

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Odema Kaki dalam Kehamilan**

##### **2.1.1 Definisi**

Oedema adalah akumulasi abnormal kelebihan cairan dalam ruang jaringan intraselular, paling sering terjadi pada bagian tubuh yang menggantung, seperti kaki dan pergelangan kaki. Edema dependen dijumpai pada 35-80% ibu hamil dan lebih sering terjadi ketika usia kehamilan bertambah. Edema fisiologis dalam kehamilan terjadi sekunder akibat retensi cairan karena tubuh bekerja untuk meningkatkan dan mempertahankan volume cairan sirkulasi yang adekuat. Tekanan uterus gravida dapat menyebabkan stasis vena dan memaksa cairan keluar dari sistem sirkulasi dan masuk ke dalam jaringan lunak. (Tharpe, Nell 2012)

##### **2.1.2 Etiologi**

Kadar estrogen yang tinggi menyebabkan pembuluh darah mudah rapuh dan pecah. Gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena di ekstermitas bawah karena :Tekanan pada vena pelvis saat duduk atau berdiri akibat uterus yang membesar dan Tekanan pada vena kava saat terlentang akibat uterus yang membesar, Peningkatan tekanan vena dapat di sebabkan volume darah yang meningkat saat kehamilan.

Penyebab edema pada ibu hamil adalah :

1. Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormon
2. Kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah

3. Peningkatan permeabilitas kapiler
4. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.(syafrudin, 2011)

### **2.1.3 Patofisiologis**

1. Kapiler jaringan terdiri atas pori-pori. Dalam keadaan normal, terdapat pertukaran cairan jaringan dari kapiler ke dalam ruang interstisial. Hal ini merupakan filtrasi cairan, dan tekanan hidrolis kapiler yang menentukan laju alirannya. Terdapat banyak faktor yang terlibat dalam proses ini sehingga adanya ketidakseimbangan akan menyebabkan edema.
2. Tekanan hidrolis menggerakkan cairan melalui dinding kapiler ke arah jaringan interstisial. Gaya hidrolis di kapiler dilawan oleh pengisapan osmotik di cairan kapiler. Dalam keadaan normal, arah aliran cairan menuju ke jaringan interstisial. Reabsorpsi air yang signifikan terjadi di kapiler distal. Namun, di sebagian besar jaringan kebanyakan cairan dikembalikan ke sirkulasi tubuh melalui sistem limfatik.
3. Drainase cairan via limfe dari jaringan dimulai pada tingkat selular, lalu cairan limfe mengalir ke arah tubulus pengumpul kecil yang kemudian mengarah limfe ke trunkus utama. Trunkus ini menyerupai tata bangun arteri-arteri besar. Pergerakan limfe pada tahap ini dihasilkan oleh kontraksi otot di trunkus limfe dan aliran satu arah dipertahankan oleh serangkaian katup. Pada ibu hamil, limfe yang diangkut tiap harinya dapat mencapai 10 liter. Limfe kembali ke sirkulasi melalui dua jalur, yakni melalui getah bening dan duktus torasikus. Peningkatan tekanan hidrostatis kapiler, penurunan tekanan osmotik plasma, atau penurunan kecepatan drainase

limfe akan menyebabkan terbentuknya edema. Kebanyakan kasus edema klinis terjadi setelah laju filtrasi kapiler melebihi kemampuan sistem limfe, meskipun sistem limfe memiliki cadangan biologis. (Hollingworth, 2011)

#### **2.1.4 Diagnosis**

Diagnosis edema kaki biasanya dibuat berdasarkan pemeriksaan palpasi dan urine dalam kehamilan yang digunakan untuk mendiagnosis yaitu : Pemeriksaan harus dilakukan dengan pencahayaan yang baik dan kedua tungkai pasien sama tinggi. Idealnya, pasien harus berbaring agar perut dan inguinal dapat diperiksa. Pemeriksaan urine harus dikerjakan untuk mencari ada tidaknya proteinuria, serta tekanan darah juga perlu diperiksa. Pemeriksaan harus melihat adakah asimetri yang disebabkan oleh pembengkakan dan derajat edema. Pemeriksaan edema *pitting* harus dikerjakan dengan memberikan tekanan lembut dan cukup lama pada suatu area, sebaliknya beralaskan daerah bertulang, misalnya 2 cm di atas malleolus medialis. Pengukuran lingkaran tungkai harus distandarisasi. Salah satu cara adalah dengan mengukur lingkaran tungkai 10 cm di bawah tuberositas tibia. Peningkatan manset ukur lebih dari 3cm bernilai secara klinis. Pada DVT, nyeri padat ditimbulkan oleh palpasi diatas sistem vena dalam. *Scanning ultrasoud* tungkai bawah menggunakan Doppler dupleks atau venografi dengan perlindungan abdomen ibu yang adekuat dari sinar X merupakan uji pilihan (Hollingworth, 2011).

### **2.1.5 Cara mengatasi odem kaki pada kehamilan**

1. Hindari kaos kaki yang ketat atau tali pita pada kaki.
2. Lakukan senam hamil secara teratur
3. Jika perlu seringlah melatih kaki untuk di tekuk ketika berdiri atau duduk.(sulistyawati, 2012)
4. Saat bangun pagi di waktu hamil, angkatlah kaki untuk beberapa saat, misalnya dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal. Sehingga aliran darah tidak mengumpul pada daerah pergelangan dan telapak kaki.
5. Apabila saat hamil masih bekerja di kantor, usahakan posisi kaki lebih tinggi pada saat duduk. Gunakan bangku kecil atau tatakan lain yang cukup tebal sebagai penopang kaki.
6. Angkat kaki sesering mungkin sewaktu hamil, sehingga memberi kesempatan cairan yang ada di bagian kaki mengalir ke atas.
7. Perbanyak istirahat dengan cara berbaring miring.
8. Coba memakai stocking penyangga otot perut untuk menghindari terjadinya penimbunan pada perut sekaligus kaki.
9. Jangan memakai stocking atau kaus kaki yang memiliki karet elastik yang dapat menekan betis sehingga dapat menghambat aliran darah dan cairan di daerah betis.
10. Perbanyak minum air putih paling sedikit 2 liter sehari. Dengan banyak memasukkan cairan ke tubuh, justru membuat tubuh hanya sedikit menyimpan air.
11. Biasakan rutin berolahraga saat sesuai kondisi. Dianjurkan untuk berenang dan mengendarai sepeda statis.

12. Makan secara teratur saat hamil.

13. Hindari konsumsi natrium saat hamil (Hollingworth, 2011)

### **2.1.6 Penambahan Berat Badan Pada Ibu Hamil**

Jumlah penambahan berat badan pada ibu hamil sangat bervariasi. Para peneliti lainnya menyarankan penambahan berat badan dibagi menurut wanita dengan berat badan kurang, berat badan normal, berat badan lebih. Rata-rata Berat badan kehamilan kurang :6, 8-11,3 kg, Normal: 11,3-15,8 kg, Lebih : 12,7-18,1 kg. Penambahan berat badan adalah cara penting untuk memonitor kesehatan janin.

Bagian distribusi berat badan selama hamil

3,2 kg (bayi)

0,67 kg (placenta, jaringan yang menghubungkan ibu dan bayi yang membawa gizi dan membuang limbah)

0,91 kg (rahim)

0,67 kg payudara buah dada membesar baik menyusui atau tidak

1,81 kg darah

0,9-1,3 kg cairan (yang bertahan dalam jaringan tubuh)

1,5-2,7 kg kandungan dalam tubuh ibu (lemak, protein, dan zat gizi lain)

Total 10,5-12,17 kg

Berat badan yang direkomendasikan selama kehamilan adalah:

1. Sampai 14 minggu tidak ada penambahan berat badan atau penambahan sampai 1 kg.
2. 14-20 minggu penambahan berat badan sampai 3 kg. Ini adalah waktu ketika nafsu makan kembali normal dan merasa sehat

3. 20-30 minggu : penambahan berat badan sampai 5 kg.
4. 30-36 minggu penambahan berat badan sampai 3 kg.
5. 36- 40 minggu idealnya tidak lagi bertambah berat badan.

Kandungan cairan yang berlebihan di dalam tubuh pada tahap manapun selama kehamilan juga mengarah pada penambahan berat badan berlebihan. Kandungan cairan meningkat jika kadar hormon tinggi dan mengonsumsi makanan yang kandungan garamnya tinggi. Resiko kesehatan sangat tinggi bagi ibu dan bayi jika terjadi penambahan berat badan berlebihan pada usia kehamilan 20-30 minggu. (Ira Puspito, 2012)

Ibu hamil seharusnya mengalami kenaikan berat badan antara 6,5 sampai 16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu. Bila berat badan selama hamil berlebih, bayi beresiko terhambat pembuluhannya akibat penyempitan pembuluh darah dan juga mengalami komplikasi baik saat hamil dan persalinan seperti perdarahan , tekanan darah tinggi, atau keracunan kehamilan (preeklamsia). (Prawiraharjo,2009)

## **2.2 Konsep Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney**

### **2.2.1 Pengertian Asuhan Kebidanan.**

Asuhan kebidanan adalah pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.(Hellen Varney 2007).

Manajemen kebidanan adalah metode/ alur yang di gunakan oleh bidan dalam menentukan ,melakukan dan mencari langka-langkah pemecahan masalah serta melakukan tindakan untuk melakukan tindakan untuk melakukan pelyanan dan menyelamatkan pasiennya dari gangguan kesehatan. (Helen Varney 2007).

## **2.2.2 Langkah-langkah manajemen kebidanan**

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

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya. (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 dikumpulkan. Data dasar yang sudaj dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

Standar nomenklatur diagnosis kebidanan :

- a. Diakui dan telah di syahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan.

d. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan.  
(Asrinah, 2010).

### **3. Identifikasi diagnosa atau masalah potensial**

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

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

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan. (alimul, 2009)

### **5. Perencanaan Asuhan Secara Menyeluruh**

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

## **6. Pelaksanaan Perencanaan**

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.(alimul,2009)

## **7. Evaluasi**

Evaluasi adalah suatu cara untuk menilai apakah tindakan asuhan kebidanan kita telah tercapai keseluruhan, sebagian atau belum tercapai sama sekali. Dari evaluasi yang didapat, ditentukan apakah rencana tindakan kebidanan relevan diterapkan atau sudah / harus dihentikan atau direvisi. Pada langkah ketujuh ini, bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar – benar terpenuhi sesuai dengan masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif apabila memang telah dilakukan secara efektif (Saminem, 2010).

### **2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan pada ibu dengan Odem Kaki**

#### **2.3.1 Kehamilan**

##### **1. Pengumpulan Data Dasar**

###### **A. Data subyektif**

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

Usia : 16-35 tahun( rochyati,2011)

###### **2. Keluhan Utama (PQRST)**

Adanya keluhan Odem pada kaki .( Syafuddin, 2011)

Pola kesehatan fungsional

a. Pola aktifitas

Selama hamil : mengurangi pekerjaan berat dan tetap melakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa.(marmi,2011)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

1) Antropometri

a. Berat badan :Kenaikan 0,5 kg/minggu pada TM III. (sulistyawati,2011)

b. Tinggi badan :  $\geq 145$  cm (rochyati,2011)

c. LILA :  $\geq 23,5$  cm (astuti,2012)

d. Pemeriksaan panggul :

a) Distancia spinarum : 23 -26 cm

b) Distancia cristarum : 26 – 29 cm

c) Conjungata eksterna : 18-20 cm

d) Distancia tuberum : 10-11 cm

e) Lingkar panggul : 80-90 cm (saminem,2009)

e. Usia Kehamilan : 40 minggu (9 bulan 7 hari) (sarwono 2010).

2) Tanda vital

a. Tekanan darah : 100/60 Mmhg – 120/80 Mmhg

b. Suhu :  $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$

c. Nadi : 80 – 100 x/menit

d. Pernafasan : 16-24 x/menit (Prawiroharjo, 2010).

Pemeriksaan Fisik

a) Wajah : Tidak oedem, tidak pucat. (astuti,2012)

b) Mata : Konjungtiva merah muda,sklera putih.

c) **Mamae** :Payudara membesar, puting susu menonjol, areola hyperpigmentasi, serta keluar kolostrum.

d) **Abdomen** :Abdomen membesar sesuai dengan usia kehamilan, terdapat linea nigra, striae gravidarum, tidak terlihat luka bekas operasi.

**Leopold I** : 3 jari bawah prosesus xypoideus, teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting.

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

**Leopold III** :Bagian bawah ibu teraba bulat, keras dan melenting tidak dapat digoyangkan..

**Leopold IV** : Kedua tangan konvergen berarti kepala belum masuk PAP, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan apabila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, usia kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP ( kusmiyati,2009)

DJJ : 120-160x/menit

e) **Genetalia** : Tidak odem, tidak ada Varises, personal hygiene baik dan tidak ada hemoroid pada anus

f) **Ekstremitas bawah** : Terdapat odem pada kaki, dan reflek patela positif kanan kiri.

## 2. Pemeriksaan laboratorium

1) **Darah** : Hb  $\geq$  11 gr % (Rochjati, 2003).

2) **Urine** : albumin urine negatif (-), reduksi urine (-) (Depkes RI,2009).

## **2. Interpretasi Data Dasar**

Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan, tunggal, Hidup, intrauterin letak kepala, kesan jalan lahir normal dan keadaan ibu dan janin baik.

Masalah : oedem pada kaki

Kebutuhan : KIE pola aktivitas dan cara mengatasi oedem kaki.

## **3. Identifikasi diagnosa atau masalah potensial**

Tidak ada

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

Tidak ada

## **5. Perencanaan Asuhan Secara Menyeluruh.**

1. Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi ibu saat ini

Rasional : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janinnya.(Doengoes, 2001).

2. Jelaskan tentang penyebab odem kaki

Rasionalisasi : peningkatan kadar sodium karena pengaruh hormon, terjadi tekakan dari pembesaran uterus pada vena pelvis ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring (Sulistyawati, 2009).

3. Anjurkan klien untuk meninggikan kakinya dengan menyangga kedua kaki dengan bantal.

Rasional : terjadi relaksasi sehingga aliran darah berjalan lancar.

4. Anjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat.

Rasionalisasi: aktivitas yang berat dianggap dapat menurunkan sirkulasi uretroplasenta, kemungkinan mengakibatkan bradikardi janin (Doengoes, 2001).

5. Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi ibu saat ini.

Rasional : ibu dan keluarga tidak cemas dan kooperatif terhadap tindakan yang akan dilakukan.

### **2.3.2. Persalinan**

#### **1. Pengumpulan Data Dasar**

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

###### **a. Keluhan utama :**

Ibu mengatakan kenceng-kenceng, mengeluarkan lendir bercampur darah dari vagina. (APN, 2008).

###### **b. Pola Fungsional**

###### **a) Aktivitas**

Ibu yang sedang dalam proses persalinan mendapatkan posisi yang paling nyaman, ia dapat berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, atau merangkak (APN, 2008).

###### **b) Riwayat psiko-sosio-spiritual**

Menjelang persalinan sebagian besar merasa takut menghadapi persalinannya, terutama untuk pertama kalinya (Manuaba, 2009).

##### **B. Data Obyektif**

Pemeriksaan Umum: Keadaan umum : baik, Kesadaran :

composmentis, Tanda –tanda vital : tekana darah 100/60-120/80mmHg,

nadi 80-100 kali/menit, Pernafasan 16-24 kali/menit , Suhu 36,5-37,5<sup>0</sup>C (Prawiroharjo, 2010).

Genetalia : tidak odema, tidak ada varices, terdapat lendir bercampur darah.

Pemeriksaan Dalam : VT Ø 1-10 cm, eff 25-100%. Ketuban (positif), jernih, letak kepala, denominator, hodge I-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian terkecil janin (Sofian, 2011).

Ekstermitas : tidak ada gangguan pergerakan, terdapat odem pada kaki, reflek patella (+)

## **2. Interpretasi Data Dasar**

Diagnosa : GPAPIAH usia kehamilan, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, dengan inpartu kala I fase laten/aktif.

Masalah : Cemas menghadapi persalinan

Kebutuhan : Berikan Asuhan sayang ibu.

## **3. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial**

Tidak ada.

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

Tidak ada

### **1. KALA I**

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 14 jam (fase laten 8 jam, fase aktif 6 jam) pada primigravida dan selama 7 jam (fase laten 4 jam, fase aktif 3 jam) pada multigravida diharapkan terjadi pembukaan lengkap (APN, 2008).

Kreteria hasil : VT Ø 1-10 cm, eff 25-100%. Ketuban (positif), jernih, letak kepala, denominator, hodge I-IV, tidak ada molase, tidak teraba bagian terkecil janin, DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit), Tanda-tanda vital dalam batas

normal : Tekanan Darah sistole 100-120 mmHg dan diastole 60-80 mmHg, Suhu 36,5-37,5°C, Nadi 80-100 x/menit, Pernafasan 16-24 x/menit (Prawiroharjo, 2010).

## **5. Perencanaan Asuhan secara menyeluruh**

1. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencanakan 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: adanya informed consent sebagai kekuatan hukum atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

3. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasionalisasi: standar APN

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

Rasionalisasi: Standar APN

5. Berikan asuhan sayang ibu

- a. Berikan dukungan emosional

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

- b. Atur posisi ibu.

Rasionalisasi: pemenuhan kebutuhan rasa nyaman

- c. Berikan nutrisi dan cairan yang cukup

Rasionalisasi: pemenuhan kebutuhan nutrisi selama kehamilan

d. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih

Rasionalisasi : tidak mengganggu proses penurunan kepala bayi.

e. Lakukan pencegahan infeksi

Rasionalisasi: terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, serta pencegahan infeksi silang.(Depkes RI, 2008)

f. Anjurkan ibu untuk teknik relaksasi

Rasionalisasi: memberi rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

g. Observasi sesuai dengan lembar patograf Rasionalisasi: mendeteksi dini secara mungkin terjadinya komplikasi

### **Kala II.**

**Tujuan :** Setelah dilakukan Asuhan kebidanan  $\pm$  60 menit untuk multigravida dan  $\pm$  120 menit untuk primigravida persalinan dapat berjalan normal (APN, 2008)

**Kriteria hasil:** Ibu kuat meneran, adanya tanda gejala kala II (dorongan ingin meneran,tekanan anus, perinium menonjol,vulva membuka)his semakin adekuat, tidak terjadi perdarahan. Bayi lahir spontan, Menangis kuat, Gerak aktif, Warna kulit kemerahan.

### **Intervensi**

Lakukan Asuhan pertolongan persalinan Normal langkah 1-26

### **Kala III.**

**Tujuan :** Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 menit diharapkan plasenta lahir spontan.

**Kreteria hasil :** Plasenta lahir lengkap, Tidak terjadi perdarahan, Kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong.

**Intervensi**

Lakukan Pertolongan Persalinan Normal langkah 27-40

**Kala IV.**

**Tujuan :** Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam di harapkan keadaan umum ibu baik.

**Kreteria hasil :** TTV dalam batas normal, uterus berkontraksi dengan baik, tidak ada berdarahan, dapat mobilisasi sendiri.

**Intervensi.**

Lakukan Pertolongan Persalinan Normal langkah 41-58

**2.3.3 Nifas**

**1. Pengumpulan Data Dasar**

**A. Data Subyektif**

1. Keluhan Utama : Nyeri pascanatal (after pains) seperti kontraksi uterus, nyeri perineum (Medforth, 2011).
2. Pola kesehatan fungsional
  - a. Eliminasi : BAK spontan 3-4 jam setelah postpartum, BAB 2-3 hari postpartum masih sulit buang air besar.(wulandari,2011)
  - b. Aktivitas : Ibu sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24 – 4 jam postpartum.( sulistyawati,2009)

**B. Data Obyektif**

1. Pemeriksaan Umum

- a) Tekanan darah : 110/70-130/90 MmHg, Nadi : 60 – 80 x/menit,  
Pernapasan 16 – 24 x/menit, Suhu : 37,5°C-38°C ( sulistyawati,2009)

## 2. Pemeriksaan fisik

- a) Muka : tidak odem, tidak pucat
- b) Dada : puting susu menonjol, ASI sudah keluar.
- c) Abdomen : berkontraksi baik( keras), tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat. Kandung kemih kosong.
- d) Genitalia : tidak ada odem, tidak ada varises, keadaan jahitan terlihat basah, terdapat lochea rubra.
- e) Anus : tidak adanya hemoroid.
- f) Ekstermitas : terdapat odem pada kaki, reflek patella +, tidak ada gangguan pergerakan ( sulistyawati,2009)

## 2. Interpretasi Data Dasar.

Diagnosa : PAPIAH 2 post partum

Masalah : Nyeri perinium

Kebutuhan : HE nutrisi, mobilisasi, dan mengurangi rasa nyeri

## 3. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial.

Tidak ada

## 4. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera.

Tidak ada

Tujuan : setelah di lakukan Asuhan kebidanan ± 30 menit diharapkan ibu mengerti tentang penjelasan bidan serta penangannya.

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik ,Tidak terjadi perdarahan, Kontraksi uterus baik.

## 5. Perencanaan Asuhan Yang menyeluruh

### 1. Informasikan semua hasil pemeriksaan

Rasionalisasi: informasi dapat mengurangi ansetas berkenaan dengan rasa takut tentang ketidak tahuan yang dapat memperberat pada keadaan klien.

### 2. Pantau TFU, UC, kontraksi uterus dan perdarahan setiap 15 menit sampai stabil

Rasionalisasi : deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi

### 3. Jelaskan penyebab nyeri pada luka jahitan

Rasionalisasi: rasa nyeri yang disebut after pains (mulas – mulas) disebabkan kontraksi rahim biasanya berlangsung 2 – 4 hari pasca persalinan (Mochtar 2011)

### 4. Diskusi pada ibu tentang :

#### a) Massage kontraksio uterus:

Rasionalisasi: merangsang kontraksi uterus dan mengontrol perdarahan.

#### b) Proses menyusui dan kandungan ASI

Rasionalisasi: pemberian ASI sejak dini dapat meningkatkan kekebalan tubuh pada bayi dan mencukupi gizi yang di butuhkan oleh bayi.

### 5. Memberikan HE tentang

#### a. Mobilisasi

Rasionalisasi: dengan melakukan mobilisasi dini diharapkan dapat memperlancar sirkulasi darah.

b. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Rasionalisasi: makan makanan yang kaya zat besi akan mengembalikan simpanan besi dalam tubuh, serta beristirahat yang cukup agar kekentalan volume darah ibu meningkat sehingga ibu tidak anemia.

c. Personal haygien

Rasionalisasi : meningkatkan kenyamanan, perasaan, bersih dan kesejahteraan. Kebutuhan psikologis lebih tinggi dapat di penuhi hanyasetelah kebutuhan fisik dasar terpenuhi.

d. Jelaskan cara merawat luka bekas jahitan

Rasionalisasi :meningkatkan rasa puas, harga diri positif dan kesejahteraan emosional Memberikesempatankepada klien/pasangan untuk bekerja dan menerima adanya bayi