

membahayakan. Tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit/ komplikasi dalam persalinan. (Rochyati, 2011)

2) Faktor predisposisi kehamilan dengan jarak kurang dari 2 tahun

Di masyarakat masih berlaku kebiasaan dimana sebagian besar suami – istri hanya berbincang tentang ukuran keluarga ketika ingin menambah jumlah anak, tetapi tidak detail hingga menyentuh masalah kesiapan istri untuk menerima kehamilan baru ( Rahima, 2003). Dalam kaitan dengan finansial, memang ada pepatah yang mengatakan bahwa banyak anak banyak rezeki ( Cholil, 2007 ). Biasanya menstruasi dimulai kembali antara 2 sampai 4 bulan setelah melahirkan. Akan tetapi jika menyusui, menstruasi mungkin baru kembali setelah bayi anda mulai makan makanan padat, atau bahkan setelahnya. Jika menyusui, waktu yang diperlukan untuk kembalinya ovulasi bergantung pada frekuensi, intensitas, dan lama menyusui ( Cholil, 2007 ).

3) Dampak kehamilan dengan jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Dalam data statistik, jarak kehamilan yang terlalu dekat, membawa kemungkinan resiko bagi ibu dan bayinya cukup tinggi. Sehingga perlu hati-hati dan melakukan persiapan yang baik ( Cholil, 2007 ). Angka kelahiran yang tinggi dengan jarak antar-kelahiran yang pendek, keadaan sosial ekonomi, dan tingkat pendidikan yang rendah yang mengakibatkan kurangnya pengertian ibu dan masyarakat memperberat angka kematian balita ( Eko dkk, 2002 ). Jarak persalinan yang kurang dari 2 tahun dapat menimbulkan berbagai resiko. Resiko yang mungkin terjadi antara lain :

keguguran, anemia, payah jantung, bayi lahir sebelum waktunya ( premature), berat bayi lahir rendah ( BBLR), cacat bawaan, tidak optimalnya tumbuh kembang balita ( BKKBN Jakarta, 2007). Riset membuktikan bahwa kadar persaingan antara kakak dan adik ada hubungannya dengan jarak usia antaranak. Ini mungkin terjadi karena anak-anak yang jarak usianya dekat cenderung bersaing lebih ketat daripada anak-anak yang jarak usianya lebih jauh. Hal ini terjadi karena : anak tertua tau adik bayi akan menuntut perhatian ibu sehingga ia harus menunggu selama anda sibuk dengan adiknya ( Richard, 2006). Jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat meningkatkan terjadinya lesi prakanker yang dihubungkan dengan infeksi virus (Manuaba, 2001). Resiko yang dihadapi pada jarak kehamilan kurang dari 18 bulan adalah lahir mati, prematuritas, kematian janin, bayi dengan berat lahir rendah, dan pertumbuhan jann terhambat. Risiko pada bayi dan balita berupa meningkatnya risiko kematian bayi dan balita serta kurang gizi pada balita terutama sang kakak. Dari sisi kesehatan mental, ibu yang memiliki jarak kehamilan terlalu dekat juga lebih rentan mengalami post partum blues hingga depresi pasca persalinan, karena gangguan tersebut biasanya mulai timbul sejak hari ketiga pasca persalinan dan pada beberapa orang baru pulih setelah 6 bulan pasca persalinan. Khusus ibu yang sebelumnya bersalin secara seksio sesarea, jarak kehamilan kurang dari 18 bulan berisiko 2-3 kali lipat mengalami robek rahim spontan jika mencoba untuk bersalin secara normal pada kehamilan berikutnya (Purnama, 2014)

#### 4) Penanganan dan pencegahan jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

(1) Family planning

Membentuk sebuah keluarga tentu memiliki konsekuensi. Konsekuensi adanya anak dalam sebuah keluarga tentu perlu mempersiapkan perencanaan sejak awal. Salah satunya, dalam hal anak, perlu secara terbuka dibicarakan mengenai jumlah dan waktunya. Berapa jumlah anak yang direncanakan dan apakah akan segera punya anak, atau menunggu waktu yang tepat. Karena pilihan jumlah dan waktu ini memiliki konsekuensi terhadap hal-hal yang lainnya, termasuk kesiapan finansial dan rencana pendidikan (Abdullah, 2007). Islam menganjurkan umatnya untuk berpikir realistis, termasuk dalam merencanakan jumlah anggota keluarga yang diinginkan di dalam keluarganya. Ilmu pengetahuan dan teknologi modern telah menemukan cara yang efektif untuk mengendalikan organ reproduksi manusia dalam mengatur kehamilan yang direncanakannya, dengan menggunakan alat kontrasepsi yang dikenal dengan istilah Keluarga Berencana (KB). Memperhatikan jarak kehamilan sangat penting untuk kesehatan ibu dan bayi. Jarak maksimal yang baik antara masa kehamilan sebaiknya tidak kurang dari 18 bulan hingga tiga tahun, sehingga resiko bayi premature atau berat badan lahir rendah dapat dihindari. Dalam Al-Quran dijelaskan bagaimana menjaga jarak kehamilan dengan cara pemberian ASI hingga usia bayi 2 tahun (Anshor, 2010)

(2) Menggunakan kontrasepsi

Untuk mencegah terjadinya kelahiran dengan jarak kurang dari 2 tahun, dapat dilakukan dengan menggunakan alat kontrasepsi (IUD, implant, pil, dan suntikan), berikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan, lanjutkan selama 2 tahun dengan makanan pendamping ASI, konsultasi pada petugas kesehatan (BKKBN Jakarta, 2007).

(3) Deteksi dini

Kehamilan resiko tinggi dapat dicegah dan diatasi dengan baik bila gejalanya ditemukan sedini mungkin sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan. Jadi semakin dini masalah dideteksi, semakin baik untuk memberikan penanganan kesehatan bagi ibu hamil maupun bayi. Sangat penting bagi setiap ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur yang bermanfaat untuk memantau kesehatan ibu hamil dan janinnya. Bila terdapat permasalahan, dapat diketahui secepatnya dan diatasi sedini mungkin. Dengan perawatan yang baik, 90 – 95 % ibu hamil yang termasuk kehamilan beresiko tinggi dapat melakukan persalinan dengan selamat dan memperoleh anugerah bayi yang sehat. Hidup dengan cara yang sehat ( hindari rokok, alkohol, dan sebagainya) serta makan makanan yang bergizi sesuai kebutuhan anda selama kehamilan (siswosuharjo, 2010)

### 3. Asuhan antenatal (anamnesis, pemeriksaan fisik)

Asuhan antenatal (*antenatal care*) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pengawasan antenatal minimal sebanyak 4 kali, yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III ( Yulaikhah, 2008).

Pada saat kunjungan, pada ibu hamil dilakukan pengkajian. Pengkajian meliputi anamnesis, riwayat psikososial, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium ( Saminem, 2008).

### 4. Kebutuhan dasar ibu hamil

#### 1) Oksigen

Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- (1)Latihan nafas melalui senam hamil.
- (2)Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- (3)Makan tidak terlalu banyak.
- (4)Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain (Romauli, 2011).

#### 2) Nutrisi

Makanan harus disesuaikan dengan keadaan ibu. Bila ibu hamil mempunyai berat badan berlebih, maka makanan pokok dan tepung-tepung dikurangi, dan memperbanyak sayur-sayuran dan buah-buahan segar untuk menghindari sembelit (Romauli, 2011).

### 3) Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi (Romauli, 2011).

### 4) Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria sebagai berikut ini :

- (1)Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- (2)Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- (3)Pakailah bra yang menyokong payudara.
- (4)Memakai sepatu dengan hak rendah.
- (5)Pakaian dalam yang selalu bersih (Romauli, 2011).

### 5) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat aboruts/ partus prematusus iminens, ketuban pecah sebelum waktunya (Romauli, 2011).

6) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan. (Romaui, 2011).

7) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama  $\pm$  8jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romaui, 2011).

8) Persiapan laktasi

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara adalah sebagai berikut

- (1) Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara.
- (2) Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara.
- (3) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat (Romaui, 2011)



## 5. Perubahan fisik dan psikologi pada ibu hamil

### 1) Perubahan anatomi dan fisiologi pada ibu hamil

#### (1) Sistem reproduksi

##### *Uterus*

Pada triwulan akhir ismus akan berkembang menjadi segmen bawah uterus. Pada akhir kehamilan otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan menipis ( Prawirohardjo, 2011)

##### *Ovarium*

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal pada 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang relative minimal ( Prawirohardjo, 2011).

##### *Vagina dan perineum*

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Peningkatan sekresi vagina juga terjadi, di mana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5 – 6 ( Prawirohardjo, 2011).

(2) Kulit

Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma gravidarum*. Selain itu pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan (Prawirohardjo, 2011).

(3) Payudara

Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Jika payudara makin membesar, striae yang terlihat pada perut akan muncul (Prawirohardjo, 2011).

(4) Perubahan metabolik

Peningkatan jumlah cairan selama kehamilan adalah fisiologis. Pada saat aterm  $\pm 3,5$  L cairan berasal dari janin, placenta, cairan amnion, sedangkan 3 L lainnya berasal dari akumulasi peningkatan volume darah ibu, uterus, dan payudara sehingga minimal tambahan cairan selama kehamilan adalah  $\pm 6,5$ L (Prawirohardjo, 2011).

(5) Sistem kardiovaskular

Volume plasma akan meningkat kira-kira 40 – 45%. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit. Ginjal akan meningkatkan jumlah sel darah merah sebanyak 20-30%, tetapi tidak sebanding dengan

peningkatan volume plasma darah sehingga akan meningkatkan hemodelusi dan penurunan konsentrasi hemoglobin. dan pada 6 % perempuan bisa mencapai di bawah 11g/dl ( Prawirohardjo, 2011).

(6) Traktus digestivus

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser kearah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala heartburn. Hemorroid juga merupakan suatu hal yang sering terjadi sebagai akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus

( Prawirohardjo, 2011).

(7) Traktus urinarius

Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, sering berkemih akan timbul kembali. Glukosuria juga merupakan suatu hal yang umum, tetapi kemungkinan adanya diabetes mellitus juga tetap harus diperhitungkan. Sementara itu, proteinuria dan hematuria merupakan suatu hal yang abnormal (Prawirohardjo, 2011).

(8) Sistem muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai (Prawirohardjo, 2011).

2) Perubahan dan adaptasi psikologi masa kehamilan Trimester III

- (1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- (2) Merasa tidak menyenangkan bila bayi tidak hadir tepat waktu.
- (3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- (4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal (Romauli, 2011).

### 2.1.2 Teori persalinan

1. Definisi persalinan

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

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (JNPK-KR, 2008)

2. Lima benang merah dalam persalinan

- 1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. (JNPK-KR, 2008)

2) Asuhan sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik (JNPK-KR, 2008)

3) Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi (PI) adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir. Tindakan ini untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur (JNPK-KR, 2008)

4) Pencatatan ( Dokumentasi )

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

selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap hal tersebut tidak dilakukan

(JNPK-KR, 2008)

#### 5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu kefasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi adalah :

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

A : (Alat) bawa perlengkapan dan bahan-bahan bersama ibu ke tempat rujukan.

K : ( Keluarga) Beritahu ibu dan keluarga mengenai alasan dan tujuan merujuk kefasilitas rujukan.

S : ( Surat) Berikan surat ke tempat rujukan mengenai alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu.

O : (Obat) Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama diperjalanan.

K : (Kendaraan) Pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U : (Uang) Ingatkan pada keluarga untuk membawa uang yang cukup untuk membeli obat-obatan dan bahan-bahan lain yang diperlukan selama ibu dan / atau bayi tinggal difasilitas rujukan (JNPK-KR, 2008).

### 3. Faktor yang mempengaruhi persalinan

#### 1) Passage

*Passage* atau jalan lahir terdiri dari bagian keras ( tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak ( otot-otot, jaringan, dan ligament) (Lailiyana dkk, 2011).

#### 2) Power

Power ( his dan tenaga meneran) adalah kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu yang sangat penting dalam proses persalinan. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut (tuba) masuk ke dalam dinding uterus. Di tempat tersebut ada suatu pacemaker tempat gelombang his berasal. Kekuatan yang ada pada ibu, akan lebih efisien jika badan ibu dalam keadaan fleksi. Dagu ibu di dadanya (Lailiyana dkk, 2011).

#### 3) Passenger

Janin dan plasenta (Lailiyana dkk, 2011).

#### 4) Psikologis ibu

Psikologis ibu dapat memengaruhi persalinan apabila ibu mengalami kecemasan, stress, bahkan depresi. Di samping itu, ibu

yang tidak siap secara mental juga akan sulit diajak kerja sama dalam proses persalinannya. Untuk itu sangat penting bagi bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan. (Lailiyana dkk, 2011).

#### 5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. (Lailiyana dkk, 2011).

### 4. Tanda persalinan

#### 1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah (Lailiyana dkk, 2011).

#### 2) Pengeluaran lendir dan darah ( pembawa tanda)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (Lailiyana dkk, 2011).

#### 3) Pengeluaran cairan



Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap (Lailiyana dkk, 2011).

## 5. Tahapan persalinan

### 1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan untuk multigravida sekitar 8 jam. (Lailiyana dkk, 2011).

### 2) Kala II

Persalinan kala II adalah persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tanda dan gejala kala 2 persalinan adalah, Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina. Perineum terlihat menonjol. Vulva vagina dan spingter ari terlihat membuka (Yanti, 2009).Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap, terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina (Yanti, 2009).

### 3) Kala III

Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot Rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memerhatikan tanda-tanda : uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan (Manuaba, 2010).

### 4) Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernafasan, kontraksi uterus dan terjadinya perdarahan. Perdarahan masih dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Manuaba, 2010).

## 2.1.3 Teori nifas

### 1. Definisi nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu ( Sulistyowati, 2009)

### 2. Perubahan fisik dan psikologi ibu nifas

#### 1) Perubahan fisik

(1) Sistem reproduksi

### Involusi uterus

Setelah bayi dilahirkan, uterus akan berkontraksi dan menjadi keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Pada involusi uteri, jaringan ikat dan jaringan otot berangsur-angsur akan mengecil sehingga pada akhir kala nifas besarnya seperti semula dengan berat 30 gram (Sulistyawati, 2009).

### Lochea

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan, yaitu :

Lochea Rubra, Lochea ini muncul pada hari ke- 1 sampai hari ke- 3 masa postpartum.

Lochea Sanguinolenta, berlangsung dari hari ke- 4 sampai hari ke- 7 postpartum.

Lochea Serosa, muncul pada hari ke- 7 sampai hari ke- 14 postpartum.

Lochea Alba, berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea Purulenta*. (Saleha, 2009)

### Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka

serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke- 6 post partum, serviks sudah menutup kembali (Sulistyawati, 2009).

#### Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berabgsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol (Sulistyawati, 2009).

#### Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada hari ke – 5 post partum, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Sulistyawati, 2009).

#### (2) Sistem pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat

pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh (Sulistyawati, 2009).

(3) Sistem Perkemihan

Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitive dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual. Dalam hal ini, sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi (Sulistyawati, 2009).

(4) Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontaksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. (Sulistyawati, 2009).

(5) Tanda vital

Suhu

Dalam 24 jam post partum, suhu badan akan naik sedikit sebagai akibat kerja keras saat melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Biasanya, pada hari ke- 3 suhu badan akan

naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan ada infeksi (Sulistyawati, 2009).

#### Nadi

Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi (Sulistyawati, 2009).

#### Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan (Sulistyawati, 2009).

#### Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhuungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pernapasan (Sulistyawati, 2009).

## 2) Perubahan Psikologis

Reva Rubin membagi periode menjadi 3 bagian, antara lain :

### (1) Periode “Take In”

Periode ini terjadi setelah 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan

mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan (Sulistyawati, 2009).

(2) Periode “Taking Hold”

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya (Sulistyawati, 2009).

(3) Periode “Letting Go “

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini (Sulistyawati, 2009).

3. Tahapan masa nifas

1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan. Pada masa ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (Sulistyawati, 2009).

2) Puerperium intermedial

Merupakan masa pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia. Yang lamanya sekitar 6-8 minggu (Sulistyawati, 2009).

### 3) Remote puerperium

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan (Sulistyawati, 2009).

## 4. Kebijakan program nasional masa nifas

### 2.1 Tabel kebijakan program nasional masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.</li> <li>2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut.</li> <li>3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.</li> <li>4. Pemberian ASI awal.</li> <li>5. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir.</li> <li>6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.</li> <li>7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil</li> </ol>
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.</li> <li>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.</li> </ol>



		<p>3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.</p> <p>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p> <p>5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.</p>
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas ( 6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<p>1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami.</p> <p>2. Memberikan konseling KB secara dini.</p>

#### 5. Tanda bahaya masa nifas

- 1) Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pengganti pembalut 2 kali dalam setengah jam).
- 2) Pengeluaran pervaginam yang berbau menusuk (menyengat).
- 3) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- 4) Rasa sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik, atau masalah penglihatan.
- 5) Pembengkakan diwajah atau ditangan.
- 6) Payudara yang berubah menjadi merah, panas dan sakit.
- 7) Rasa sakit, warna merah, pembengkakan dikaki.
- 8) Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh bayi atau dirinya sendiri. (Sulistyawati, 2009)

## 2.2 Konsep manajemen kebidanan

### 2.2.1 Konsep asuhan kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah dengan metode pengaturan pemikiran dan tindakan dalam suatu urutan yang logis baik pasien maupun petugas kesehatan (Sudarti, 2010)

### 2.2.2 Konsep manajemen kebidanan menurut hellen varney

#### 1. Langkah 1 ( Pengumpulan Data Dasar )

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

#### 2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data meliputi diagnosa kebidanan, Masalah, Kebutuhan. Diagnosa yang dimaksud adalah GPAPIAH uk.....minggu,tunggal, hidup, letkep, intrauterin, keadaan umum ibu dan janin baikdengan .....Masalah yang sering muncul yaitu cemas, takut, dan sebagainya.

Kebutuhan yang dimaksud adalah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pada masalah yang telah dialami. Diagnosis yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar Nomenklatur (tata nama) diagnosis

( Suryani, 2008 ).

3. Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman (Suryani, 2008)

4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan. (Suryani, 2008).

5. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan Secara Menyeluruh.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang baru serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien. (Suryani, 2008).

#### 6. Langkah VI: Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Suryani, 2008).

#### 7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. (Suryani, 2008).

### **2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan**

#### **2.3.1 Kehamilan**

##### 1. Pengumpulan data dasar

##### **Data subyektif**

1) Identitas

Umur : 16 – 35 tahun ( Rochjati, 2011).

2) Keluhan utama :

Braxton hicks ( Romauli, 2011).

3) Riwayat Kebidanan :

(1) Riwayat menstruasi : Menarche : 12-16 tahun

( Romauli, 2011).

(2) Pola Fungsi Kesehatan

Pola Nutrisi : 300 kal/ hari meliputi nasi, sayur, lauk,  
buah,selingan

Pola Eliminasi : Konstipasi dan sering buang air kecil

Pola Istirahat : Tidur malam 8 jam, rileks siang 1 jam

Pola Aktivitas : Melakukan pekerjaan rumah

Pola Seksual : Boleh melakukan hingga akhir kehamilan

( Romauli, 2011).

4) Riwayat psiko-social-spiritual

(1) Riwayat Emosional :

Trimester I : Ibu mencari tanda bahwa ia benar-benar hamil

Trinester II :Merasa sehat, terbiasa dengan hormon tinggi

Trimester III: Khawatir keadaan bayinya tidak normal

(Romauli, 2011).

(2) Kehamilan ini : Tidak direncanakan

(3) Dukungan keluarga : menunjukkan perhatian dan kasih  
sayang (Romauli, 2011).

(4) Riwayat KB : Enggan menggunakan KB ( Manuaba, 2009).

### **Data obyektif**

#### 1) Pemeriksaan Umum

##### (1) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : < 140/90 mmHg (Romauli, 2011)

Nadi : 60-80 x / menit (Romauli, 2011)

Pernafasan : 16-24x/ menit (Romauli, 2011)

Suhu tubuh : 36-37,5 °C (Romauli, 2011)

##### (2) Antropometri :

Berat badan : meningkat 11-12 kg

Tinggi badan : > 150 cm

Lingkar Lengan Atas : > 23,50 cm (Romauli, 2011)

(3) Taksiran Persalinan : HPHT + 7 hari – 3 bulan + 1 tahun

(4) Usia kehamilan : > 37 minggu

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

(1) Wajah : Tampak cloasma gravidarum, tidak sembab, bentuk simetris

(2) Rambut : Bersih, tidak mudah rontok

(3) Mata : Bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, kelopak mata tidak bengkak

(4) Mulut & gigi : bersih, tidak ada sariawan, tidak ada caries

(5) Telinga : normal, tidak ada serumen yang berlebih, tidak berbau, bentuk simetris

- (6) Hidung : Normal, tidak ada polip, tidak ada kelainan bentuk, kebersihan cukup
- (7) Dada : Bentuk simetris.
- (8) Mammae : kolostrum sudah keluar, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol.
- (9) Abdomen :
- Leopold I: Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting.
- Leopold II: Teraba bagian panjang, keras seperti papan pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil.
- Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting.
- Leopold IV: Posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP.
- DJJ antara 120-160 mmHg (romauli, 2011)
- (10) Genitalia : Tidak terdapat , varises, odem, tidak ada condyloma akuminata
- (11) Ekstremitas : Simetris dan tidak odem

## **2. Interpretasi Data Dasar**

- 1) Diagnosa : G.. P.. A..P..P..I..A..H UK .. Minggu, tunggal, hidup, intra uterin, presentasi kepala, jalan lahir normal, KU ibu baik (Romauli, 2011).
- 2) Masalah : Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

3) Kebutuhan : support keluarga dan bidan

### **3. Antisipasi terhadap diagnosa / masalah potensial**

Ibu : keguguran, anemia, plasenta previa

Bayi : premature, berat bayi lahir rendah, cacat bawaan

Anak sebelumnya : tumbuh kembang tidak optimal (BKKBN, 2007)

### **4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan tindak segera / kolaborasi, rujukkan**

pertolongan persalinan kemungkinan ada tindakan (Rochjati, 2013)

### **5. Planning**

Tujuan :

1) Pemberian zat besi pada ibu hamil

Rasional : peningkatan pembentukan hemoglobin ibu, penyimpanan besi pada hati janin (Bobak, 2004).

2) Memberikan he nutrisi

Rasional : makanan harus disesuaikan dengan keadaan ibu  
( Romauli, 2011)

3) Menganjurkan ibu cukup istirahat

Rasional :ibu harus menghindari kelelahan ( bahiyatun, 2009)

4) Menganjurkan ibu melakukan persalinan yang aman

Rasional :ibu dengan jarak kehamilan < 2 th berpotensi mengalami komplikasi saat persalinan (Rochyati, 2011)

## **2.3.2 Persalinan**

### **1. Pengumpulan data dasar**



## **Kala I**

### 1) Data Subjektif

Keluhan Utama : kontraksi, keluar blood show (APN, 2008).

Kondisi psikis : peningkatan kecemasan menghadapi persalinan  
( Yanti, 2009)

### 2) Data Objektif :

#### (1) Pemeriksaan Umum

Tekanan Darah : batas normal 110/70 mmHg – 130/90 mmHg

Nadi : batas normal ibu bersalin antara 80-100 kali/menit

Suhu : batas normal antara  $36.5^{\circ}\text{C}$  –  $37,5^{\circ}\text{C}$

#### (2) Pemeriksaan Fisik :

Mata : Konjungtiva merah muda/pucat, jika pucat di  
indikasikan anemia. (Medforth, 2012).

Abdomen:

Leopold I: Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting

Leopold II: Teraba bagian panjang, keras seperti papan pada satu  
sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil

Leopold III : Pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat,  
keras dan melenting

Leopold IV: Posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP

DJJ antara 120-160 mmHg (romauli, 2011)

His 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau  
lebih (APN, 2008).

Pemeriksaan Dalam :  $\emptyset < 4\text{cm}$  fase laten atau  $\approx 4-10\text{ cm}$  fase aktif

(APN, 2008)

(3) Pemeriksaan Penunjang : melakukan pemeriksaan USG

(Ilyas,1994)

## 2. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : G..P..... UK .... minggu hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik

Masalah : Rasa takut menghadapi persalinan (Yanti, 2009)

Kebutuhan : dukungan fisik dan psikologis (Yanti, 2009)

## 3. Diagnosa masalah potensial :

Bagi ibu: anemia, payah jantung, (BKKBN, 2007). Perdarahan (Santoso, 2010)

Bagi janin : berat bayi lahir rendah ( BBLR), cacat bawaan, tidak optimalnya tumbuh kembang balita ( BKKBN Jakarta, 2007). gangguan tumbuh kembang pada anak, ( Soetjningsih, 1995 ).

4. Tindakan segera :Tidak ada

## 5. Planning

### 1) Kala I

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 14 jam diharapkan terjadi pembukaan lengkap (APN, 2008).

Kriteria Hasil :

Keadaan umum ibu dan janin baik, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban pecah jernih, terdapat penurunan bagian terbawah janin, his adekuat dan terdapat gejala kala II (Dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).

- (1) Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.

Rasional : pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dan janin dapat meningkatkan kerjasama antara petugas dan keluarga. (APN,2008).

- (2) Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.

Rasional : adanya informed consent sebagai kekuatan hukum atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan

- (3) Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasional :Ruangan yang bersih dapat membuat ibu merasa nyaman.

- (4) Persiapan alat, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

Rasional : kesiapan perlengkapan, bahan dan obat dapat meningkatkan efisiensi waktu.

- (5) Beri asuhan sayang ibu

Rasional : keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan. (APN, 2008)

(6) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.

Rasional : observasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan.

(7) Observasi DJJ setiap 30 menit.

Rasional : saat ada kontraksi, DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

(8) Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yakni dengan menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

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

(9) Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

Rasional : merupakan standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan memudahkan pengambilan keputusan klinik.

## 2) **Kala II**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\leq 1$  jam (Multi) diharapkan bayi dapat lahir spontan dan selamat (APN, 2008).

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

Intervensi : Langkah 1 – 27 Asuhan persalinan normal.

## 3) **Kala III**

Tujuan : Setelah melakukan asuhan kebidanan selama  $\leq 30$  menit diharapkan plasenta dapat lahir spontan. (APN, 2008)

Kriteria Hasil : Plasenta lahir lengkap, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, UC keras, kandung kemih kosong, tidak terdapat perdarahan.

Intervensi : Langkah 28 - 40 Asuhan persalinan normal.

#### 4) **Kala IV**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\leq 2$  jam diharapkan tidak terjadi komplikasi. (APN, 2008)

Kriteria Hasil : KU ibu dan janin baik, TTV (TD, nadi, RR) dalam batas normal, BB bayi normal, PB bayi normal, JK laki-laki/perempuan, TFU 2 jari bawah pusat, uterus berkontraksi baik, UC keras, kandung kemih kosong, dan tidak terjadi perdarahan.

Intervensi : Langkah 41 – 58 Asuhan persalinan normal.

### 2.3.3 Nifas

#### 1. Pengumpulan data dasar

##### 1) Data subyektif

Perubahan psikologi : senang dengan kelahiran bayi  
( sulistyawati, 2009).

Mules – mules (Mochtar, 1998)

##### 2) Data obyektif

Tanda – tanda vital :

Tekanan darah :  $< 140 / 90$  mmHg

Nadi : 80 – 100 x / menit

Suhu : 36,5 – 37,5  $^{\circ}$ c

Pernafasan : 18 – 24 x/ menit

3) Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU ; 2 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong,  
kontraksi uterus keras ( Saleha, 2009)

Genetalia : lohea berwarna merah segar dari jalan lahir  
( Saleha, 2009).

**2. Interpretasi data dasar**

- 1) Diagnosa P... postpartum hari ke 1
- 2) Kebutuhan : dukungan fisik dan psikologi

**3. Masalah potensial : tidak ada**

**4. Tindakan segera : tidak ada**

**5. Intervensi**

- 1) Anjurkan ibu untuk makan makanan bergizi, bervariasi, dan seimbang.

Rasional : gizi ibu menyusui dibutuhkan untuk produksi ASI dan pemulihan ( Bahiyatun, 2009)

- 2) Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini

Rasional : ambulasi meningkatkan sirkulasi dan mencegah resiko, meningkatkan fungsi kerja peristaltic kandung emih, dan konstipasi (Bahiyatun, 2009)

- 3) Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan

Rasional : pada masa post partum, ibu rentan terhadap infeksi (Bahiyatun, 2009)

- 4) Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

Rasional : kurang istirahat akan mengakibatkan berkurangnya produksi ASI dan memperlambat proses involusi ( Bahiyatun, 2009)

- 5) Beri konseling mengenai pengaturan jarak kehamilan yang ideal.

Rasional : konsepsi pada saat ini mengurangi hasil akhir perinatal yang merugikan ( Bahiyatun, 2009).