

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan Dengan Riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Yang dimaksud riwayat obstetrik buruk adalah mereka yang pernah mengalami keguguran atau perdarahan berulang, melahirkan dini, atau pernah melahirkan janin yang sudah meninggal, atau mengalami perdarahan setelah melahirkan (Maureen,2011).

Sepuluh dari kematian ibu disebabkan oleh perdarahan. Dua pertiga dari semua kasus perdarahan pascapersalinan terjadi pada ibu tanpa faktor risiko yang diketahui sebelumnya, duapertiga kematian akibat perdarahan tersebut adalah dari jenis retensio plasenta, dan tidak mungkin memperkirakan ibu mana yang akan mengalami atonia uteri maupun perdarahan (WHO, 2008).

2.1.1 Pengaruh Dalam Kehamilan

Efek perdarahan terhadap ibu hamil bergantung pada volume darah ibu saat hamil, seberapa tingkat hipervolemia yang sudah dicapai dan kadar hemoglobin sebelumnya. Anemia dalam kehamilan yang masih tinggi di Indonesia (46%) serta fasilitas transfusi darah yang masih terbatas menyebabkan PPP (Perdarahan Post Partum) akan mengganggu penyembuhan pada masa nifas, proses involusi dan laktasi (Prawirohardjo, 2009).

Anemia pada kehamilan harus diobati karena perdarahan yang normalpun dapat membahayakan seorang ibu yang telah mengalami anemia (Maryunani, 2009).

Perdarahan, khususnya perdarahan post-partum, terjadi secara mendadak dan lebih berbahaya apabila terjadi pada wanita yang menderita anemia. Seorang

ibu dengan perdarahan dapat meninggal dalam waktu kurang dari satu jam (Kemenkes RI,2008).

2.1.2 Pendekatan Resiko Untuk Ibu Hamil Dengan Riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Dalam pendekatan resiko untuk ibu hamil menggunakan kelompok faktor resiko, riwayat perdarahan pasca persalinan termasuk dalam faktor resiko/masalah pada ibu kelompok I. Jumlah faktor resiko/masalah pada ibu kelompok I;

Ada Potensi Gawat Obstetrik / APGO

- a) 10 faktor resiko (7 terlalu, 3 pernah).
- b) Kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan.
- c) Tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit komplikasi dalam persalinan.

Tabel 2.1 Faktor resiko kelompok I adalah :

No	Faktro Resiko (FR I)	Batasan-kondisi ibu
1.	Primi muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
2.	Primi tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3.	Primi tua sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4.	Anak terkecil ≤ 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 tahun
5.	Grande multi	Terlalu banyak anak 4 atau lebih
6.	Umur ≥ 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7.	Tinggi badan ≤ 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan : a. Hamil pertama b. Hamil kedua atau lebih, tetepi belum pernah melahirkan normal/spontan bayi cukup bulan dan hidup
8.	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu : a. Hamil yang kedua, yang pertama gagal b. Hamil ketiga atau lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali c. Hamil terakhir bayi mati
9.	Pernah melahirkan dengan	a. Pernah melahirkan dengan tang/vakum b. Pernah uri dikelurkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah infus atau tranfusi darah pada perdarahan pascapersalinan
10.	Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini.

Sumber : Poedji Rochjati, 2011

2.1.3 Kehamilan pada Grande Multipara

1) Definisi Grande Multipara

Grande multi (terlalu banyak anak) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih (Rochjati 2011).

Grande multigravida merupakan wanita yang hamil untuk keempat kalinya atau lebih kendati tidak selalu melahirkan bayi yang hidup pada kehamilan sebelumnya (Tiran, 2005).

Grande multipara adalah wanita dengan paritas yang tinggi. Biasanya wanita yang pernah melahirkan empat anak atau lebih. Peningkatan paritas dapat meningkatkan risiko timbulnya permasalahan pada kehamilan, persalinan, nifas (Tiran, 2005).

2) Resiko Yang Akan Terjadi

Kehamilan grande multipara termasuk dalam kehamilan berisiko tinggi, karena komplikasi bisa terjadi baik saat hamil atau melahirkan. Kemungkinan akan ditemui kesehatan yang terganggu, kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung. Resiko yang dapat terjadi saat kehamilan adalah antara lain ;

- a) Kelainan letak. Alasan yang perlu diketahui adalah dapat mengakibatkan terjadinya gangguan dalam kehamilan (Rochjati, 2011).
- b) IUGR (*Intra Uterine Growth Rate*). Keadaan endometrium pada daerah korpus uteri sudah mengalami kemunduran dan berkurangnya vaskularisasi, hal ini terjadi karena degenerasi dan nekrosis pada bekas luka implantasi plasenta pada kehamilan sebelumnya di dinding endometrium. Adanya kemunduran fungsi dan berkurangnya vasularisasi pada daerah endometrium menyebabkan daerah tersebut menjadi tidak subur dan tidak siap menerima hasil konsepsi, sehingga pemberian nutrisi dan oksigenisasi kepada hasil konsepsi kurang maksimal dan mengganggu sirkulasi darah ke janin.

- c) Aborsi spontan.
- d) Plasenta previa.
- e) Solusio plasenta.

Grande multi juga bisa berakibat komplikasi pada persalinan, antara lain;

- a) Persalinan lama.
- b) Persalinan letak lintang.
- c) Kelainan letak (bayi salah posisi lahir)
- d) Perdarahan pasca persalinan. Meningkatkan risiko terjadinya atonia uteri.
- e) Ruptur uteri
- f) Anemia berkepanjangan akibat perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2011).

2.2 Pengaruh Riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) Dalam Persalinan

Pada awalnya wanita hamil yang normotensi akan menunjukkan kenaikan tekanan darah sebagai respon terhadap kehilangan darah yang terjadi dan pada wanita hamil dengan hipertensi bisa ditemukan normotensi setelah perdarahan (Prawirohardjo, 2009).

Riwayat *hemorrhage postpartum* pada persalinan sebelumnya merupakan faktor resiko paling besar untuk terjadinya *hemorrhage postpartum* sehingga segala upaya harus dilakukan untuk menentukan keparahan dan penyebabnya (Cunningham, 2001).

Riwayat persalinan di masa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Ibu yang memiliki riwayat persalinan buruk beresiko 2-4 kali mengalami perdarahan postpartum sehingga segala upaya harus dilakukan untuk menentukan keparahan dan penyebabnya (Prawirohardjo, 1999).

Perdarahan normal yang terjadi saat proses persalinan dapat menyebabkan anemia yang sangat membahayakan pada wanita dengan anemia (Maryunani, 2009).

Apabila sebelumnya penderita sudah pernah mengalami perdarahan postpartum, persalinan harus berlangsung di rumah sakit (Prawirohardjo, 1999). Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah perdarahan pascapersalinan. Antisipasi terhadap hal tersebut dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Persalinan harus selesai dalam waktu 24 jam dan pencegahan partus lama.
2. Menguasai langkah-langkah pertolongan menghadapi perdarahan postpartum dan mengadakan rujukan sebagaimana mestinya (Prawirohardjo, 2009).

2.3 Upaya Yang Dapat Dilakukan

Klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan dengan mengatur petugas kesehatan mana yang sesuai dan jenjang rumah sakit rujukan. Terapi terbaik ialah pencegahan. Anemia dalam kehamilan harus diobati karena perdarahan dalam batas-batas normal dapat membahayakan penderita yang sudah menderita anemia. Antisipasi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut;

1. Persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia, dan lain-lain sehingga pada saat hamil dan persalinan pasien tersebut ada dalam keadaan optimal.
2. Mengetahui faktor predisposisi perdarahan postpartum seperti multiparitas, anak besar, hamil kembar, hidramnion, bekas seksio, ada riwayat perdarahan

postpartum sebelumnya dan kehamilan risiko tinggi lainnya yang risikonya akan muncul saat persalinan.

3. Kehamilan risiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan (Sarwono, 2009).
5. Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.
6. Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya (Manuaba, 2010).

Perawatan masa kehamilan

1. Mencegah atau sekurang-kurangnya bersiap siaga pada kasus-kasus yang disangka akan terjadi perdarahan adalah penting. Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin tetapi sudah dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan antenatal care yang baik.
2. Menangani anemia dalam kehamilan adalah penting, ibu-ibu yang mempunyai predisposisi atau riwayat perdarahan postpartum sangat dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit (Mochtar, 2005).

2.4 Konsep Dasar HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

2.4.1 Definisi HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Secara tradisional, perdarahan pascapartum didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah sesar. Meskipun pengeluaran darah yang melebihi 500 ml belum pasti merupakan suatu kejadian abnormal untuk persalinan pervaginam, namu

kehilangan darah yang sebenarnya biasanya dua kali lipat daripada yang diperkirakan (Williams, 2009).

Istilah perdarahan postpartum dalam arti luas mencakup semua perdarahan yang terjadi setelah kelahiran bayi : sebelum, selama dan sesudah keluarnya plasenta. Menurut definisi, hilangnya darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama merupakan perdarahan postpartum (Harry, 2010).

Hemorrhagic postpartum (HPP) adalah perdarahan dari saluran genitalia sebanyak lebih dari 500 ml (atau perdarahan yang menyebabkan penurunan kondisi maternal) (Janeth, 2011).

2.4.2 Etiologi HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Seorang ibu dapat meninggal karena perdarahan pascapersalinan dalam waktu kurang dari satu jam. Atonia uteri menjadi sebab lebih dari 90% perdarahan pascapersalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah kelahiran bayi. Sebagian besar kematian akibat perdarahan pascapersalinan terjadi pada jam pertama setelah kelahiran bayi karena alasan tersebut. Penyebab perdarahan pada pascapersalinan dapat disebabkan oleh hal-hal berikut ini :

1. Atonia uteri.
2. Sisa plasenta/retensio plasenta.
3. Robekan jalan lahir.
4. Kelainan pembekuan darah (Rohani, 2011).

2.4.3 Faktor Predisposisi HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Faktor predisposisi perdarahan postpartum adalah sebagai berikut:

1. Riwayat persalinan yang kurang baik, misalnya :
 - a. Riwayat perdarahan pada persalinan yang terdahulu.

- b. Grande multipara (lebih dari empat anak) : ibu yang sudah berkali-kali melahirkan anak. Keadaan uterusnya akan mengalami perubahan dalam hal keelastisitasan. Semakin elastis dan besar ukuran uterus tersebut maka kontraksi tersebut akan semakin lambat sehingga perdarahan pun terjadi (Moechtar, 2005).
 - c. Jarak kehamilan yang dekat (kurang dari 2 tahun).
 - d. Bekas operasi caesar : seringkali sectio cesarea menyebabkan perdarahan yang lebih banyak, harus diingat kalau narkotik akan mengurangi efek vasokonstriksi dari pembuluh darah (Cunningham, 2001).
 - e. Pernah abortus (keguguran) sebelumnya.
2. Hasil pemeriksaan waktu bersalin, misalnya :
- a. Persalinan/kala II yang terlalu cepat, sebagai contoh setelah ekstraksi vakum, forsep.
 - b. Uterus terlalu teregang, misalnya pada hidramnion, kehamilan kembar, anak besar : keadaan distensi uterus ini dapat terjadi pada kehamilan kembar dan janin yang besar. Sama halnya dengan multiparitas, ukuran uterus pada kehamilan ini akan lebih besar dan bisa menyebabkan lemahnya kontraksi (Moechtar, 2005).
 - c. Uterus yang kelelahan, persalinan lama.
 - d. Uterus yang lembek akibat narkosa.
 - e. Inversi uteri primer dan sekunder (Rukiyah, 2012).
3. Keadaan umum lemah-anemia : ibu yang mengalami anemia akan mengalami kekurangan O^2 yang mengakibatkan sirkulasi darah yang mengalir di tubuh menjadi berkurang, lalu menyebabkan tenaga ibu berkurang dan selanjutnya

kontraksi uterus pun juga mengalami kelemahan. Keadaan inilah yang menyebabkan terjadinya perdarahan (Moechtar, 2005).

4. Pascatindakan operasi vaginal : seorang ibu yang telah mengalami operasi di bagian alat kandungan akan menjadi lebih rawan mengalami perdarahan. Hal ini dikarenakan kemungkinan terbukanya kembali luka bekas operasi sehingga perdarahan akan terjadi dari luka tersebut (Moechtar, 2005).
5. Kelelahan ibu : prolong labour (partus lama) akan menyebabkan infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi pada ibu, kadang dapat terjadi atonia uteri yang dapat mengakibatkan perdarahan postpartum yang dapat menyebabkan kematian ibu. Pada janin akan terjadi infeksi, cedera dan asfiksia yang dapat meningkatkan kematian bayi (UGM, 2004).

2.4.4 Patofisiologi HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Menjelang aterm, diperkirakan bahwa sekitar 600 ml/menit darah mengalir melalui ruang antarvilus. Saat plasenta terlepas, banyak arteri dan vena yang menyalurkan darah menuju dan dari plasenta terputus secara mendadak. Di tempat implantasi plasenta, diperlukan kontraksi dan retraksi miometrium untuk menekan pembuluh-pembuluh tersebut dan menyebabkan obliterasi lumen agar perdarahan dapat dikendalikan. Potongan plasenta atau bekuan darah yang melekat akan menghambat kontraksi dan retraksi efektif miometrium sehingga hemostatis di tempat plasenta dan di sekitarnya berkontraksi dan beretraksi dengan kuat, kecil kemungkinan terjadi perdarahan yang fatal meskipun terjadi gangguan mekanisme pembekuan yang hebat.

Selama kala tiga persalinan, akan terjadi perdarahan tak-terhindarkan yang disebabkan oleh pemisahan parsial sementara plasenta. Sewaktu plasenta terlepas,

darah dari tempat implantasi dapat cepat lolos ke dalam vagina (pemisahan Duncan) atau tersembunyi di balik plasenta dan membran (pemisahan Schulze) sampai plasenta lahir. Pengeluaran plasenta harus diupayakan melalui tekanan manual di fundus. Turunnya plasenta ditandai oleh kendurnya tali pusat. Jika perdarahan menetap, diindikasikan pengeluaran plasenta secara manual. Uterus harus dipijat jika tidak berkontraksi dengan kuat (Leveno, 2009).

2.4.5 Manifestasi Klinik

Gejala klinis umum yang terjadi adalah kehilangan darah dalam jumlah banyak (>500 ml), nadi lemah, pucat, lochea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, dan dapat terjadi syok hipovolemik, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, mual.

Gejala klinis berdasarkan penyebab:

1. Atonia uteri:

- a. Gejala yang selalu ada : uterus tidak berkontraksi, konsistensi rahim lunak, fundus uteri naik dan perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan postpartum primer).
- b. Gejala yang kadang-kadang timbul : syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain).

2. Robekan jalan lahir

- a. Gejala yang selalu ada : perdarahan segera, darah segar mengalir segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik.
- b. Gejala yang kadang-kadang timbul : pucat, lemah, menggigil.

3. Retensio plasenta

- a. Gejala yang selalu ada : plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, kontraksi uterus baik.
- b. Gejala yang kadang-kadang timbul : tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjutan.

4. Tertinggalnya plasenta (sisa plasenta)

- a. Gejala yang selalu ada : plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera.
- b. Gejala yang kadang-kadang timbul : uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus tidak berkurang (Rukiyah, 2012).

2.4.6 Klasifikasi HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Menurut terjadinya dibagi atas dua bagian :

1. Perdarahan post partum dini/primer (*early postpartus hemorrhage*)

Yaitu perdarahan dari jalan lahir ≥ 500 ml dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir. Penyebab utama perdarahan postpartum primer:

1) *Tone* (atonia uteri)

Kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi segera setelah melahirkan. atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (massage) fundus uteri, segera setelah lahirnya plasenta (Norma, 2013).

Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek. Hal ini merupakan penyebab perdarahan postpartum yang paling penting dan biasaterjadi segera setelah bayi lahir hingga 4

jam setelah persalinan. Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik.

a) Faktor predisposisi atonia uteri adalah sebagai berikut :

- (1) Grandemultipara.
- (2) Uterus yang terlalu regang (hidramnion, hamil ganda, anak besar dengan berat badan > 4000 gr).
- (3) Kelainan uterus (uterus bicornis, mioma uteri, bekas operasi).
- (4) Plasenta previa dan solutio plasenta (perdarahan antepartum).
- (5) Partus lama (exhausted mother).
- (6) Partus precipitatus.
- (7) Hipertensi dalam kehamilan.
- (8) Infeksi uterus.
- (9) Anemi berat.
- (10) Penggunaan oksitosin yang berlebih dalam persalinan (induksi partus).
- (11) Riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya atau riwayat plasenta manual.
- (12) Pimpinan kala III yang salah, dengan memijit-mijit dan mendorong-dorong uterus sebelum plasenta terlepas.
- (13) IUFD yang sudah lama, penyakit hati, emboli air ketuban.
- (14) Tindakan operatif dengan anestesi umum yang terlalu dalam (Rukiyah, 2012).

b) Diagnosis atonia uteri

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan palpasi didapatkan fundus

uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diperhatikan bahwa pada saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1.000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti (Prawirohardjo, 2009).

c) Penatalaksanaan atonia uteri

1. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik).
2. Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.
3. Pastikan bahwa kandung kemih kosong, jika penuh dan dapat dipalpasi, lakukan kateterisasi menggunakan teknik antiseptik.
4. Lakukan *kompresi bimanual internal* (KBI) selama 5 menit.
5. Anjurkan keluarga untuk mulai membantu *kompresi bimanual internal*(KBI).
6. Keluarkan tangan perlahan-lahan.
7. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (kontraindikasi hipertensi) atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal.
8. Pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan 500 cc Ringer Laktat (RL) + 20 unit oksitosin. Habiskan 500 cc pertama secepat mungkin.
9. Ulangi kompresi bimanual internal (KBI).
10. Rujuk segera.
11. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Teruskan melakukan KBI(*Kompresi Bimanual Internal*).

12. Lanjutkan infus RL + 20 IU oksitosin dalam 500 cc/jam sehingga menghabiskan tiba di tempat rujukan sehingga menghabiskan 1,5 liter infus. Kemudian berikan 125 cc/jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup, berikan 500 cc yang kedua dengan kecepatan sedang dan berikan minum untuk rehidrasi (Rohani, 2011).

d) Komplikasi atonia uteri

(1) Infeksi

(2) Syok hipovolemia jika penanganan tidak adekuat (Norma, 2013).

2) Retensio Plasenta

Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus. Pengertian retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi 30 menit setelah bayi lahir (Rohani, 2011).

Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan placenta manual, meskipun kala uri belum lewat setengah jam (Prawirohardjo, 2008).

a) Faktor predisposisi retensio plasenta : plasenta previa, bekas seksio secarea, pernah kuret berulang, dan multiparitas (Prawirohardjo, 2008).

b) Jenis-jenis retensio plasenta

(1) Plasenta adhesiva : Adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi (perpisahan) fisiologis.

- (2) Plasenta akreta : Adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai sebagian lapisan miometrium.
- (3) Plasenta inkreta : Adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/melewati lapisan miometrium.
- (4) Plasenta perkreta: Adalah implantasi jonjot plasenta yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- (5) Plasenta inkarserata: Adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri (Rukiyah, 2012).

3) *Tissue* (sisa plasenta)

Sewaktu suatu bagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Tetapi mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa plasenta (Rukiyah, 2012).

Sebagian plasenta yang masih tertinggal disebut “sisa plasenta” atau *plasenta rest*. Gejala klinis sisa plasenta adalah terdapat subinvolusi uteri, terjadi perdarahan sedikit yang berkepanjangan, dapat juga terjadi perdarahan banyak mendadak setelah berhenti beberapa waktu, perasaan tidak nyaman di perut bagian bawah (Manuaba, 2010).

4) *Trauma* (dari jalan lahir)

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan pascapersalinan. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pascapersalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina (Rukiyah, 2012).

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap (Prawirohardjo, 2009).

a) Faktor resiko robekan jalan lahir : makrosomia, malpresentasi, partus presipitatus, distosia bahu (Rukiyah, 2012).

b) Jenis-jenis robekan jalan lahir

(1) Robekan serviks : persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum pernah melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi dengan baik, perlu dipikirkan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Rukiyah, 2012).

(2) Perlukaan vagina : perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Mungkin ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi sebagai akibat ekstraksi dengan cunam, terlebih apabila kepala janin harus diputar. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan spekulum.

(3) Robekan perineum : robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati panggul bawah dengan ukuran yang

lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika (Rukiyah, 2012).

5) *Thrombin* (gangguan fungsi koagulasi)

Gangguan berat pada mekanisme pembekuan darah sebagai konsekuensi langsung berbagai kelainan obstetrik atau, yang lebih jarang, penyakit yang kebetulan timbul bersamaan dapat memicu atau memperparah perdarahan obstetrik. Koagulpati konsumtif hampir selalu dipandang sebagai penyulit dari suatu proses patologik dasar yang memerlukan pengobatan untuk mengembalikan defibrinasi. Jika terjadi aktivasi patologik berbagai koagulan yang memicu koagulasi intravaskular, terjadi konsumtif trombosit dan faktor-faktor pembekuan dalam jumlah bervariasi, yang mungkin ditentukan oleh besarnya rangsangan (F.Gant, 2010).

Kemungkinan perdarahan yang mengancam nyawa pada situasi-situasi obstetrik yang dipersulit oleh defek koagulasi akan bergantung tidak saja pada derajat defek koagulasi tetapi yang juga penting pada apakah pembuluh darah utuh atau rusak, dan jika rusak, berapa besar derajat kerusakannya. Pada gangguan koagulasi darah yang berat mungkin terjadi perdarahan fatal jika integritas vaskular terganggu tetapi perdarahan tidak terjadi jika semua pembuluh darah tetap utuh (F.Gant, 2010).

2. Perdarahan post partum lanjut/sekunder (*late postpartus hemorrhage*)

Perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama. Perdarahan nifas dinamakan sekunder adalah bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan. Perdarahan nifas sekunder adalah perdarahan yang

terjadi setelah lebih 24 jam postpartum dan biasanya terjadi pada minggu kedua nifas (Rukiyah, 2012).

a) Macam-macam perdarahan post partum sekunder

1) Endometritis

Endometritis adalah infeksi desidua endometrium, dengan ekstensi ke dalam miometrium dan jaringan parametrial endometritis biasanya terjadi akibat infeksi naik dari saluran kelamin bawah (Wikipedia, 2010).

Selain itu, endometritis biasa terjadi setelah kejadian aborsi, kelahiran kembar, serta kerusakan jalan kelahiran sesudah melahirkan. Endometritis dapat terjadi sebagai kelanjutan kasus retensi plasenta yang mengakibatkan involusi uterus pada periode sesudah melahirkan menurun (Wikipedia, 2010).

2) Sub Involusi

Sub involusi adalah kemacetan atau kelambatan involusi yang disertai pemanjangan periode pengeluaran lochea dan kadang-kadang oleh perdarahan yang banyak. Proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya. Gejala yang ditimbulkan adalah; nyeri tekan perut bawah dan pada uterus, kadang dipersulit dengan anemia dan demam (Rukiyah, 2012).

3) Sisa Plasenta

Sisa plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini atau perdarahan postpartum lambat (biasanya terjadi dalam 6-10 hari pascapersalinan). Pada perdarahan postpartum dini akibat sisa plasenta ditandai dengan perdarahan dari rongga rahim setelah

plasenta lahir dan kontraksi rahim baik. Pada perdarahan postpartum lambat gejalanya sama dengan sub involusi rahim, yaitu perdarahan yang berulang atau berlangsung terus dan berasal dari rongga rahim. Perdarahan akibat sisa plasenta jarang menimbulkan syok (Rukiyah, 2012).

4) Inversio Uteri

Keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian, atau seluruhnya masuk ke dalam kavum uteri. Penyebab terjadinya inversio uteri dapat secara spontan atau karena tindakan. Faktor yang memudahkan terjadinya adalah uterus yang lembek, lemah, tipis dindingnya. Yang spontan dapat terjadi pada grandemultipara, atonia uteri, kelemahan alat kandungan (tonus otot rahim yang lemah, kanalis servikalis yang longgar), dan tekanan intra abdominal yang tinggi (misalnya mencejan dan batuk) (Rukiyah, 2012).

Diagnosis tidak sukar dibuat jika mengetahui kemungkinan terjadinya inversio uteri. Pada penderita dengan syok, perdarahan, dan fundus uteri tidak ditemukan pada tempat yang lazim pada kala III atau setelah persalinan selesai, pemeriksaan dalam dapat menunjukkan tumor yang lunak di atas serviks uteri atau dalam vagina, sehingga diagnosis inversio uteri dapat dibuat (Rukiyah, 2012).

5) Hematoma Nifas

Darah dapat mengalir ke dalam jaringan ikat di bawah kulit yang menutupi genetalia eksterna atau di bawah mukosa vagina hingga terbentuk hematoma vulva dan vagina, keadaan tersebut biasanya terjadi setelah cedera pada pembuluh darah tanpa adanya laserasi jaringan supervisial, dan dapat dijumpai baik pada persalinan spontan maupun dengan operasi. Kadang-kadang baru terjadi

kemudian, dan keadaan ini mungkin disebabkan oleh kebocoran pembuluh darah yang mengalami nekrosis akibat tekanan yang lama. Kadang-kadang oleh perdarahan yang banyak. Proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya (Rukiyah, 2012).

6) Hematoma Vulva

Khususnya yang terbentuk dengan cepat dapat menyebabkan rasa nyeri mencekam yang sering menjadi keluhan utama. Hematoma dengan ukuran sedang dapat diserap spontan. Jaringan yang melapisi gumpalan hematoma dapat menghilang karena mengalami nekrosis akibat penekanan sehingga terjadi perdarahan yang banyak proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya keadaan ini mungkin disebabkan oleh kebocoran pembuluh darah yang mengalami nekrosis akibat tekanan yang lama. Hematoma vulva mudah didiagnosis dengan adanya rasa nyeri perineum yang hebat dan tumbuh infeksi yang menyeluruh. Dengan ukuran yang bervariasi (Rukiyah, 2012).

Berdasarkan jumlahnya, perdarahan post partum dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Perdarahan Pascasalin Minor

Perdarahan pascasalin minor adalah jumlah perdarahan antara 500-1000 ml tanpa tanda-tanda syok secara klinis. Harus diingat bahwa perdarahan postpartum minor dapat dengan mudah menjadi perdarahan postpartum mayor dan seringkali tidak segera disadari (Rifayani, 2011) .

2. Perdarahan Pascasalin Mayor

Perdarahan pascasalin mayor adalah perdarahan dari saluran genitalia sebanyak lebih dari 500 ml (atau perdarahan yang menyebabkan penurunan kondisi maternal. Perdarahan post partum mayor primer terjadi segera setelah kelahiran. Atonia uteri adalah kondisi yang paling sering menyebabkan perdarahan post partum mayor. Uterus lunak, fundus sulit dipalpasi, atau tinggi dan penuh mengandung bekuan darah (Medforth, 2011).

Perkiraan jumlah darah yang keluar secara visual seringkali underestimate/kurang dari yang sesungguhnya sehingga sebaiknya dipakai metode yang lebih akurat seperti menimbang kasa yang terpakai dan mengukur darah yang keluar (Rifayani, 2011).

2.4.7 Diagnosis HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Diagnosis biasanya tidak sulit, terutama apabila timbul perdarahan banyak dalam waktu pendek. Tetapi bila perdarahan sedikit dalam jangka waktu lama, tanpa disadari pasien telah kehilangan darah banyak sebelum ia tampak pucat. Nadi serta pernafasan menjadi lebih cepat dan tekanan darah menurun (Norma, 2013).

Diagnosis perdarahan pascapersalinan dipermudah apabila pada tiap-tiap persalinan setelah anak lahir secara rutin diukur pengeluaran darah dalam kala III dan satu jam sesudahnya (Norma, 2013).

Pada setiap perdarahan postpartum harus dicari apa penyebabnya secara ringkas membuat diagnosis adalah seperti bagan berikut :

Tabel 2.2 Gejala dan diagnosis perdarahan pascapersalinan

Gejala dan tanda khas	Gejala dan tanda yang kadang muncul	Kemungkinan diagnosis
- PPP (perdarahan post partum) segera - uterus lembek, tidak berkontraksi	- syok	Atonia uteri
- PPP (perdarahan post partum) segera - plasenta komplit - uterus berkontraksi baik		Robekan serviks, vagina atau perineum
- plasenta tidak keluar 30 menit setelah bayi lahir	- PPP (perdarahan post partum) segera - uterus berkontraksi	Retensi plasenta
- sebagian pers maternal plasenta atau selaput ketuban tidak lengkap	- PPP (perdarahan post partum) segera - uterus berkontraksi	Retensi sisa/fragmen plasenta
- fundus uterus tidak teraba dari abdomen - tampak uterus inversi di vulva	- nyeri ringan-berat - PPP (perdarahan post partum) segera	Inversi uterus
- perdarahan >24 jam post partum - uterus agak lembek	- perdarahan sedikit-sedikit atau kadang banyak - lokia bau - anemia	PPP (perdarahan post partum) lambat (retensi plasenta atau subinvolusi uterus)

Sumber: Norma, 2013

2.4.8 Penatalaksanaan HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

Segera setelah diagnosis perdarahan post partum ditegakkan, penatalaksanaan yang mencakup 4 komponen, yaitu: komunikasi, resusitasi, monitoring tanda-tanda vital dan mencari sumber perdarahan, serta menghentikan sumber perdarahan harus dilakukan secara simultan (Rifayani,dkk, 2012).

1. Komunikasi : *Ask for help* / minta bantuan

- 1) Segera minta pertolongan, atau rujuk ke rumah sakit bila persalinan terjadi di bidan/puskesmas. Panggil bidan terlatih lain (tambahan di luar bidan yang bertugas). Tetapkan seorang petugas tambahan untuk mencatat tindakan, cairan, obat yang telah diberikan, dan tanda-tanda vital pasien.
- 2) Komunikasikan kepada pasien dan suami/keluarganya tentang masalah yang sedang terjadi, termasuk penanganan yang akan dilakukan hingga kemungkinan yang terburuk, seperti perlunya tindakan operatif bila konservatif dan medisinalis tidak membantu.

2. Resusitasi dan monitoring tanda-tanda vital

- 1) Tentukan adanya syok atau tidak. Tanda syok :
 - a. Gangguan perfusi perifer :
 - (1) Raba telapak tangan, bandingkan dengan tangan pemeriksa; normal (jika hangat, kering, merah), syok (jika dingin, basah, pucat).
 - (2) Tekan-lepas ujung kuku / telapak tangan; normal (jika merah kembali < 2 detik), syok (jika merah kembali > 2 detik).
 - b. Nadi meningkat : Raba nadi radialis; normal (jika nadi < 100), syok (jika nadi > 100).
 - c. Tekanan darah menurun : Normal (jika sistolik > 100), syok (jika sistolik < 100).
- 2) Bila syok segera berikan cairan (lakukan akses vaskuler, sebaiknya digunakan transfusi set, pilih jarum no,16), cairan RL adalah pilihan utama, cairan normal saline adalah pilihan kedua, diberikan dengan secepatnya, 1-2 liter (guyur/loss klem).

- 3) Amati respon terhadap pemberian cairan dan O₂, bila perdarahan pasang 2 lini cairan. (RIMOT = resusitasi, infus 2 jalur, monitoring keadaan umum, nadi dan tekanan darah, oksigen, kerjasama).

3. Mencari sumber perdarahan

- 1) Bila tidak ada syok, atau keadaan umum telah optimal segera lakukan pemeriksaan untuk mencari sebab perdarahan.
- 2) Lakukan perkiraan/ estimasi volume perdarahan.
- 3) Bila terjadi atonia uteri, lakukan masase uterus dan berikan oksitosin, dan ergometrin IV 0,2 mg secara perlahan atau IM. Ergometrin tidak boleh diberikan pada pre eklamsi dan hipertensi.
- 4) Bila ada perbaikan dan perdarahan berhenti oksitosin per infus tetap diteruskan.
- 5) Pastikan kandung kemih kosong, cek apakah plasenta telah lepas, periksa robekan jalan lahir.
- 6) Bila tidak ada perbaikan lakukan kompresi bimanual.
- 7) Jika tidak ada perbaikan dapat diberikan misoprostol per rektal 600-1000µg.
- 8) Segera mengusahakan darah bila diperlukan transfusi.
- 9) Tatalaksana kemudian sesuai dengan penyebab perdarahan.
- 10) Bila tatalaksana sesuai penyebab tidak berhasil menimbulkan perbaikan, segera lakukan rujukan ke fasilitas yang mempunyai ruang operasi (Norma, 2013).

2.4.9 Resusitasi Cairan

Pengangkatan kaki dapat meningkatkan aliran darah balik vena sehingga dapat memberi waktu untuk menegakkan diagnosis dan menangani penyebab

perdarahan. Perlu dilakukan pemberian oksigen dan akses intravena. Selama persalinan perlu dipasang paling tidak 1 jalur intravena pada wanita dengan resiko perdarahan post partum, dan dipertimbangkan jalur kedua pada pasien dengan risiko sangat tinggi.

Berikan resusitasi dengan cairan kristaloid dalam volume yang besar, baik normal salin (Ns/NaCl) atau cairan Ringer Laktat melalui akses intravena perifer. NS merupakan cairan yang cocok pada saat persalinan karena biaya yang ringan dan kompatibilitasnya dengan sebagian besar obat dan transfusi darah. Risiko terjadinya asidosis hipervolemik sangat rendah dalam hubungan dengan perdarahan post partum. Bila dibutuhkan cairan dalam jumlah banyak (> 10 L), dapat dipertimbangkan penggunaan cairan Ringer Laktat.

Cairan yang mengandung dekstrosa, seperti D 5% tidak memiliki peran pada penanganan perdarahan post partum. Perlu diingat bahwa kehilangan 1 L darah perlu penggantian 4-5 L kristaloid, karena sebagian besar cairan infus tidak tertahan di ruang intravaskuler, tetapi terjadi pergeseran ke ruang interstisial. Pergeseran ini bersamaan dengan penggunaan oksitosin, dapat menyebabkan edema perifer pada hari-hari setelah perdarahan post partum. Ginjal normal dengan mudah mengsekresi kelebihan cairan. Perdarahan post partum lebih dari 1.500 mL pada wanita hamil yang normal dapat ditangani cukup dengan infus kristaloid jika penyebab perdarahan dapat tertangani. Kehilangan darah yang banyak, biasanya membutuhkan penambahan transfusi sel darah merah.

Cairan koloid dalam jumlah besar (1.000-1.500 mL/hari) dapat menyebabkan efek yang buruk pada hemostatis. Tidak ada cairan koloid yang terbukti lebih baik dibandingkan NS, dan karena harga serta risiko terjadinya efek

yang tidak diharapkan pada pemberian koloid, maka cairan kristaloid tetap direkomendasikan (Marmi, 2012).

2.4.10 Komplikasi HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)

1. Sindrom sheehan

Perdarahan banyak kadang-kadang diikuti dengan sindrom sheehan, yaitu; kegagalan laktasi, amenore, atrofi payudara, rontok rambut pubis dan aksila, superinvulsi uterus, hipotiroidi, dan insufisiensi korteks adrenal (Sastrawinata, 2004).

Gejala-gejalanya ialah astenia, hipotensi, anemia, turunnya berat badan sampai menimbulkan kakeksia, penurunan fungsi seksual dengan atrofi alat-alat genital, kehilangan rambut pubis dan ketiak, penurunan metabolisme dengan hipotensi, amenore dan kehilangan fungsi laktasi (Prawirohardjo, 1999).

2. Infeksi nifas

Faktor yang terpenting memudahkan terjadinya infeksi nifas ialah perdarahan dan trauma persalinan. Perdarahan menurunkan daya tahan tubuh ibu, sedangkan trauma menimbulkan jaringan nekrotis yang merupakan media yang subur bagi mikroorganisme. Demikian juga partus lama, retensio plasenta sebagian atau seluruhnya memudahkan terjadinya infeksi. Keadaan umum ibu merupakan faktor yang menentukan, seperti anemia dan malnutrisi karena melemahkan daya tahan tubuh ibu (Sastrawinata, 2004).

3. Anemia

Anemia yang diakibatkan perdarahan tersebut memperlemah keadaan pasien, menurunkan daya tahannya dan menjadi faktor predisposisi terjadinya infeksi nifas (Oxorn, 2010).

4. Kematian

Jika kehilangan darah tidak dihentikan, akibat akhir tentu saja kematian (Oxorn, 2010).

2.5 KONSEP ASUHAN KEBIDANAN

2.5.1 Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

Manajemen asuhan kebidanan menurut Hellen Varney dalh metode kerja profesi dengan menggunakan langkah-langkah pemecahan masalah (Salmiati, 2011).

2.5.2 Standar Asuhan Kebidanan 7 Langkah Varney

Adapun tujuh langkah manajemen Varney yang digunakan adalah :

1. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu; riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi (Asrinah, 2010).

2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik (Muslihatin, 2009).

3.Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dandiagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini

membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan di harapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi (Asrinah, 2010).

4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Bidan mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Asrinah, 2010).

5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau di antisipasi (Asrinah, 2010).

6. Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah ke lima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Asrinah, 2010).

7. Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah

terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis (Asrinah, 2010).

2.6 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.6.1 Penerapan Asuhan Kebidanan Kehamilan

I. Data Subjektif

1. Identitas

- a) Umur : Wanita dengan usia <20 tahun dan >35 tahun, merupakan faktor resiko terjadinya perdarahan pasca persalinan (Hesty, 2013).
- b) Pendidikan : Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang (Notoatmojo, 2005).
- c) Pekerjaan : Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari (Notoatmojo, 2005).
- d) Keluhan utama : Keputihan, sering kencing, nyeri ulu hati, konstipasi, ambeien, insomnia, nyeri punggung bawah, sesak nafas, kesemutan pada jari (Varney, 2007).

2. Riwayat kebidanan

- a) Kunjungan : 1x selama TM I (0-13 minggu), 1x selama TM II (14-27), 2x selama TM III (28-40 minggu) (Sulistyowati, 2011).
- b) Riwayat menstruasi : Menarche 12-16 tahun, siklus 28-35 hari, lama 3-5 hari, dengan pengeluaran darah \pm 50-70 cc, ibu tidak mengalami gangguan haid/nyeri (Sarwono, 2010).

c) Riwayat obstetri yang lalu :

Riwayat perdarahan pada persalinan yang terdahulu, grande multipara, pernah abortus (keguguran) sebelumnya merupakan faktor resiko terjadi perdarahan post partum (Moechtar, 2005).

Grande multi (terlalu banyak anak) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih (Rochjati, 2011).

3. Riwayat kehamilan sekarang

a) Keluhan trimester III : Sering berkemih, sesak nafas, nyeri ligamentum, pusing, sakit pinggang, varises pada kaki (Sulistyowati, 2011).

b) Frekuensi pergerakan janin : 10 gerakan dalam periode 12 jam (Medforth, 2012).

c) Penyuluhan yang sudah didapat :

Nutrisi, imunisasi, istirahat, kebersihan diri, aktivitas, perawatan payudara/laktasi, seksualitas, persiapan persalinan, KB, tanda-tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas (Saifuddin, 2007) pada riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) dan grande multipara.

d) Imunisasi yang sudah didapat :

TT 1 pada kunjungan ANC (*Ante Natal Care*) pertama, TT 2 diberikan 4 minggu setelah TT 1, TT 3 diberikan 6 bulan setelah TT 2, TT 4 diberikan 1 tahun setelah TT 3 (Saifuddin, 2007).

4. Pola kesehatan fungsional

a) Pola nutrisi : Sejak masa antenatal, atasi anemia dengan nutrisi / gizi yang adekuat, zat besi, vitamin dan mineral (Anik, 2009).

- b) Pola eliminasi : Frekuensi berkemih meningkat pada trimester III terjadi akibat dorongan kepala bayi yang masuk ke dalam panggul (Varney, 2007).
- c) Pola istirahat : Rata-rata tidur malam adalah 6-8 jam, istirahat siang 1-2 jam/hari (Kusmiyati, 2009).
- d) Pola aktivitas sehari-hari : Tidak melakukan pekerjaan yang terlalu berat, dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil (Sulistyowati, 2011).
- e) Pola seksual : Ibu hamil dapat melakukan hubungan seksual \pm 2 kali seminggu karena pada sperma mengandung hormon prostaglandin yang dapat menyebabkan kontraksi secara alami namun harus memperhatikan kenyamanan saat berhubungan (Kusmiyati, 2009).
- d) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan :
- Tidak merokok, tidak meminum alkohol, tidak memakai narkoba, tidak minum obat-obatan, tidak minum jamu, tidak memelihara binatang peliharaan (Sulistyowati, 2009).

5. Riwayat psiko-sosial-spiritual

- a) Data psikologis : Ibu yang mengalami HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) biasanya merasakan pengalamannya menakutkan dan traumatik. Ketakutan, nyeri dan ketidaknyamanan dirasakan karena kejadian itu sendiri memang menakutkan yang menimbulkan kecemasan di masa datang tentang

kemungkinan besar terjadi lagi pada kelahiran berikutnya (Vicky, 2006).

- h) Data sosial : Faktor ekonomi keluarga mempengaruhi kebutuhan gizi ibu hamil, daya beli keluarga yang rendah terhadap kebutuhan zat gizi pada ibu hamil tentu asupan zat gizi yang diperlukan pun berkurang (Torwoto, 2007).

II. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : Keadaan umum lemah-anemia merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan (Moechtar, 2005).
- b) Tanda-tanda vital : Tekanan darah < 140/90 mmHg, nadi 80-100 kali/menit, pernapasan 16-24 kali/menit, suhu 36,5-37,5° C (Prawirohardjo, 2006).
- c) Antropometri : Batas normal penambahan berat badan wanita hamil sekitar 6,5-16,5 kg, batas normal tinggi badan ibu hamil \geq 145 cm, LILA (Lingkar Lengan Atas) ibu hamil harus \geq 23,5 cm (Wheeler, 2004).
- d) Taksiran persalinan : Menghitung taksiran persalinan untuk siklus 28 hari dengan menambahkan 7 hari dan 9 bulan ke tanggal HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) (Medforth, 2012).
- e) Usia kehamilan : 28-40 minggu (Sarwono, 2010).

2. Pemeriksaan fisik

- a) Wajah : Warna kulit pucat (tanda-tanda anemia), hal tersebut merupakan faktor resiko terjadi perdarahan post partum (Sulistyowati, 2009).

- b) Mata : Konjungtiva berwarna putih (tanda-tanda anemia) hal tersebut merupakan faktor resiko terjadi perdarahan post partum (Sulistiyowati, 2009).
- c) Mamae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan abnormal, kolostrum keluar (Prawirohardjo, 2009).
- d) Abdomen : Kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung (Rochjati, 2003).
- e) TFU (Tinggi Fundus Uteri) Mc. Donald : 30 cm (8 bulan), 33 cm (9 bulan) (Prawirohardjo, 2009).
- f) TBJ (Taksiran Berat Janin): $(\text{tinggi fundus uteri dalam cm} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}$. Bila kepala di atas atau pada spina ischiadika maka $n = 12$. Bila kepala di bawah spina ischiadika maka $n = 11$ (Kusmiyati, 2010).
- g)DJJ (Denyut Jantung Janin) : Dalam kehamilan yang berikutnya wanita mungkin akan mengalami hipoksia intrauterin dan retardasi pertumbuhan intrauterin (Palupi, 2012).
- h) Genetalia : Tidak ada odema pada vulva atau varises pada vagina, bagaimana personal hygienenya, anus tidak ada hemorroid (Varney, 2007).
- i) Ekstremitas : Warna ujung jari pucat (tanda-tanda anemia) hal tersebut merupakan faktor resiko terjadi perdarahan post partum (Sulistiyowati, 2009).

3. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah lengkap harus dilakukan sejak periode antenatal. Kadar hemoglobin di bawah 10 gr/dL berhubungan dengan hasil kehamilan yang buruk (Marmi, 2012).

Kadar Hb < dari 10 gr/dL hal tersebut merupakan faktor resiko terjadi perdarahan post partum (Sulistiyowati, 2009).

b) Pemeriksaan golongan darah dan tes antibodi harus dilakukan sejak periode antenatal (Marmi, 2012).

c) USG pada periode antenatal dapat dilakukan untuk mendeteksi pasien dengan resiko tinggi yang memiliki faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum seperti plasenta previa. Pemeriksaan USG dapat pula meningkatkan sensitivitas dan spesifitas dalam diagnosis plasenta akreta dan variannya (Marmi, 2012).

d) Urine : Albumine urine negatif (-), protein urine negatif (-) (Saifuddin, 2007).

III. ASSESMENT

1. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : G...(PAPIAH), usia kehamilan, anak hidup/mati, anak tunggal/kembar, letak anak, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum dan janin baik (Saminem, 2009) dengan grande multipara dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).

b. Masalah : Kecemasan di masa datang tentang kemungkinan besar terjadi perdarahan lagi pada kelahiran berikutnya (Vicky, 2006).

c. Kebutuhan : HE (*Health Education*) tentang perawatan kehamilan dan antisipasi komplikasi yang dapat dilakukan.

2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Anemia, kelainan letak, IUGR(*Intra Uterine Growth Retardation*), plasenta previa, solusio plasenta, abortus spontan (Rochjati, 2003).

Hipoksia intrauterin, retardasi pertumbuhan intrauterin (Palupi, 2012).

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Dilakukan penyelidikan terhadap fungsi plasenta dan kondisi janin (Oxorn, 2010).

IV. PLANNING

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan masalah ibu dapat teratasi dan ibu mengertitentang penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Kriteria Hasil : 1) Ibu dapat mengulangi kembali penjelasan penting yang telah disampaikan oleh petugas kesehatan

2) Ibu dapat mengantisipasi komplikasi yang akan terjadi dengan mempersiapkan persalinan kelak di rumah sakit atau tenaga kesehatan.

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.

Rasionalisasi : Langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif (Sulistyowati, 2009).

2. Berikan informasi tentang faktor resiko grande multipara dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).

Rasionalisasi : Ibu yang memiliki riwayat persalinan buruk beresiko 2-4 kali mengalami perdarahan postpartum sehingga segala upaya harus dilakukan untuk menentukan keparahan dan penyebabnya (Prawirohardjo, 1999).

Kehamilan grande multipara termasuk dalam kehamilan berisiko tinggi, karena komplikasi bisa terjadi baik saat hamil atau melahirkan (Rochjati, 2011).

3. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang.

Rasionalisasi : Nutrisi pada ibu hamil dibutuhkan tambahan kalori 285 kkal/hari, protein 75-100 gram/hari, zat besi 30-60 gram/hari, asam folat 470 mg/hari dapat menunjang kesehatan ibu dan janin (Sulistiyawati, 2009).

4. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup.

Rasionalisasi : Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur teratur meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan dan perkembangan tubuh janin (Kusmiyati, 2009).

5. Jelaskan pada ibu tanda bahaya kehamilan trimester 3.

Rasionalisasi : Deteksi dini komplikasi kehamilan (Sulistiyowati, 2009).

8. Jelaskan tentang persiapan persalinan.

Rasionalisasi : Apabila sebelumnya penderita sudah pernah mengalami perdarahan postpartum, persalinan harus berlangsung di rumah sakit (Prawirohardjo, 2009).

9. Jelaskan tentang tanda-tanda persalinan.

Rasionalisasi : Dengan mengetahui tanda-tanda persalinan ibu dapat segera datang ke petugas kesehatan (Sulistiyowati, 2009).

10. Berikan ibu terapi Fe dan multivitamin.

Rasionalisasi : Ibu hamil dengan usia kehamilan trimester III masih mendapat pengaruh dari hemodilusi yang terjadi pada trimester II sehingga perlu pemenuhan kebutuhan zat besi (Fe) dan vitamin (Sulistiyowati, 2009).

11. Anjurkan dan sepakati kunjungan/kontrol ulang dengan ibu.

Rasionalisasi : Siaga pada kasus-kasus yang berpotensi akan terjadi perdarahan dengan melakukan antenatal care yang baik (Cunningham, 2001).

12. Dokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Rasionalisasi : Jika tidak dicatat, dianggap asuhan tersebut tidak pernah dilakukan (Marmi, 2012).

2.6.2 Penerapan Asuhan Persalinan

I. Data Subjektif

1. Keluhan utama : Perut mulas secara teratur, mulasnya sering dan lama, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir (DepKes RI, 2013).

2. Riwayat kehamilan sekarang : Frekuensi pergerakan untuk mengkaji kesejahteraan janin dan denyut jantung janin, untuk mengkaji status janin (Varney, 2008).

3. Pola kesehatan fungsional

a. Pola nutrisi : Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengkonsumsi cairan saja (APN, 2008).

b. Pola eliminasi : Ibu harus berkemih sedikitnya 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih ibu terasa penuh. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif, perlu dipastikan bahwa apa yang dirasakan bukan disebabkan oleh tekanan janin pada rektum (APN, 2008).

c. Pola istirahat : Pada proses persalinan klien dapat miring kiri tujuannya memperlancar proses oksigenasi pada janin (Yanti, 2009).

d. Pola aktivitas : Ibu mendapatkan posisi yang nyaman, dapat berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring kiri atau merangkak (APN, 2008).

4. Riwayat psiko-sosio-spiritual :

Secara psikologis ibu yang mendekati persalinan akan merasa cemas, takut, khawatir dengan keadaannya. Pendampingan persalinan telah terbukti membantu dalam memberikan dukungan sosial terutama dalam persalinan (Medforth, 2012).

II. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum : Tekanan darah dengan batas normal 110-70 mmHg-130/90 mmHg dengan pemeriksaan saat tidak ada his, nadi 80-100 kali/menit, suhu 36,5-37,5°C (Fatmawati, 2011).
2. Pemeriksaan fisik
 - a. Abdomen : Kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung (Rochjati, 2011).
 - b. TFU (Tinggi Fundus Uteri) Mc. Donald : 33 cm (Prawirohardjo, 2009).
 - c. TBJ (Taksiran Berat janin): (tinggi fundus uteri dalam cm – n) x 155 = berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala di bawah spina ischiadika maka n = 11 (Kusmiyati, 2010).
 - d. DJJ (Denyut Jantung Janin) : Dalam kehamilan yang berikutnya wanita mungkin akan mengalami hipoksia intrauterin dan retardasi pertumbuhan intrauterin (Palupi, 2012).
 - e. His/kontraksi : Minimal 2 kali dalam 10 menit (APN, 2008).
 - f. Genetalia : Apakah ada luka atau massa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosisitas vulva atau rektum, atau luka parut di perienum, bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium, warna dan bau ketuban jika sudah pecah (APN, 2008).

g. Pemeriksaan dalam : Nilai selaput ketuban, jika belum pecah jangan melakukan amniotomi, nilai luka parut vagina jika ada, nilai pembukaan dan penipisan serviks, tidak teraba tali pusat dan/atau bagian-bagian kecil tidak teraba, tingkat penurunan kepala, tingkat derajat penyusupan (APN, 2008).

3. Pemeriksaan penunjang

a. Darah : Hb \geq 11 gr/dL, jika kurang antisipasi perdarahan intra partum (Saifuddin, 2007).

b. Urine : Albumin urine negatif (-), protein urine negatif (-) (Saifuddin, 2007).

c. Tes lakmus/nitrazin test : Air ketuban mempunyai sifat basa, jika lakmus merah berubah menjadi biru (Prawirohardjo, 2010).

d. NST : Idealnya dilakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ (Ibrahim, 1993).

II. ASSESMENT

1. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : G...(PAPIAH), usia kehamilan, anak hidup/mati, anak tunggal/kembar, letak anak, intrauterine/ekstrauterine, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita dan janin baik (Saminem, 2009) dengan grande multipara dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) in partu fase laten/aktif.

b. Masalah : Cemas, takut, khawatir dengan keadaannya (Medforth, 2012).

c. Kebutuhan : Asuhan sayang ibu (APN, 2008).

2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial :

Persalinan lama, persalinan letak lintang, kelainan letak (bayi salah posisi lahir), perdarahan pasca persalinan (meningkatkan risiko terjadinya atonia uteri), ruptur uteri (Rochjati, 2011).

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan :

Kehamilan risiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan (Sarwono, 2009).

III. PLANNING

KALA I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 11 jam diharapkan terjadi pembukaan lengkap (10 cm), adanya dorongan meneran yang semakin meningkat, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka (APN, 2008).

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, pembukaan lengkap, penipisan 100%, ketuban pecah jernih, his adekuat, dorongan ingin meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka (APN, 2008).

1. Intervensi

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

Rasionalisasi : 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.

Rasionalisasi : Sebagai bukti tanggung gugat yang sah akan hukum.

3) Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan (APN, 2008).

Rasionalisasi : Sebagai upaya pencegahan infeksi (PI) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (APN, 2008).

4) Persiapkan rujukan (APN, 2008).

Rasionalisasi : Kehamilan risiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan (Sarwono, 2009).

5) Berikan asuhan sayang ibu (APN, 2008).

Rasionalisasi : Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya (APN, 2008).

6) Lakukan observasi DJJ (Denyut Jantung Janin), his/kontraksi, penurunan, bendel atau CHPB (*Cortonant*, His, Penurunan, Bendel).

Rasionalisasi : Jika ditemui gejala dan tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan (APN, 2008).

7) Dokumentasikan hasil observasi pada partograf (APN, 2008).

Rasionalisasi : Dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu (APN, 2008).

KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 1 jam diharapkan bayi dapat lahir spontan (APN, 2008).

Kriteria hasil : Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah, pembukaan serviks telah lengkap, terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (APN, 2008).

Intervensi : Lakukan Asuhan Persalinan Normal (APN) langkah 1-27.

KALA III

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

Kriteria hasil : Perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat, plasenta lahir ≤ 15 menit, perdarahan ≤ 500 ml (APN, 2008).

I. Data Subjektif

Keluhan utama : Pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil (Marmi, 2012).

II. Data Obyektif

1. Pemeriksaan fisik : Perdarahan yang lebih dari normal dimana telah menyebabkan perubahan tanda vital, pucat, dapat disertai tanda-tanda syok, hiperpnea, tekanan darah sistolik < 90 mmHg, denyut nadi > 100 kali/menit, ekstremitas dingin, serta tampak darah keluar melalui vagina terus-menerus (Marmi, 2012).

2. Pemeriksaan obstetri : Mungkin kontraksi uterus lembek, uterus membesar bila ada atonia uteri. Bila kontraksi uterus baik, perdarahan mungkin karena luka jalan lahir (Marmi, 2012).

3. Pemeriksaan laboratorium : Kadar Hb < 8 gr/dL (Marmi, 2012).

III. ASSESMENT

1. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH kala III dengan HPP (*Hemorrhagic Post Partum*)
- b. Masalah : Bergantung pada jenis perdarahan, ibu akan mengalami gejala seperti nyeri (Vicky, 2006).
- c. Kebutuhan : Penatalaksanaan sesuai penyebab perdarahan.

2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial :

Syok (Rukiyah, 2012).

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan :

Perbaiki kondisi umum ibu, pasang infus dan kolaborasi dengan dokter obgyn (Rukiyah, 2012).

Intervensi

1. Lakukan manajemen aktif kala III APN langkah ke 28-40.

Rasionalisasi : Sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan dimana sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta yang sebenarnya dapat dicegah dengan dengan melakukan manajemen aktif kala III (APN, 2008).

2. Bersihkan bekuan darah dan /atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks (APN, 2008).

Rasionalisasi : Bekuan darah dan selaput ketuba dalam vagina dan saluran serviks akan dapat menghalangi kontraksi uterus secara baik (APN, 2008).

3. Laksanakan pemeriksaan fisik dan obstetrik (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Deteksi penyebab perdarahan dan tanda syok.

4. Jelaskan hasil pemeriksaan (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dapat meningkatkan kerjasama antara petugas dan keluarga (APN, 2008).

5. Lakukan informed consent (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Sebagai tanggung gugat profesi yang sah akan hukum.

6. Lakukan oksigen jika perlu (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Resusitasi awal, antisipasi keadaan syok.

7. Pasang infus RL / NaCl 0,9% (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : NS merupakan cairan yang kompatibilitas dengan sebagian besar obat dan transfusi darah. RL dipertimbangkan jika membutuhkan cairan kristaloid dalam jumlah banyak (>10 L) (Marmi, 2012).

8. Kosongkan kandung kemih (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Kandung kemih yang penuh akan meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan yang disebabkan atonia uteri (Marmi, 2012).

9. Lakukan tindakan sesuai dengan penyebab perdarahan, apabila diperlukan kolaborasi dengan dr. SPOG untuk tindakan selanjutnya (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Ketepatan penanganan sesuai penyebab perdarahan, beberapa penyebab harus dengan wewenang dokter dalam penanganannya.

10. Observasi tanda vital (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Pemantauan perbaikan kondisi ibu.

11. Observasi input dan output (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Cairan koloid dalam jumlah besar (1.000-1.500 mL/hari) dapat menyebabkan efek yang buruk pada hemostatis (Marmi, 2012).

12. Lakukan pendokumentasian semua asuhan (Lisnawati, 2011).

Rasionalisasi : Jika tidak dicatat, dianggap asuhan tersebut tidak pernah dilakukan (Marmi, 2012).

KALA IV

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

Kriteria hasil :Keadaan umum ibu baik, uterus berkontraksi dengan baik dan kuat, tinggi fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat (APN, 2008).

Intervensi : Lakukan Asuhan Persalinan Normal (APN) langkah 41-58.

2.6.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Nifas

I. Data Subjektif

Keluhan Utama : Bergantung pada jenis perdarahan, ibu akan mengalami gejala seperti nyeri (Vicky, 2006).

Wanita mengalami tremor atau gemetar diakibatkan hilangnya ketegangan dan sejumlah energi melahirkan (Marmi, 2012).

II. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : Merupakan faktor yang menentukan, seperti anemia dan malnutrisi karena melemahkan daya tahan tubuh ibu (Sastrawinata, 2004).
- 2) Tanda-tanda vital : Tekanan darah, nadi dan pernafasan harus kembali stabil pada level pra-persalinan selama jam pertama pascapartum. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin adalah satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah yang berlebih. Suhu tubuh berlanjut meningkat, tetapi biasanya $<38^{\circ}\text{C}$ (Marmi, 2012).

2. Pemeriksaan Fisik

- a) Uterus : Tinggi fundus uteri normal, sejajar dengan pusat atau di bawah pusat (Marmi, 2012).
- b) Kandung kemih : Kandung kencing harus diusahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat yang berguna untuk menghambat terjadinya perdarahan lebih lanjut yang berakibat fatal bagi ibu (Marmi, 2012).
- c) Perineum : Evaluasi berkelanjutan untuk edema, memar dan pembentukan hematoma yang mungkin dilakukan pada

setiap pengecekan aliran lokia, untuk mendeteksi hemoroid (Marmi, 2012).

d) Lochea : Lochea rubra. Perdarahan-perdarahan normal selama 6 jam pertama yaitu satu pembalut atau seperti darah haid yang banyak (Marmi, 2012).

3. Pemeriksaan Laboratorium : Kadar Hb < 8 gr/dL (Marmi, 2012).

III. ASSESMENT

1. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH dengan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*).
- b. Masalah : Nyeri perut.
- c. Kebutuhan : HE (*Health Education*) tentang penyebab dan penanganan nyeri.

2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

- a) Infeksi nifas.
- b) Sindrom sheehan.
- c) Anemia berkepanjangan.

3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Rujukan ataupun kolaborasi dengan dr. SpOG.

III. PLANNING

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan kondisi ibu dalam keadaan stabil.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 110/60-130/90 mmHg, nadi 60-82 x/menit, suhu 36,5-37,5°C, pernapasan 16-24 x/menit, kontraksi uterus baik dan kuat, tinggi fundus uteri sesuai hari post

partum, kandung kemih kosong, tidak ada perdarahan aktif, lochea sesuai hari post partum.

Intervensi

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Rasionalisasi : Langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif (Sulistyowati, 2009).

2. Lanjutkan rehidrasi (untuk perdarahan 1 L, perlu penggantian 4-5 L) (Marmi, 2012).

Rasionalisasi : Sebagian besar cairan infus tidak tertahan di ruang intravaskuler, tetapi terjadi pergeseran ke ruang interstisial (Marmi, 2012).

3. Ajarkan ibu teknik relaksasi napas dalam.

Rasionalisasi : Relaksasi efektif untuk mengurangi rasa nyeri.

4. Lakukan langkah pada kunjungan I (6-8 jam), yaitu;

- a. Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan apabila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
- e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi.
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- g. Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

- h. Berikan 1 kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 SI segera setelah melahirkan dan vitamin A dengan dosis 200.000 SI dengan jarak pemberian dari kapsul pertama dan kedua minimal 24 jam.

8. Dokumentasikan seluruh asuhan yang diberikan.

Rasionalisasi : Jika tidak dicatat, dianggap asuhan tersebut tidak pernah dilakukan (Marmi, 2012).

Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.
3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.

2.7 Kerangka Konsep Penelitian

