

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Nifas

1. Definisi

Masa nifas adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6-8 minggu (Aiyeyeh Rukiyah, 2019:273).

Masa nifas atau post partum disebut juga puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Puerperium yaitu dari kata puer yang artinya bayi dan parous melahirkan. Jadi, puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi yaitu masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Sekitar 50% kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama post partum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi. (Susilo, 2017:1)

Waktu masa nifas yang paling lama pada wanita umumnya adalah 40 hari, dimulai sejak melahirkan atau sebelum melahirkan (yang disertai tanda-tanda kelahiran). Jika sudah selesai, masa 40 hari akan tetapi darah tidak berhenti-henti atau tetap keluar darah, maka perhatikanlah bila keluarnya disaat 'adah (kebiasaan) haid, maka itu darah haid. Akan tetapi jika darah keluar terus dan tidak pada masa-masa ('adah) haidnya dan darah itu terus dan tidak berhenti mengalir, perlu diperiksa ke bidan atau dokter. Beberapa konsep tentang pengertian masa nifas antara lain :

- a. Menurut Williams puerperium didefinisikan sebagai masa persalinan selama dan segera setelah melahirkan, meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu alat-alat reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil atau kembali normal

- b. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas 6-8 minggu.

2. Komplikasi dan penyakit dalam masa nifas

a. Infeksi masa nifas

Istilah infeksi nifas mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat-alat genital pada waktu persalinan dan nifas. Dahulu infeksi ini merupakan sebab kematian maternal yang paling penting, akan tetapi berkat kemajuan ilmu kebidanan, khususnya pengetahuan tentang sebab-sebab infeksi nifas serta pencegahannya, dan penemuan obat-obat baru seperti sulfa dan antibiotic lainnya, di Negara-negara maju peranannya sebagai penyebab kematian tersebut sudah berkurang. Di Negara-negara sedang berkembang, dengan pelayanan kebidanan yang masih jauh dari sempurna, peranan infeksi nifas masih besar.

Demam nifas atau dengan kata lain morbiditas puerperalis meliputi demam dalam masa nifas oleh sebab apapun. Menurut Joint Commite on Maternal Welfare (Amerika Serikat) definisi mordibitas puerperalis ialah kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama postpartum, dengan mengucualikan hari pertama. Suhu harus di ukur dari mulut sedikit-sedikitnya 4 kali sehari.

Dalam obstetri modern, sepsis puerperalis yang gawat jarang terjadi. Infeksi nifas umumnya disebabkan bakteri yang dalam keadaan normal berada dalam usus dan jalan lahir. Selain itu infeksi nifas dapat pula disebabkan antara lain oleh bakteri *Streptococcus haemolyticus aerobicus*, *Staphylococcus aureus*, *Eschericia coli*, dan *Clostridium Welchi*. Infeksi dapat terjadi pula melalui tangan pemeriksa atau penolong yang tertutup sarung tangan yang membawa bakteri yang sudah ada dalam vagina ke dalam uterus, droplet infection, nosokomial, koitus pada akhir kehamilan dan infeksi intrapartum.

3. Tujuan Asuhan Masa Nifas

- a. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi. Dengan diberikannya asuhan, ibu akan mendapatkan fasilitas dan dukungan dalam upayanya untuk menyesuaikan peran barunya sebagai ibu (pada kasus ibu dengan kelahiran anak pertama) dan pendampingan keluarga dalam membuat bentuk dan pola baru dengan kelahiran anak berikutnya. Jika ibu dapat melewati masa ini dengan baik maka kesejahteraan fisik dan psikologis bayi pun akan meningkat.
- b. Pencegahan, diagnose dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu Dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, kemungkinan munculnya permasalahan dan komplikasi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal.
- c. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak 9 kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu.

4. Tahapan Masa Nifas

- a. Puerperium dini (immediate puerperium) waktu 0-24 jam post partum. Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalanjalan, dalam agama islam telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. Puerperium intermedial (early puerperium) waktu 1-7 hari post partum, kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium (later puerperium) waktu 1-6 minggu post partum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan atau bahkan tahun.

5. Perubahan Masa Nifas

- a. Perubahan uterus
Involusi uteri adalah proses uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Uterus biasanya berada di organ pelvik pada hari ke-10 setelah persalinan.

Involusi uteri 13 lebih lambat pada multipara. Penurunan ukuran uterus dipengaruhi oleh proses autolisis protein dan sitoplasma miometrium. Hasil dari menurunkan ukuran uterus harus kehilangan 11 sel-sel dalam jumlah besar. Selama beberapa hari pertama setelah melahirkan endometrium dan miometrium pada tempat plasenta diserap oleh sel-sel granulosa sehingga selaput basal endometrium kembali dibentuk.

b. Pengeluaran lochea

Lochea adalah cairan atau sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Macam-macam lochea:

1) Lochea rubra (crueanta)

Berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan.

2) Lochea sanguilenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan

3) Lochea serosa

Lochea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.

4) Lochea alba

Dimulai dari hari ke-14, berbentuk seperti cairan putih serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

Selain lochea di atas, ada jenis lochia yang tidak normal, yaitu:

a) Lochea purulenta: Ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

b) Locheastasis: Lochea tidak lancar keluarnya (Astutik, 2015: 59)

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup (Astutik, 2015: 59).

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil.

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada masa nifas hari ke 5, tonus otot perineum sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil, walaupun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Untuk mengembalikan tonus otot perineum, maka pada masa nifas perlu dilakukan senam kegel (Astutik, 2015: 60)

f) Payudara/Laktasi

Payudara atau mammae adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas otot dada. Secara makroskopis, struktur payudara terdiri dari korpus (badan), areola dan papilla atau puting. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu (air susu ibu) sebagai nutrisi bagi bayi. Sejak kehamilan trimester pertama kelenjar mammae sudah dipersiapkan baik untuk menghadapi masa laktasi. Perubahan yang terjadi pada kelenjar mammae selama kehamilan adalah:

- i. Proliferasi jaringan atau pembesaran payudara. Terjadi karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang meningkat selama hamil, merangsang duktus dan alveoli kelenjar mammae untuk persiapan produksi ASI.
- ii. Terdapat cairan yang berwarna kuning (kolostrum) pada duktus laktiferus. Cairan ini kadang-kadang dapat dikeluarkan atau keluar sendiri melalui puting susu saat usia kehamilan memasuki trimester ketiga.
- iii. Terdapat hipervaskularisasi pada permukaan maupun bagian dalam kelenjar mammae (Maritalia, 2014 : 21-22)

- iv. Setelah persalinan, estrogen dan progesteron menurun drastis sehingga dikeluarkan prolaktin untuk merangsang produksi ASI. ASI kemudian dikeluarkan oleh sel otot halus disekitar kelenjar payudara yang mengkerut dan memeras ASI keluar, hormon oksitosin yang membuat otot-otot itu mengkerut. Selama kehamilan hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormon estrogen yang masih tinggi
- v. Kadar estrogen dan progesteron akan menurun pada saat hari kedua atau ketiga pasca persalinan, sehingga terjadi sekresi ASI. Pada hari-hari pertama ASI mengandung banyak kolostrum, yaitu cairan agak berwarna kuning dan sedikit lebih kental dari ASI yang disekresi setelah hari ketiga postpartum (Maritalia, 2014: 22).
- vi. Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Laktasi merupakan bagian integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk 14 manusia. Masa laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami (Mulyani, 2013:93).

6. Kebutuhan Dasar Pada Masa Nifas

a. Nutrisi dan Cairan

Menurut Yanti dan Sundawatin (2014), Nutrisi dan cairan yang diperlukan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan cadangan tenaga serta untuk, memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan pasca persalinan meliputi kalori, protein, kalsium dan vitamin D, sayuran hijau dan buah, karbohidrat kompleks, lemak, garam, cairan, vitamin, zinc, DHA. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizinya yaitu:

- Mengonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari
- Makan dengan diet gizi seimbangan untuk memenuhi karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
- Minum sedikitnya 3 liter setiap hari

- Mengonsumsi tablet besi selama 40 hari post partum dan,
- Mengonsumsi vitamin A 200.000 intra unit

b. Ambulasi

Ambulasi ibu yang baru melahirkan selama 24 jam pertama setelah kelahiran pervaginam harus melakukan ambulasi dini untuk mencegah thrombosis vena serta membantu mengencangkan otot-otot dasar panggul.

c. Eliminasi

Eliminasi BAK/BAB, diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemih. Penatalaksanaan deteksi diperlukan sehubungan kerja usus cenderung melambat dan ibu yang baru melahirkan mudah mengalami konstipasi. Factor-faktor diet memegang peranan yang penting dalam memulihkan faal usus. Ibu mungkin memerlukan bantuan memilih jenis makanan yang tepat untuk menghindari konstipasi.

d. Kebersihan diri dan perineum

Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri yaitu: mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan mengganti alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal. Melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari. Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.

e. Istirahat yang cukup

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya Antara lain anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, 16 tidur siang atau istirahat saat bayi tidur, memperlambat involusio uteri, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri.

f. Latihan/ senam nifas

Latihan /senam nifas organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan

mengencangkan bentuk tubuhnya dengan cara latihan senam. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari kesepuluh. Beberapa factor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas, Antara lain : Tingkatkan kebugaran tubuh ibu, riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan, kesulitan adaptasi postpartum, Tujuan senam nifas yaitu :

- Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- Mempercepat proses involusi uteri
- Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum
- Memperlancar pengeluaran lokea
- Membantu mengurangi sakit
- Merelaksasi otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan,
- Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas.

7. Asuhan Sayang Ibu Masa Nifas

a. Kebersihan diri

- Anjurkan kebersihan seluruh tubuh.
- Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva,dari depan kebelakang,baru kemudian me bersihkan daerah sekitar anus.nasihatkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali BAK/BAB
- Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain membalut setidaknya dua kali perhari.kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari atau di strika
- Saran kan ibu untuk mencuci tangandengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya
- Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi,sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

b. Istirahat

Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

- Sarankan ia untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan,serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal
 - Mengurangi jumlah asi yang diproduksi.
 - Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
 - Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi dan diri sendiri.

c. Gizi

Ibu menyusui harus:

- Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein,mineral dan vitamin yang cukup
- Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari(anjurkan ibu untuk minum tiap kali menyusui).
- Pil zat besi harus di minum untuk menambahzat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin
- Minum kapsul vitamin a (200000 unit) agar bisa memerikan vitamin a kepada bayinya melalui ASI.

B. Perdarahan Post Partum Primer

1. Definisi

Perdarahan post partum primer adalah Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan kelainan pembekuan darah.

2. Epidemiologi

Perdarahan karena kontraksi rahim yang lemah setelah anak lahir meningkat insidennya pada kehamilan dengan pembesaran rahim yang berlebihan seperti pada kehamilan ganda, hidramnion, anak terlalu besar ataupun pada rahim yang melemah daya kontraksinya seperti pada grande multipara, interval kehamilan yang pendekatau pada kehamilan usia lanjutinduksi partus dengan oksitosin, his yang terlalu kuat sehingga anak

dilahirkan terlalu cepat dan sebagainya Perdarahan postpartum dini jarang disebabkan oleh retensi potongan plasenta yang kecil tetapi plasenta yang tersisa sering menyebabkan perdarahan pada akhir masa nifas. Kadang-kadang plasenta tidak segera terlepas bidang obstetri membuat batas-batas durasi kala tiga secara agak ketat sebagai upaya untuk mendefinisikan retensio plasenta sehingga perdarahan akibat terlalu lambatnya pemisahan plasenta dapat dikurangi Combs dan Laros meneliti 12.275 persalinan pervaginam tunggal dan melaporkan median durasi kala III adalah 6 menit dan 3,3% berlangsung lebih dari 30 menit. Beberapa tindakan untuk mengatasi perdarahan, termasuk kuretase atau transfusimeningkat pada kala tiga yang mendekati 30 menit atau lebih. Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah pada sebelum hamil dan derajat anemia saat kelahiran Gambaran perdarahan postpartum yang dapat mengecohkan adalah nadi dan tekanan darah yang masih dalam batas normal sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak (Aiyeyeh Rukiyah, 2019:116).

3. Etiologi

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu tone (tonus; atonia uteri), tissue (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), tears (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan thrombin (koagulopati; gangguan pembekuan darah). Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yaitu sebesar 70% dan sekaligus penyebab utama kematian maternal. Trauma seperti laserasi, ruptura uteri dll. Sebesar 20%, tissue (jaringan) seperti retensio plasenta, sisa plasenta sebesar 10% serta thrombin (koagulopati) atau gangguan pembekuan darah seperti idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), thrombotic thrombocytopenic purpura, penyakit von Willebrand dan hemofilia, menyumbang 1% sebagai penyebab PPH.

4. Klasifikasi perdarahan postpartum

Perdarahan dibagi menjadi minor yaitu 500-1000 ml atau mayor >1000 ml. Perdarahan mayor dapat dibagi menjadi sedang yaitu 1000-2000 ml atau berat >2000 ml. Pembagian lain menurut Sibai adalah perdarahan ringan (mild) apabila jumlah perdarahan ≤ 1500 ml, berat (severe) >1500 ml, dan massif >2500 ml. Berdasarkan waktu terjadinya dibagi menjadi perdarahan postpartum primer (*primary post partum haemorrhage*) yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama postpartum, sedangkan sekunder (*secondary post partum haemorrhage*) merupakan perdarahan yang terjadi setelah periode 24 jam sampai 6 minggu postpartum. Penyebab utama perdarahan postpartum adalah atonia uteri.

Tabel 1. Klasifikasi Perdarahan Postpartum Berdasarkan Jumlah Perdarahan

Klasifikasi	Perkiraan perdarahan (ml)	Persentase perdarahan (%)	Tanda & gejalaklinis	Tindakan
0 (normal)	<500	<10	Tidak ada	
Garis Waspada				
1	500-1000	<15	Minimal	Perlu pengawasan
				ketat dan terapi cairan infus
Garis Bertindak				
2	1200-1500	20-25	Frekuensi nadi Halus Hipotensipostural	Terapi cairan infus
3	1800-2100	30-35	Takikardia Akraldingin Takipnu	Manajemen aktif agresif
4	>2400	>4 0	Syok	Manajemen aktifkritisal (risiko50% mortalitasbila tidak ditatalaksana aktif)

5. Pengelolaan dan Penatalaksanaan

Manajemen aktif persalinan kala tiga terbukti mencegah terjadinya perdarahan postpartum. Manajemen aktif persalinan kala tiga terdiri dari tiga yaitu injeksi oksitosin segera setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali, dan masase uterus pasca kelahiran plasenta.

Prosedur penanganan perdarahan postpartum dapat disingkat dengan HAEMOSTASIS (Tabel 2). Tatalaksana ini terdiri dari tatalaksana awal diantaranya meminta bantuan, memasang jalur intravena dengan kateter ukuran besar, mencari etiologi dan melakukan masase uterus. Langkah

selanjutnya yaitu memberikan obat-obatan berupa 20amper20n20 uterotonika, diantaranya oksitosin, metilergometrin, dan misoprostol. Oksitosin diberikan 10-20 unit dalam 500 mL NaCl 0,9%. Misoprostol merupakan analog prostaglandin E1 diberikan dengan dosis 600-1000 mcg dengan rute pemberian per oral, rektalatau vaginal.

Setelah memberikan obat-obatan, 20 amper 20 selanjutnya adalah memberikan tatalaksana konservatif non bedah, seperti menyingkirkan 20amper sisa plasenta atau robekan jalan lahir, melakukan kompresi bimanual atau kompresi aorta abdominal, serta memasang tampon uterus vagina dan kondom kateter. Langkah selanjutnya dari tatalaksana perdarahan postpartum adalah melakukan tatalaksana konservatif bedah, yakni metode kompresi uterus dengan 20amper B-Lynch, devaskularisasi 20amper perdarahan pelvis, atau embolisasi arteri 20amper20 dengan radiologi intervensi. Langkah terakhir adalah melakukan histerektomi subtotal atau total.

WHO membuat rekomendasi penanganan perdarahan postpartum yang kurang lebih sama dengan 20 amper 20 HAEMOSTASIS. Berikut penjabaran praktis upaya tatalaksana perdarahan postpartum dan persiapan rujukan pada berbagai kondisi :

Tabel 2. Langkah HAEMOSTASIS untuk tatalaksana perdarahan postpartum

HAEMOSTASIS		
H	Meminta pertolongan	Langkah awal
A	Akses vena dengan kateter ukuran besar (18G) dan infus kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) serta transfusi	
E	Etiologi dan 21amper21n21 uterotonik	
M	Masase uterus	
O	Preparat 21amper21n21c dan misoprostol	Obat-obatan
S	Persiapan kamar operasi. Singkirkan 21amper sisa plasenta, robekan jalan lahir, kompresi bimanual, dan kompresi aorta Abdominal	Konservatif non-bedah
T	Tampon uterus vagina, kondom kateter	
A	Kompresi uterus (bedah), 21amper B-Lynch	Konservatif bedah
S	Devaskularisasi 21amper perdarahan pelvis : Lasobudiman, a. Uterina, a. Ovarika, a. Hipogastrika	
I	Embolisasi a.Uteri dengan radiologi intervensi	
S	Histerektomi subtotal/total	Last effort/21amper21 akhir

6. Gejala Klinis Perdarahan Postpartum

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran PPP yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain.

Gambaran klinis pada hipovolemia dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Gambaran klinis perdarahan obstetri

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (sistolik)	Tanda dan Gejala	Derajat syok
500-1000 mL (<15-20%)	Normal	Tidak ditemukan	-
1000-1500 mL (20- 25%)	80-100 mmHg	Bradikardi (<100 kali per menit) Berkeringat Lemah	Ringan
1500-2000 mL (25- 35%)	70-80 mmHg	Takikardi (100-120 kali/menit) Oliguria Gelisah	Sedang
2000-3000 mL (35- 50%)	50-70 mmHg	Takikardi (>120 kali/menit) Anuria	Berat

Sumber : B-Lynch (2018)

7. Diagnosis Perdarahan Postpartum

Tabel 4. Diagnosis perdarahan postpartum

No	Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan
1.	-Uterus tidak berkontraksi dan lembek -Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer atau P3)	-Syok	-Atonia Uteri
2.	-Perdarahan segera (P3) -Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3) -Uterus kontraksi baik -Plasenta lengkap	-Pucat -Lemah -Menggigil	-Robekan jalan lahir
3.	-Plasenta belum lahir setelah 30 menit -Perdarahan segera (P3) -Uterus kontraksi baik	-Tali pusat putus akibat traksi berlebihan -Inversio uteri akibat tarikan -Perdarahan lanjutan	-Retensio Plasenta
4.	-Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap -Perdarahan segera (P3)	- Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	- Tertinggalnya sebagian plasenta
5.	-Uterus tidak teraba -Lumen vagina terisi massa -Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir) -Perdarahan segera (P3) - Nyeri sedikit atau berat	-Syok neurogenik -Pucat dan limbung	-Inversio Uteri
6.	- Sub-involusi uterus - Nyeri tekan perut bawah - Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S. - Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi)	- Anemia - Demam	- Perdarahan terlambat - Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi atau tidak)
7.	- Perdarahan segera (P3) (Perdarahan intraabdominal dan atau vaginum) - Nyeri perut berat	- Syok - Nyeri tekan perut - Denyut nadi ibu cepat	- Robekan dinding uterus (ruptura uteri)

Sumber : Saifuddin, 2019

C. Faktor-faktor penyebab perdarahan postpartum primer

Berdasarkan saat terjadinya PPP dapat dibagi menjadi PPP primer, yang terjadi dalam 24 jam pertama dan disebabkan oleh atonia uteri, berbagai robekan jalan lahir dan sisa sebagian plasenta. Dalam kasus yang jarang, bisa karena inversio uteri PPP sekunder yang terjadi setelah 24 jam persalinan, biasanya oleh karena sisa plasenta.

Jumlah perdarahan yang diperkirakan terjadi sering hanya 50 % dari jumlah darah yang hilang. Perdarahan yang aktif dan merembes terus dalam waktu lama saat melakukan prosedur tindakan juga bisa menyebabkan PPP. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemeriksaan Hb dan hematokrit untuk memperkirakan jumlah perdarahan yang terjadi saat persalinan dibandingkan dengan keadaan prapersalinan.

1. Atonia Uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. (Sarwono, 2020:524).

Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek. Hal ini merupakan penyebab perdarahan postpartum yang paling penting dan bisa terjadi segera setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan. Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik. (Ai Yeyeh Rukiyah, 2019:217).

Atonia uteri merupakan penyebab utama terjadinya Perdarahan pasca persalinan pada atonia uteri, uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan. Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek. Hal ini merupakan penyebab perdarahan postpartum yang paling penting dan biasa terjadi segera setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan. Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik.

Overdistensi uterus, baik absolut maupun relatif, merupakan faktor risiko mayor terjadinya atonia uteri. Overdistensi uterus dapat disebabkan

oleh kehamilan ganda, janin makrosomia, polihidramnion atau abnormalitas janin (misal hidrosefalus berat), kelainan struktur uterus atau kegagalan untuk melahirkan plasenta atau distensi akibat akumulasi darah di uterus baik sebelum maupun sesudah plasenta lahir.

Lemahnya kontraksi miometrium merupakan akibat dari kelelahan karena persalinan lama atau persalinan dengan tenaga besar, terutama bila mendapatkan stimulasi. Hal ini dapat pula terjadi sebagai akibat dari inhibisi kontraksi yang disebabkan oleh obat-obatan seperti agen anestesi terhalogenisasi, nitrat, obat-obat antiinflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, betasimpatomimetik dan nifedipin. Penyebab lain yaitu plasenta letak rendah, toksin bakteri (korioamnionitis, endometriitis, septikemia), hipoksia akibat hipoperfusi atau uterus couvelaire pada abruptio plasenta dan hipotermia akibat resusitasi masif. Data terbaru menyebutkan bahwa grandemultiparitas bukan merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya perdarahan postpartum.

a. Perdarahan oleh karena atonia uteri dapat dicegah dengan

- 1) Melakukan secara rutin manajemen aktif kala III pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insidens perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri.
- 2) Pemberian misoprostol peroral 2-3 tablet (400-600 µg) segera setelah bayi lahir.

b. Faktor predisposisinya adalah sebagai berikut:

- 1) Regangan rahim berlebihan karena kehamilan gemeli, polihidramnion, atau anak terlalu besar.
- 2) Kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep
- 3) Kehamilan grande-multipara
- 4) Ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemia, atau menderita penyakit menahun
- 5) Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.
- 6) Infeksi intrauterin (korioamnionitis)
- 7) Ada riwayat pernah atonia uteri sebelumnya

c. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada 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.

d. Pencegahan Atonia Uteri

Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi risiko perdarahan pospartum lebih dari 40%, dan juga dapat mengurangi kebutuhan obat tersebut sebagai terapi. Manajemen aktif kala III dapat mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan, anemia dan kebutuhan transfusi darah.

Kegunaan utama oksitosin sebagai pencegahan atonia uteri yaitu onsetnya yang cepat, dan tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah atau kontraksi tetani seperti ergometrin. Pemberian oksitosin paling bermanfaat untuk mencegah atonia uteri. Pada manajemen kala III harus dilakukan pemberian oksitosin setelah bayi lahir. Aktif protokol yaitu pemberian 10 unit IM, 5 unit IV bolus atau 10-20 unit per liter IV drip 100-150 cc/jam

Analog sintetik oksitosin, yaitu karbetosin, saat ini sedang diteliti sebagai uterotonika untuk mencegah dan mengatasi perdarahan pospartum dini. Karbetosin merupakan obat long-acting dan onset kerjanya cepat, mempunyai waktu paruh 40 menit dibandingkan oksitosin 4-10 menit. Penelitian di Kanada membandingkan antara pemberian karbetosin bolus IV dengan oksitosin drip pada pasien yang dilakukan operasi sesar. Karbetosin ternyata lebih efektif dibanding oksitosin.

e. Manajemen Atonia Uteri

- 1) Resusitasi : Apabila terjadi perdarahan pospartum banyak maka penanganan awal yaitu resusitasi dengan oksigenasi dan pemberian cairan cepat, monitoring tanda-tanda vital, monitoring jumlah urin, dan monitoring saturasi oksigen. Periksa
- 2) Masase dan kompresi bimanual: Masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan perdarahan. Pemijatan fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (max 15 detik), jika uterus berkontraksi maka lakukan evaluasi, jika uterus berkontraksi tapi perdarahan uterus berlangsung, periksa apakah perineum atau vagina dan serviks mengalami lacerasi dan jahit atau rujuk segera.
- 3) Jika uterus tidak berkontraksi maka: Bersihkan bekuan darah atau selaput ketuban dari vagina dan lobang serviks, pastikan bahwa kandung kemih telah kosong, lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit. Jika uterus berkontraksi, teruskan KBI selama 2 menit, keluarkan tangan perlahan-lahan dan kopantau kala empat dengan ketat. Jika uterus tidak berkontraksi, maka: Anjurkan keluarga untuk mulai melakukan kompresi bimanual eksternal, Keluarkan tangan perlahan-lahan; Berikan ergometrin 0,2 mg LM (jangan diberikan jika hipertensi) Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 ml RL + 20 unit oksitosin. Habiskan 500 ml pertama secepat mungkin. Ulangi KBI Jika uterus berkontraksi, pantau ibu dengan seksama selama kala empat. Jika uterus tidak berkontraksi maka rujuk segera.
- 4) Pemberian uterotonika
Oksitosin merupakan hormon sintetik yang diproduksi oleh lobus posterior hipofisis. Obat ini menimbulkan kontraksi uterus yang efeknya meningkat seiring dengan meningkatnya umur kehamilan dan timbulnya reseptor oksitosin. Pada dosis rendah oksitosin menguatkan kontraksi dan meningkatkan frekwensi, tetapi pada dosis tinggi menyebabkan tetani. Oksitosin dapat diberikan secara

IM atau IV, untuk perdarahan aktif diberikan lewat infus dengan ringer laktat 20 IU perliter, jika sirkulasi kolaps bisa diberikan oksitosin 10 IU intramietrikal (IMM). Efek samping pemberian oksitosin sangat sedikit ditemukan yaitu mausea dan vomitus, efek samping lain yaitu intoksikasi cairan jarang ditemukan.

Metilergonovin maleat merupakan golongan ergot alkaloid yang dapat menyebabkan tetani uteri setelah 5 menit pemberian IM. Dapat diberikan secara IM 0,25 mg, dapat diulang setiap 5 menit sampai dosis maksimum 1,25 mg, dapat juga diberikan langsung pada miometrium jika diperlukan (IMM) atau IV bolus 0,125 mg. Obat ini dikenal dapat menyebabkan vasospasme perifer dan hipertensi, dapat juga menimbulkan mausea dan vomitus. Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipertensi. almunsmoeilind

Uterotonika prostaglandin merupakan sintetik analog 15 metil prostaglandin. Dapat diberikan secara intramietrikal, intraservikal, transvaginial, intravenous, intramuscular, dan rektal. Pemberian secara IM atau IMM 0,25 mg, yang dapat diulang setiap 15 menit sampai dosis maksimum 2 mg Pemberian secara rektal dapat dipakai untuk mengatasi perdarahan pospartum (5 tablet 200 µg 1 g). Prostaglandin ini merupakan Uterotonika yang efektif tetapi dapat menimbulkan efek samping prostaglandin seperti: Nausea, vomitus, diare, sakit kepala, hipertensi dan bronkospasme yang disebabkan kontraksi otot halus, bekerja juga pada sistem termoregulasi sentral, sehingga kadang-kadang menyebabkan muka kemerahan, berkeringat, dan gelisah yang disebabkan peningkatan basal temperatur hal ini menyebabkan penurunan saturasi oksigen. Uterotonika ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan kelainan kardiovaskular, pulmonal, dan disfungsi hepatic. Efek samping serius han penggunaannya jarang ditemukan dan sebagian besar dapat hilang sendiri. Dari beberapa laporan kasus penggunaan

prostaglandin efektif untuk mengatasi perdarahan persisten yang my disebabkan atonia uteri dengan angka kesuksesan 84%-96% Perdarahan pospartum dini sebagian besar disebabkan oleh hahin atonia uteri maka perlu dipertimbangkan penggunaan uterotonika ini untuk mengatasi perdarahan masif yang terjadi.

- 5) Operatif (dilakukan oleh dokter spesialis kandungan) Beberapa penelitian tentang ligasi arteri uterina menghasilkan angka keberhasilan 80-90% Pada teknik ini dilakukan ligasi arteri uterina yang berjalan disamping uterus setinggi batas atas segmen bawah rahim. Jika dilakukan SC, ligasi dilakukan 2-3 cm di bawah irisan segmen bawah rahim Untuk melakukan ini diperlukan jarum atraumatik yang besar dan benang absorbable yang sesuai. Arteri dan vena uterina diligasi dengan melewati jarum 2-3 cm medial vasa uterina, masuk ke miometrium keluar di bagian avaskular ligamentum latum lateral vasa uterina. Saat melakukan ligasi hindari rusaknya vasa uterina dan ligasi harus mengenal cabang ascenden arteri miometrium, untuk itu penting untuk menyertakan 2-3 cm miometrium Jahitan kedua dapat dilakukan jika langkah di atas tidak efektif dan jika terjadi perdarahan pada segmen bawah rahim Dengan menyisihkan vesika urinaria, ligasi kedua dilakukan bilateral pada vasa uterina bagian bawah, 3-4 cm di bawah ligasi vasa uterina atas Ligasi ini harus mengenai sebagian besar cabang arteri uterina pada segmen bawah rahim dan cabang arteri uterina yang menuju ke servik, jika perdarahan masih terus berlangsung perlu dilakukan bilateral atau unilateral ligasi vasa ovarian

Ligasi arteri Iliaka Interna (dilakukan oleh dokter spesialis kandungan) identifikasi bifurkasi arteri iliaka, tempat ureter menyilang. Untuk melakukannya harus dilakukan insisi 5-8 cm pada peritoneum lateral paralel dengan garis ureter. Setelah peritoneum dibuka, ureter ditarik ke medial kemudian dilakukan ligasi arteri 2,5 cm distal bifurkasi iliaka interna dan eksterna Klem dilewatkan di belakang arteri, dan dengan menggunakan

benang non absorbable dilakukan dua ligasi bebas berjarak 1,5-2 cm. Hindari trauma pada vena iliaka interna. Identifikasi denyut arteri iliaka eksterna dan femoralis harus dilakukan sebelum dan sesudah ligasi. Risiko ligasi arteri iliaka adalah trauma vena iliaka yang dapat menyebabkan perdarahan. Dalam melakukan tindakan ini dokter harus mempertimbangkan waktu dan kondisi pasien. Teknik B-Lynch dikenal juga dengan “brace suture”, ditemukan oleh Christopher B Lynch 1997, sebagai tindakan operatif alternatif untuk mengatasi perdarahan postpartum akibat atonia uteri. Histerektomi (dilakukan oleh dokter spesialis kandungan)

- 6) Histerektomi peripartum merupakan tindakan yang sering dilakukan jika terjadi perdarahan postpartum masif yang membutuhkan tindakan operatif. Insidensi mencapai 7-13 per 10.000 kelahiran, dan lebih banyak terjadi pada persalinan abdominal dibandingkan vaginal
- 7) Kompresi Bimanual (boleh dilakukan oleh bidan yang sudah berpengalaman) Peralatan: Sarung tangan steril, dalam keadaan sangat gawat lakukan dengan tangan telanjang yang telah dicuci. Teknik: Basuh genitalia eksterna dengan larutan disinfektan; dalam kedaruratan tidak diperlukan. Eksplorasi dengan tangan kiri, sisipkan tinju kedalam fornix anterior vagina, tangan kanan (luar) menekan dinding abdomen diatas fundus uteri dan menangkap uterus dari belakang atas, tangan dalam menekan uterus keatas terhadap tangan luar, itu tidak hanya menekan uterus, tetapi juga meregang pembuluh darah aferen sehingga menyempitkan lumennya. Kompresi uterus bimanual dapat ditangani tanpa kesulitan dalam waktu 10-15 menit. Biasanya ia sangat baik mengontrol bahaya sementara dan sering menghentikan perdarahan secara sempurna. Bila uterus refrakter oksitosin, dan perdarahan tidak berhenti setelah kompresi bimanual, maka histerektomi tetap merupakan tindakan terakhir. Pada kehamilan cukup bulan aliran darah ke uterus sebanyak 500-800 cc/menit. Jika uterus tidak

berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta. Bila uterus berkontraksi maka miometrium takan menjepit anyaman pembuluh darah yang berjalantantara sinus serabut otot tadi. Dengan hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum ibu lemas, kesadaran composmetis, tandatanda vital: TD 90/70 mmHg, suhu 34,8° C, nadi 65 x/menit, respirasi 17x/menit, plasenta lahir lengkap, uterus lembek, tidak ada kontraksi, pengeluaran vaginam lochea rubra, perdarahan >500 cc. Setelah dilakukan massase uterus selama 15 detik. Kompresi Bimanual Internal (KBI) (boleh dilakukan oleh bidan yang sudah berpengalaman).

- 1) Pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dengan lembut masukkan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus dan ke dalam vagina kemudian Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri mungkin hal ini menyebabkan uterus tak dapat berkontraksi secara penuh.
- 2) Setelah seluruh tangan telah masuk, kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus, ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.
- 3) Tekan kuat uterus diantara kedua tangan, kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta) di dinding uterus dan juga merangsang myometrium untuk berkontraksi.
- 4) Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus, ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.
- 5) Tekan kuat uterus diantara kedua tangan. Kompresi uterus ini

memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta) di dinding uterus dan juga merangsang myometrium untuk berkontraksi.

- 6) dilakukan KBI: Atonia uteri seringkali bisa di atasi dengan KBI. Jika KBI tidak berhasil dalam waktu 5 menit diperlukan tindakan-tindakan lain.
- 7) Berikan 0.2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg perrektal. Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat menaikkan tekanan darah.
- 8) Gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan ringer laktat yang mengandung 20 unit oksitosin. Alasan: Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian cairan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus. Ringer laktat diberikan untuk restorasi volume cairan yang hilang selama perdarahan.
- 9) Pakai sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI. Alasan: KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
- 10) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena hal ini bukan atonia uteri sederhana. Ibu membutuhkan tindakan gawatdarurat di fasilitas kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
- 11) Sambil membawa ibu ke tempat rujukan, teruskan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.
- 12) Infus 500 ml/jam pertama dihabiskan dalam waktu 10 menit dan berikan tambahan 500 ml/jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 L dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125 cc/jam.
- 13) Jika cairan infus tidak cukup, infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan

pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi.

- a) Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) (boleh dilakukan oleh bidan yang sudah berpengalaman)
- 1) Letakkan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan corpus uteri dan di atas simpisis pubis
 - 2) Letakkan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang corpus uteri, sejajar dinding depan corpus uteri. Usahakan untuk mencakup atau memegang bagian uterus seluas mungkin.
 - 3) Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah dalam anyaman myometrium dapat di jepit secara manual. Cara ini dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksi.

f. Tata Laksana Khusus

1. Lakukan pemijatan uterus
2. Pastikan plasenta lahir lengkap
3. Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 unit IM. Lanjutkan infus oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.
4. Bila tidak tersedia oksitosin atau bila perdarahan tidak berhenti, berikan ergometrin 0,2 mg IM atau IV (lambat), dapat diikuti pemberian 0,2 mg IM setelah 15 menit, dan pemberian 0,2 mg IM/IV (lambat) setiap 4 jam bila diperlukan. Jangan berikan lebih dari 5 dosis (1 mg). Hal-hal yang perlu diperhatikan seperti tidak boleh diberikan lebih dari 3 liter larutan intravena yang mengandung oksitosin serta tidak boleh diberikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi berat/tidak terkontrol, penderita sakit jantung, dan pembuluh darah tepi.
5. Jika perdarahan berlanjut, berikan 1 g asam traneksamat IV (bolus

selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit).

6. Lakukan pasang kondom kateter atau kompresi bimanual internal selama 5 menit.
7. Siapkan tindakan operatif atau rujuk ke fasilitas yang lebih memadai sebagai antisipasi bila perdarahan tidak berhenti.
8. Di rumah sakit rujukan, lakukan tindakan operatif bila kontraksi uterus tidak membaik, dimulai dari yang konservatif. Pilihan-pilihan tindakan operatif yang dapat dilakukan antara lain prosedur jahitan B-lymph, embolisasi arteri uterina, ligasi arteri uterine dan arteri ovarika, atau prosedur histerektomi subtotal.

2. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta (habitual retensio plasenta). Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan infeksi karena sebagai benda mati dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan terjadi degenerasi ganas kario karsinoma. Sewaktu suatu bagian plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Gejala dan tanda yang bisa ditemui adalah perdarahan segera, uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang. Plasenta tertahan jika tidak dilahirkan dalam 30 menit setelah janin lahir. Plasenta mungkin terlepas tetapi terperangkap oleh serviks, terlepas sebagian, secara patologis melekat (plasenta akreta, inkreta, percreta) (Ai yeyeh rukiyah dkk, 2019:229)

Retensio plasenta adalah plasenta yang tidak terpisah dan menimbulkan hemorrhage yang tidak tampak, dan juga didasari pada lamanya waktu yang berlalu antara kelahiran bayi dan keluarnya plasenta yang diharapkan. Beberapa ahli klinik menanganinya setelah 5 menit. Kebanyakan bidan akan menunggu satu setengah jam bagi plasenta untuk keluar sebelum menyebutnya tertahan.

a. Fisiologis Plasenta

Klasifikasi plasenta merupakan proses fisiologis yang terjadi dalam kehamilan akibat deposisi kalsium pada plasenta. Klasifikasi pada plasenta terlihat mulai kehamilan 29 minggu dan semakin meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan. Terutama setelah kehamilan 33 minggu. Selama kehamilan pertumbuhan uterus lebih cepat daripada pertumbuhan plasenta. Sampai usia kehamilan 20 minggu plasenta menempati sekitar $\frac{1}{4}$ luas permukaan myometrium dan ketebalannya tidak lebih dari 2-3 cm, menjelang kehamilan aterm plasenta menempati sekitar $\frac{1}{8}$ luas permukaan myometrium, dan ketebalannya dapat mencapai 4-5 cm. Ketebalan plasenta yang normal jarang melebihi 4 cm, plasenta yang menebal (plasentomegali) dapat dijumpai pada ibu yang menderita diabetes mellitus, ibu anemia ($Hb < 8$ gr%), hidrop fetalis, tumor plasenta, kelainan kromosom, infeksi (sifilis, CMV), dan perdarahan plasenta. Plasenta yang menipis dapat dijumpai pada preeklampsia, pertumbuhan janin terhambat (PJT), infark plasenta, dan kelainan kromosom. Belum ada batasan yang jelas mengenai ketebalan minimal plasenta yang masih dianggap normal. Beberapa penulis memakai batasan tebal minimal plasenta normal antara 1,5 – 2,5 cm.

b. Fisiologis Pelepasan Plasenta

Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi myometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil, sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus dan tidak dapat berkontraksi atau berintraksi pada area pemisahan bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah pemisahan kontraksi uterus berikutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta.

c. Penyebab Retensio Plasenta

Secara fungsional dapat terjadi karena his kurang kuat (penyebab terpenting), dan Plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi disudut tuba) bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis), dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil) Plasenta yang sukar lepas karena penyebab diatas disebut plasenta adhesive.

Tabel 5. Gambaran dan Dugaan Penyebab Retensio Plasenta

Gejala	Separasi/ Akreta Parsial	Plasenta Inkarserata	Plasenta Akreta
Konsistensi Uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi Fundus	Sepusat	2 jari dibawah pusat	Sepusat
Bentuk Uterus	Diskoid	Agak globuler	Diskoid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali Pusat	Terjulus sebagian	Terjulus	Tidak terjulus
Ostium Uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka
Separasi Plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali

d. Tertinggalnya Sebagian Plasenta (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.

Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan setelah beberapa haripulang ke rumah dan subinvolusi uterus.

- 1) Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan setelah beberapa hari pulang ke rumah dan subinvolusi

uterus.

- 2) Berikan antibiotika (Sesuai Instruksi dokter) karena perdarahan juga merupakan gejala metritis. Antibiotika yang dipilih adalah ampicilin dosis awal 1 g IV dilanjutkan 3 x 1 g oral dikombinasi dengan metronidazol 1 g supositoria dilanjutkan 3 x 500 mg oral.
- 3) Lakukan eksplorasi digital (Bidan boleh melakukan) (bila serviks terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan. Bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrumen, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan dilatasi dan kuretase (dilakukan oleh dokter obgyn).
- 4) Bila kadar Hb < 8 g/dL berikan transfusi darah. Bila kadar Hb > 8 g/dL, berikan sulfas ferosus 600 mg/hari selama 10 hari (sesuai petunjuk dokter kandungan)

e. Tanda dan Gejala

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

Tertinggalnya plasenta (sisa plasenta), gejala yang selalu ada plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera. Gejala yang kadang-kadang timbul uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus tidak berkurang. Penilaian retensio plasenta harus dilakukan dengan benar karena ini untuk menentukan sikap pada saat bidan akan mengambil keputusan untuk melakukan manual plasenta, karena retensio bisa disebabkan oleh beberapa hal antara lain:

- 1) Plasenta adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis
- 2) Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai sebagian lapisan miometrium, perlekatan plasenta sebagian atau total pada dinding uterus. Pada plasenta akreta vili

chorialis menanamkan diri lebih dalam ke dalam dinding rahim dari pada biasa ialah sampai kebatas atas lapisan otot rahim. Plasenta akreta ada yang kompleta, yaitu jika seluruh permukaannya melekat dengan erat pada dinding rahim. Plasenta akreta yang parsialis, yaitu jika hanya beberapa bagian dari permukaannya lebih erat berhubungan dengan dinding rahim dari biasa. Plasenta akreta yang kompleta, inkreta, dan percreta jarang terjadi. Penyebab plasenta akreta adalah kelainan desidua yang terlalu tipis

- 3) Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau melewati lapisan miometrium.
- 4) Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta We yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus
- 5) Plasenta inkar serata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

f. Penanganan Retensio Plasenta dengan Separasi Parsial

- 1) Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil.
- 2) Regangkan tali pusat dan minta pasien untuk mengedan. Bila ekspulsi plasenta tidak terjadi, coba traksi terkontrol tali pusat
- 3) Pasang infus oksitosin 20 IU dalam 500 mL NS/RL dengan 40 tetes per menit. Bila perlu, kombinasikan dengan misoprostol 400 mg per rektal (sebaiknya tidak menggunakan ergometrin karena kontraksi tonik yang timbul dapat menyebabkan plasenta terperangkap dalam kavum uteri).
- 4) Bila traksi terkontrol gagal untuk melahirkan plasenta, lakukan manual plasenta secara hati-hati dan halus untuk menghindari terjadinya perforasi dan perdarahan.
- 5) Lakukan transfusi darah apabila diperlukan.
- 6) Beri antibiotika profilaksis (ampisilin 2 g IV/ oral + metronidazol 1

g supositoria/oral)

- 7) Segera atasi bila terjadi komplikasi perdarahan hebat, infeksi, syok neurogenik Penanganan plasenta akreta:
 - a) Tanda penting untuk diagnosis pada pemeriksaan luar adalah ikutnya fundus atau korpus bila tali pusat ditarik. Pada pemeriksaan dalam sulit ditentukan tepi plasenta karena implantasi yang dalam.
 - b) Upaya yang dapat dilakukan pada fasilitas kesehatan dasar adalah menentukan diagnosis, stabilisasi pasien dan rujuk ke rumah sakit rujukan karena kasus ini memerlukan tindakan operatif.

g. Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Dalam melakukan penatalaksanaan pada retensio plasenta sebaiknya bidan harus mengambil beberapa sikap dalam menghadapi kejadian Retensio plasenta yaitu

- 1) Sikap Umum Bidan: Melakukan pengkajian data secara subyektif dan obyektif antara lain: Keadaan umum penderita, apakah ibu anemis, bagaimana jumlah perdarahannya, keadaan umum penderita, keadaan fundus uteri, mengetahui keadaan plasenta, apakah plasenta inkasera, melakukan tes plasenta lepas dengan metode kustner, metode klein metode starsman, metode manuaba, memasang infus dan memberikan cairan pengganti
- 2) Sikap khusus bidan: Pada kejadian retensio plasenta atau plasenta tidak keluar dalam waktu 30 menit bidan dapat melakukan tindakan manual plasenta yaitu tindakan untuk mengeluarkan atau melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasinya dan kemudian melahirkannya keluar dari kavum uteri.

h. Penangan Retensio Plasenta Menurut Tingkat

Sebelum melakukan penanganan sebaiknya mengetahui beberapa hal dari tindakan Retensio Plasenta yaitu Retensio plasenta dengan perdarahan langsung melakukan manual plasenta; retensio plasenta tanpa perdarahan.

- 1) Di tempat bidan: Setelah dapat memastikan keadaan umum pasien segera memasang infus dan memberikan cairan, merujuk penderita ke pusat dengan fasilitas cukup untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik memberikan transfusi proteksi dengan antibiotik, mempersiapkan plasenta manual dengan legeartis dalam pengaruh narkosa.
- 2) Tingkat Polindes: Penanganan Retensio Plasenta dari tingkatan desa sebelumnya persiapan donor darah yang tersedia dari warga setempat yang telah di pilih dan dicocokkan dengan donor darah pasien diagnosis yang lakukan stabilisasi dan kemudian lakukan plasenta manual untuk kasus adhesiva simpleks berikan uterotonika antibiotika serta rujuk untuk kasus berat
- 3) Tingkat Puskesmas: Diagnosis lakukan stabilisasi kemudian lakukan plasenta manual untuk kasus risiko rendah rujuk kasus berat dan berikan uterotonika antibiotika.
- 4) Tingkat Rumah Sakit: Diagnosis stabilisasi plasenta manual histerektomi transfusi uterotonika antibiotika kedaruratan komplikasi

i. Penanganan Secara Umum

- 1) Jika plasenta terlihat dalam vagina, mintalah ibu untuk dan, jika anda dapat merasakan plasenta dalam vagina, keluar kan plasenta tersebut.
- 2) Pastikan kandung kemih sudah kosong. Jika diperlukan lakukan kateterisasi kandung kemih.
- 3) Jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit I.M. jika belum dilakukan pada penanganan aktif kala III.

- 4) Jangan berikan ergometrin karena dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik, yang bisa memperlambat pengeluaran plasenta.
- 5) Jika plasenta belum dilahirkan setelah 30 menit pemberian oksitosin dan uterus terasa berkontraksi lakukan penarikan tali pusat terkendali.
- 6) Jika traksi pusat terkendali belum berhasil, cobalah untuk melakukan pengeluaran plasenta secara manual
- 7) Jika perdarahan terus berlangsung lakukan uji pembekuan darah sederhana. Kegagalan terbentuknya pembekuan setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan adanya koagulopati.
- 8) Jika terdapat tanda-tanda infeksi (demam, sekret vagina yang berbau) berikan antibiotik untuk metritis.
- 9) Sewaktu suatu bagian dari plasenta satu atau lebih lobus tertinggalakan menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif.
- 10) Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta. Eksplorasi manual uterus menggunakan teknik yang serupa dengan teknik yang digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tidak keluar.
- 11) Keluarkan sisa plasenta dengan tangan, cunam ovum, atau kuret besar.

j. Tata Laksana khusus

- 1) Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 unit IM. Lanjutkan infus oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti
- 2) Lakukan tarikan tali pusat terkendali
- 3) Bila tarikan tali pusat terkendali tidak berhasil, lakukan plasenta manual secara hati-hati
- 4) Berikan antibiotika profilaksis dosis tunggal (ampisilin 2 g IV dan

metronidazol 500 mg IV)

- 5) Segera atasi atau rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila terjadi komplikasi perdarahan hebat atau infeksi.

3. Laserasi Jalan Lahir / Robekan Jalan Lahir

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. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forseps atau vakum ekstraksi, atau karena versieksrakasi.

Robekan yang terjadi bisa ringan (lecet, laserasi), luka episiotomi, robekan perineum spontan derajat ringan sampai ruptur perineal totalis (sfingter ani terputus), berlanjut, lakukan uji pembekuan darah. Robekan pada dinding vagina, forniks uteri, serviks, daerah sekitar klitoris dan uretra dan bahkan, yang terberat, ruptura uteri. Oleh karena itu, pada setiap persalinan hendaklah dilakukan inspeksi yang teliti untuk mencari kemungkinan adanya robekan ini. Perdarahan yang terjadi saat kontraksi uterus baik, biasanya, karena ada robekan atau sisa plasenta. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan cara melakukan inspeksi pada vulva, vagina, dan serviks dengan memakai spekulum untuk mencari sumber perdarahan dengan ciri warna darah yang merah segar dan pulsatif sesuai denyut nadi. Perdarahan karena ruptura uteri dapat diduga pada persalinan macet atau kasep, atau uterus dengan lokus minoris resistensia dan adanya atonia uteri dan tanda cairan bebas intra abdominal. Semua sumber perdarahan yang terbuka harus diklem, diikat dan luka ditutup dengan jahitan catgut lapis demi lapis sampai perdarahan berhenti.

Teknik penjahitan memerlukan asisten, anestesi lokal, penerangan lampu yang cukup serta spekulum dan memperhatikan kedalaman luka. Bila penderita kesakitan dan tidak kooperatif, perlu mengundang sejawat anestesi untuk ketenangan dan keamanan saat melakukan hemostasis.

Robekan jalan lahir bersumber dari berbagai organ diantaranya vagina, perineum, porsio, serviks dan uterus. Ciri yang khas dari robekan

jalan lahir yaitu Kontraksi uterus kuat, keras dan mengecil, perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir perdarahan ini terus-menerus setelah dilakukan masase atau pemberian uteroton- ika langsung mengeras tapi perdarahan tidak berkurang. Dalam keadaan apapun, robekan jalan lahir harus dapat diminimalkan karena tak jarang perdarahan terjadi karena robekan dan ini menimbulkan akibat yang fatal seperti terjadinya syok.

Penanganan ruptura perineum dan robekan dinding vagina (dilakukan oleh yang sudah berpengalaman terutama dokter Kandungan) antara lain: Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi lokasi laserasi dan sumber perdarahan, Lakukan irigasi pada tempat luka dan bubuhi larutan antiseptic, Jepit dengan ujung klem sumber perdarahan kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap, Lakukan penjahitan luka mulai dari bagian yang paling distal dari operator, khusus pada ruptura perineum komplit (hingga anus dan sebagian rektum).

Dilakukan penjahitan lapis demi lapis dengan bantuan busi pada rektum, sebagai berikut: Setelah prosedur aseptik-antiseptik pasang busi pada rektum hingga ujung robekan, Mulai penjahitan dari ujung robekan dengan jahitan dan simpul submukosa, menggunakan benang poliglikolik no.2/0 (Dexon/Vicryl) hingga ke sfingter ani jepit kedua sfingter ani dengan klem dan jahit dengan benang no2/0 Lanjutkan penjahitan ke lapisan otot perineum dan submukosa dengan benang yang sama (atau kromik 2/0) secara jelujur

Mukosa vagina dan kulit perineum dijahit secara submukosal dan subkutikuler, Berikan antibiotika profilaksis (ampisilin 2 gr dan metronidazol 1 gr per oral) Terapi penuh antibiotika hanya diberikan apabila luka tampak kotor atau dibubuhi ramuan tradisional atau terdapat tanda-tanda infeksi yang jelas.

a. Robekan Perenium

1) Konsep dasar

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan jalan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat.

Dan adanya robekan perineum ini dibagi menjadi: Robekan perineum derajat 1, robekan perineum derajat 2, 3 dan 4.

2) Derajat laserasi jalan lahir

Derajat I: Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum

Derajat II: Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineumotot perineum

Derajat III: Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani eksterna

Derajat IV: Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani eksterna, dinding rektum anterior.

Robekan perineum yang melebihi derajat ines dijahit. Hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahirtetapi apabila ada kemungkinan plasenta harus dikeluarkan secara manual lebih baik tindakan itu ditunda sampai menunggu plasenta lahirDengan penderita berbaring secara litotomi dilakukan pembersihan luka dengan cairan antiseptik dan luas robekan ditentukan dengan seksama.

Pada robekan perineum derajat 2 setelah diberi anestesia lokal otot-otot diafragma urogenitalis dihubungkan digaris tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikutsertakan jaringan-jaringan bawahnya.

Menjahit robekan perineum derajat 3 harus dilakukan dengan teliti mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit, kemudian fascia prarektal ditutup, dan muskulus sfingter ani aksternus yang robek dijahit. Selanjutnya dilakukan penutupan robekan seperti pada robekan perineum derajat 2. Untuk mendapatkan hasil yang baik pada robekan perineum total perlu tindakan penanganan pasca pembedahan yang sempurna.

Penderita diberi makanan yang tidak mengandung selulosa dan mulai hari ke-2 diberi paraffinum liquidum sesendok makan 2 kali sehari dan jika perlu pada hari ke-6 diberi klisma minyak.

3) Perbaiki robekan tingkat I dan II untuk menjahit robekan pada perineum dan vagin

Umumnya robekan tingkat I dapat sembuh sendiri tidak perlu dijahit, kaji ulang prinsip dasar perawatan, berikan dukungan emosional; pastikan tidak ada alergi terhadap lidokain atau obat-obatan sejenis, periksa vagina, perineum, dan servik. Jika robekan panjang dan dalam periksa apakah robekan itu tingkat II atau IV dengan cara: Masukkan jari yang bersarung Tatangan ke anus, identifikasi sfingter, rasakan tonus dari springter, ganti sarung tangan.

Jika springter kena, lihat reposisi robekan tingkat III dan IV. Jika springter utuh, teruskan reparasi, A dan antiseptik di daerah robekan, masukan jarum pada ujung atau pojok laserasi atau luka dan dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahit akan masuk atau keluar, aspirasi dan kemudian suntikan sekitar 10 ml lidokain 0.5% di bawah mukosa vagina, di bawah kulit perineum, dan pada otot-otot perineum tunggu 2 menit agar anestesi efektif. Jahit mukosa vagina secara jelujur dengan catgut. Lakukan jahitan pada daerah otot perineum jika terkena sampai ujung luka pada perineum secara jelujur dengan catgut cronik 2-0, lihat kedalam luka untuk mengetahui letak ototnya untuk menjahit kulit cari lapisan subkutikuler persis di bawah lapisan kulit lanjutkan dengan jahitan subkutikuler kembali ke arah batas vagina akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina.

b. Robekan Vagina

1) Konsep Dasar

Perluasan Vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak seberapa sering terdapat. Mungkin ditemukan sesudah persalinan biasa, tetapi lebih sering sebagai akibat ekstraksi dengan cunam, lebih-lebih kalau kepala bayi harus diputar. Robekan dinding lateral dan bahu terlihat pada pemeriksaan dengan spekulum.

Perdarahan biasanya banyak, tetapi mudah diatasi dengan jahitan kadang-kadang robekan atas vagina terjadi sebagai akibat menjalarnya uterina terputus, timbul banyak perdarahan yang membahayakan jiwa penderita. Apabila perdarahan demikian itu sukar dikuasai dari bawah, terpaksa dilakan laparotomi dan ligamentum latum dibuka untuk menghentikan perdarahan jika hal yang terakhir ini tidak berhasil arteria hipogastrika yang bersangkutan perlu diikat.

2) Perlukaan Vagina terdiri dari:

- a) Kolpaporeksis adalah robekan melintang atau miring pada bagian atas vagina hal ini terjadi apabila pada persalinan dengan Disproporsi Sefalopelviks terjadi regangan segmen bawah uterus dengan serviks uteri tidak terjepit antara kepala janin dan tulang panggul sehingga tarikan ke atas langsung ditampung oleh vagina. Jika tarikan teratas dengan bagian yang lebih bawah dan yang berfiksasi pada jaringan sekitarnya. Kolpaporeksis juga bisa timbul apabila tindakan pervaginam dengan memasukkan tangan penolong ke dalam uterus dibuat kesalahan, yang fundus uteri tidak ditahan oleh tangan luar supaya uterus tidak naik ke atas. Gejala-gejala yang timbul yaitu pasien gelisah pernafasan dan nadi menjadi cepat serta dirasakan nyeri terus menerus di bawah perut. Segmen bawah uterus tegang nyeri pada perabaan dan lingkaran retraksi tinggi sampai mendekati pusat dan lingam menta rotunda tegang.
- b) Fistula akibat pembedahan vaginal makin lama makin jarang karena tindakan vaginal yang sulit untuk melahirkan anak banyak diganti dengan SC. Fistula dapat terjadi menandakan karena perlukaan pada vagina yang menembus kandung kencing atau rektum, misalnya oleh karena robekan serviks menjalar ketempat-tempat tersebut jika kandung kencing luka, air kencing segera keluar melalui vagina. Fistula dapat juga terjadi karena dinding vagina dan kandung kencing atau rektum tertekan lama antara kepala janin dan panggul sehingga terjadi iskemia, akhirnya

terjadinya nekrosis Jaringan yang tertekaan. Setelah lewat beberapa post partum, jaringan nekrosis terlepas, terjadilah fistula disertai Inkontinensia. Fistula dapat berupa fistula uterovaginal atau juga fistula rektovaginalis. Bila ditemukan perkataan kandung kencing setelah persalinan selesai harus segera dilakukan penjahit, lalu pasang dauer cateter untuk beberapa lama fistula kecil dapat menutup sendiri apabila fistula tidak sembuh sendiri maka sesudah 3 bulan postpartum dapat dilakukan operasi untuk menutupnya.

3) Tanda atau gejala robeknya Vagina

Tanda dan gejala yang selalu ada, Adanya perdarahan segar (perdarahan post partum) darah segar dan mengalir segera setelah bayi lahir, Plasenta lahir lengkap, Uterus berkontraksi. Tanda dan gejala yang kadang-kadang ada, pucat, lemah, menggigil.

4) Pencegahan Laserasi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat bayi dilahirkan, terutama saat kelahiran kepala dan bahu kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali jalin kerjasama dengan ibu selama persalinan dan gunakan manufer tangan yang tepat untuk mengendalikan kelahiran bayi serta membantu mencegah terjadinya laserasi kerjasama ini dibutuhkan terutama saat kepala bayi.

5) cronik 2-0.

dengan diameter 5-6 cm telah membuka vulva (krowning) Kelahiran kepala yang terkendali dan perlahan memberikan waktu pada jaringan vagina dan perineum untuk melakukan penyesuaian dan akan mengurangi kemungkinan terjadinya robekan saat kepala mendorong vulva dengan diameter 5-6 cm bimbing ibu untuk meneran dan berhenti untuk beristirahat atau bernapas dengan cepat.

c. Robekan Serviks

Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi Ketika bayi lahir,

baik secara spontan maupun dengan alat, sering terjadi pada garis tengah namun dapat meluas jika kepala janin lahir terlalu cepat (Lestari, P., 2019:153). Robekan perineum terjadi pada 43 amper semua primipara namun tidak jarang juga terjadi pada persalinan berikutnya. Beberapa cedera jaringan penyokong, baik cedera akut maupun nonakut, baik telah diperbaiki atau belum, dapat menjadi masalah ginekologis di kemudian hari (Lestari, P., 2019:67).

Apabila ada robekan serviks perlu ditarik keluar dengan beberapa cunam ovum, supaya batas antara robekan dapat dilihat dengan baik. Jahitan pertama dilakukan pada ujung atas luka, baru kemudian dilakukan jahitan terus ke bawah. Apabila serviks kaku dan his kuat serviks uteri mengalami tekanan kuat oleh kepala janin sedangkan pembukaan tidak maju akibat tekanan kuat dan lama ialah pelepasan sebagian serviks atau pelepasan serviks secara sekuler. Pelepasan ini dapat dihindari dengan tindakan seksio sesarea jika diketahui ada distosia servikalis apabila sudah terjadi pelepasan serviks biasanya tidak dibutuhkan pengobatan hanya jika ada perdarahan, tempat perdarahan dijahit. Jika bagian serviks yang terlepas masih berhubungan dengan jaringan lain sebaiknya hubungan itu diputuskan.

Robekan yang kecil-kecil selalu terjadi pada persalinan. Oleh karena itu, robekan yang harus mendapat perhatian kita adalah robekan yang dalam, yang kadang-kadang sampai ke vornik. Robekan biasanya terdapat dipinggir samping servik bahkan kadang-kadang sampai ke segmen bawah rahim dan membuka parametrium. Robekan yang sedemikian dapat membuka pembuluh darah yang besar dan menimbulkan perdarahan yang hebat.

Robekan semacam ini biasanya terjadi pada persalinan buatan, ekstraksi dengan forceps, ekstraksi pada letak sungsangversi dan akstraksi, dekapitasi pervorasidan kraniokasi terutama jika dilakukan pada pembukaan yang belum lengkap robekan ini jika tidak dijahit selain menimbulkan perdarahan juga dapat menjadi penyebab servitis, parametritis, dan mungkin juga terjadi pembesaran karsinoma servik kadang-

kadang menimbulkan perdarahan nipas yang lambat.

Perdarahan pasca persalinan pada uterus yang berkontraksi baik harus memaksa kita untuk memeriksa servik uteri dengan pemeriksaan spekulum sebagai profilaksis sebaiknya semua persalinan buatan yang sulit menjadi indikasi untuk pemeriksaan spekulum. Robekan serviks harus dijahit jika berdarah atau lebih besar dari 1 cm. Kadang-kadang bibir depan serviks tertekan antara kepala anak dan symphysis, terjadi nekrosis dan terlepas. Adakalanya portio keseluruhannya terlepas bagian yang terlepas itu merupakan cincin (circular detachment) ini terutama terjadi pada primipara

d. Robekan Uteri (Ruptur Uteri)

1. Konsep dasar

Faktor Predisposisi yang menyebabkan ruptur uteri yaitu multiparitas hal ini disebabkan karena dinding perut yang lembek dengan kedudukan uterus dalam posisi antefleksi sehingga terjadi kelainan letak dan posisi janin, janin sering lebih besar, sehingga dapat menimbulkan CPD. Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan yang tidak tepat kelainan letak dan implantasi plasenta umpamanya pada plasenta akreta, plasenta inkreta atau perkreta kelainan bentuk uterus hidramnion.

a) Jenis

Ruptur uteri spontan terjadi pada keadaan dimana terdapat rintangan pada waktu persalinan yaitu pada kelainan letak dan persentasi janin, panggul sempit, kelainan panggul, tumor jalan lahir.

- 1) Ruptur uteri traumatik: Terjadi karena ada dorongan pada uterus misalnya fundus akibat melahirkan anak pervaginam seperti ekstraksi, penggunaan cunam, manual plasenta.
- 2) Ruptur uteri jaringan parut: Terjadi karena bekas operasi sebelumnya pada uterus seperti bekas SC.
- 3) Pembagian jenis menurut anatomik: Ruptur uteri komplis:

Dimana dinding uterus robek, lapisan serosa (peritoneum) robek sehingga janin dapat berada dalam rongga perut dan ruptur uteri inkomplit: Dinding uterus robek sedangkan lapisan serosa tetap utuh.

b) Gejala

His kuat dan terus-menerus, rasa nyeri perut yang hebat di perut bagian bawah, nyeri waktu ditekan, selisah atau seperti ketakutan, nadi dan pernafasan cepat, cincin van Bandl meninggi. Setelah terjadi ruptur uteri dijumpai gejala syok (akral dan ekstremitas dingin, nadi melemah, kadang hilang kesadaran), perdarahan (bisa keluar dari vagina atau dalam rongga perut), pucat, nadi cepat dan halus, pernafasan cepat dan dangkal, tekanan darah turun. Pada palpasi sering bagian bawah janin teraba langsung di bawah dinding perut, ada nyeri tekan, dan dibagian bawah teraba uterus kira-kira sebesar kepala bayi umumnya janin sudah meninggal.

c) Penanganan

Melakukan laparotomi sebelumnya penderita diberi transfuse darah sekurang-kurangnya infus RL untuk mencegah syok hipovolemik. Umumnya histerektomi dilakukan setelah janin yang berada di dalam rongga perut dikeluarkan, penjahitan luka robekan hanya dilakukan pada kasus-kasus khusus, dimana pinggir robekan masih segar dan rata serta tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi dan tidak terdapat jaringan yang rapuh dan nekrosis.

e. Tata Laksana Khusus

1) Ruptura Perineum dan Robekan Dinding Vagina

- a) Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi sumber perdarahan
- b) Lakukan irigasi pada tempat luka dan bersihkan dengan antiseptic.
- c) Hentikan sumber perdarahan dengan klem kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap

- d) Lakukan penjahitan
 - e) Bila perdarahan masih berlanjut, berikan 1g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit) lalu rujuk pasien.
- 2) Robekan Serviks
- a. Paling sering terjadi pada bagian lateral bawah kiri dan kanan dari porsio
 - b. Jepitkan klem ovum pada lokasi perdarahan
 - c. Jahitan dilakukan secara kontinu dimulai dari ujung atas robekan kemudian ke arah luar sehingga semua robekan dapat dijahit
 - d. Bila perdarahan masih berlanjut, berikan 1 g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit) lalu rujuk pasien

4. Inversio Uteri

Inversio Uteri adalah keadaan di mana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum, yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit. (Sarwono, 2020).

Inversio Uteri adalah Suatu keadaan dimana fundus uteri masuk ke dalam kavum uteridapat secara mendadak atau terjadi perlahan, selain dari pada itu pertolongan persalinan yang makin banyak dilakukan tenaga terlatih maka kejadian inversio uteripun makin berkurang. (Ai Yeyen Ruqiyah, 2018:258).

a. Diagnosa

Untuk menegakan diagnosa, maka periksa fundus dan hasilnya adalah fundus uteri menghilang dari abdomen; pemeriksaan dalam: Fundus uteri didalam lingkungan/ruangan rahim dapat dengan atau tanpa plasenta, disertai rahim.

b. Tanda-tanda Inversio Uteri

- 1) syok karena kesakitan
- 2) perdarahan banyak bergumpal

- 3) di vulva tampak endometrium terbalik dengan atau tanpa plasenta yang masih melekat.
- 4) bila baru terjadi, maka prognosis cukup baik akan tetapi bila kejadiannya cukup lama, maka jepitan serviks yang mengecil akan membuat uterus mengalami iskemia, nekrosis, dan infeksi.

c. Penanganan

- 1) Jika ibu kesakitan berikan petidin 1 mg/kg BB (tetapi jangan lebih dari 100 mg) I.M. atau I.V. secara perlahan atau berikan Morfin 0.1 mg/kg BBL.I.M.
- 2) Catatan jangan diberikan oksitosi sampai inversi telah direposisi
- 3) Jika perdarahan berlanjut, lakukan uji pembekuan darah dengan cara sederhana.
- 4) Berikan antibiotik profilaksis dosis tunggal setelah mereposisi uterus misal: Ampisilin 2g I.V.ditambah metronidazol 500 mg I.V; atau sefazolin 1 gr I.V. ditambah metronidazol 500 mg I.V
- 5) Jika terdapat tanda-tanda infeksi berikan antibiotik untuk metritis.
- 6) Jika dicurigai terjadi nekrosis, lakukan histerektomi vaginal Hal ini mungkin membutuhkan rujukan ke pusat pelayanan kesehatan primer
- 7) Cara melakukan reposisi inversio uteri: Pasang infus, masukan tangan ke vagina, fundus didorong keatas berikan uterotonika, lakukan plasenta manual.

d. Tata Laksana Khusus

- 1) Segera reposisi uterus. Namun jika reposisi tampak sulit, apalagi jika inversio telah terjadi cukup lama, bersiaplah untuk merujuk ibu
- 2) Jika ibu sangat kesakitan, berikan petidin 1 mg/kgBB (jangan melebihi 100 mg) IM atau IV secara perlahan atau berikan morfin 0,1 mg/kgBB IM
- 3) Jika usaha reposisi tidak berhasil, lakukan laparotomy
- 4) Jika laparotomi tidak berhasil, lakukan histerektomi.

5. Kelainan Pembekuan Darah

Perdarahan postpartum juga dapat terjadi karena kelainan pada pembekuan darah. Penyebab tersering PPP adalah atonia uteri, yang disusul dengan tertinggalnya sebagian plasenta. Namun, gangguan pembekuan darah dapat pula menyebabkan PPP. Hal ini disebabkan karena defisiensi faktor pembekuan dan penghancuran fibrin yang berlebihan. Gejala-gejala kelainan pembekuan darah bisa berupa penyakit keturunan ataupun didapat. Kelainan pembekuan darah dapat berupa hipofibrinogenemia, trombositopenia, Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP), HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), Disseminated Intravaskuler Coagulation (DIC), dan Dilutional coagulopathy.

Kejadian gangguan koagulasi ini berkaitan dengan beberapa kondisi kehamilan lain seperti solusio plasenta, preeklampsia, septikemia dan sepsis intrauteri, kematian janin lama, emboli air ketuban, transfusi darah inkompatibel, aborsi dengan NaCl hipertonik dan gangguan koagulasi yang sudah diderita sebelumnya. Penyebab yang potensial menimbulkan gangguan koagulasi sudah dapat diantisipasi sebelumnya sehingga persiapan untuk mencegah terjadinya PPP dapat dilakukan sebelumnya (Anderson, 2018).

Kelainan pada koagulasi dapat menyebabkan perdarahan. Kelainan ini harus dicurigai pada pasien yang tidak responsif pada tindakan biasa untuk mengatasi perdarahan postpartum. Kelainan koagulasi juga harus dicurigai jika darah tidak menggumpal dalam wadah samping tempat tidur atau tabung laboratorium red-top dalam waktu 5-10 menit. Kelainan koagulasi mungkin merupakan kelainan bawaan (herediter) atau yang didapatkan, seperti sindrom HELLP, hemofilia, purpura trombositopeni, dan penyakit Von Willebrand. Evaluasi yang dilakukan harus mencakup jumlah trombosit & pengukuran waktu protrombin, waktu tromboplastin parsial, kadar fibrinogen, produk pemecahan fibrin, dan uji kuantitatif d-dimer.

a. Tata Laksana Khusus

- 1) Pada banyak kasus kehilangan darah yang akut, koagulopati dapat dicegah jika volume darah dipulihkan segera
- 2) Tangani kemungkinan penyebab (solusio plasenta, eklampsia)

- 3) Berikan darah lengkap segar, jika tersedia, untuk menggantikan factor pembekuan dan sel darah merah.
- 4) Jika darah lengkap segar tidak tersedia, pilih salah satu di bawah ini:
 - a) Plasma beku segar untuk menggantikan faktor pembekuan (15 ml/kg berat badan) jika APTT dan PT melebihi 1,5 kali kontrol pada perdarahan lanjut atau pada keadaan perdarahan berat walaupun hasil dari pembekuan belum ada
 - b) Sel darah merah (packed red cells) untuk penggantian sel darah merah
 - c) Kriopresipitat untuk menggantikan fibrinogen
 - d) Konsentrasi trombosit (perdarahan berlanjut dan trombosit < 20.000)
 - e) Apabila kesulitan mendapatkan darah yang sesuai, berikan darah golongan O untuk penyelamatan jiwa (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

b. Faktor Resiko Perdarahan Postpartum

1) Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu proses belajar yang memberikan perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang dari sebelumnya pada diri individu. Pendidikan sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, dimana dengan semakin tinggi pendidikan maka pengetahuan seseorang akan semakin luas (Notoatmodjo, 2018). Tingkat pendidikan adalah jenjang proses pembelajaran secara tingkat formal. Dengan tingginya tingkat pendidikan maka diharapkan informasi yang akan diperoleh lebih banyak sehingga pengetahuannya pun lebih luas khususnya tentang kesehatan. Dengan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengetahuan yang lebih banyak maka diharapkan perilaku akan semakin baik. Seorang wanita hamil dengan pendidikan yang tinggi dan pengetahuan yang luas akan berperilaku menjadikan kehamilannya menjadi kehamilan yang lebih aman seperti mencari tempat pelayanan kesehatan dan memeriksakan antenatal care yang

berkualitas sehingga risiko terjadinya komplikasi pada saat atau sesudah persalinan dapat diminimalkan. Pendidikan juga sangat berpengaruh terhadap proses belajar yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menerima dan menyerap adanya informasi yang ada, karena semakin banyak informasi yang didapat maka akan semakin luas pula pengetahuannya. Tetapi sebaliknya, orang yang mempunyai pendidikan rendah tidak berarti mempunyai pengetahuan yang rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak didapatkan dari pendidikan formal, tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal seperti dari pengalaman orang tua, lingkungannya, budayanya ataupun tradisi/kebiasaan yang ada.

2) Pekerjaan

Pekerjaan fisik sering dikaitkan dengan peranan ibu yang bekerja dengan pekerjaan tambahan diluar pekerjaannya ibu rumah tangga untuk dapat meningkatkan pendapatan keluarganya. Berat tidaknya aktifitas ibu bekerja selama kehamilan dapat menjadi penyebab timbulnya komplikasi baik pada waktu kehamilan maupun pada saat persalinan yang dikarenakan berkurangnya waktu yang digunakan istirahat bagi ibu. Hasil penelitian ini berkorelasi terhadap pendapat Depkes RI yang mengemukakan pada ibu hamil yang bekerja mempunyai rasa khawatir yang tinggi terhadap kondisi janin yang ada didalam kandungannya sehingga ada keinginan untuk memeriksakan kehamilan ke ketenaga kesehatan terdekat. Selain itu juga ibu hamil yang bekerja sosialisasi ke masyarakat akan lebih luas sehingga akan lebih banyak mendapatkan informasi tentang kehamilan ataupun persalinan.

3) Usia Ibu

Usia sangat erat hubungannya dengan ketidaksiapan ibu dalam bereproduksi. Perempuan yang melahirkan kurang dari 20 tahun organ reproduksi berada dalam fase perkembangan juga pertumbuhan sehingga untuk memenuhi kebutuhan gizinya pada

kondisi hamil akan membuat ibu harus berbagi gizi dengan janin yang sedang dikandungnya. Sedangkan melahirkan pada lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi untuk terjadi perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Keadaan ini dikarenakan pada usia tersebut terjadi penurunan fungsi organ reproduksi.

4) Paritas

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati tetapi bukan aborsi tanpa melihat jumlah anaknya. Paritas terjadi di usia kehamilan 20 minggu atau berat janin sudah mencapai 500 gram. Paritas dibagi menjadi primiparitas (kelahiran bayi hidup untuk pertama kalinya), multiparitas (kelahiran bayi hidup kedua atau lebih), dan grandemultiparitas (kelahiran 5 orang anak atau lebih). Pada primiparitas terjadi karena ketidaksiapan ibu dalam menghadapi proses persalinan sehingga ibu hamil tidak mengetahui dan tidak mampu menangani tanda-tanda komplikasi yang mungkin timbul selama proses kehamilan, persalinan dan nifas.

5) Partus Lama

Partus lama terbanyak disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak adekuat, selain faktor kontraksi juga dapat disebabkan oleh faktor janin dan faktor panggul ibu. Jenis kelainan kontraksi adalah Inersia uteri dimana kontraksi rahim lebih singkat dan jarang sehingga tidak menghasilkan penipisan dan pembukaan serviks, serta penurunan bagian terendah janin, selain inertia uteri kelainan kontraksi yang lain adalah incoordinate uterine action yaitu tonus otot uterus meningkat diluar kontraksi, tidak ada koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang terus naik menyebabkan rasa nyeri yang lebih, bila ketuban sudah lama pecah menyebabkan spasms sirkuler setempat, sehingga terjadi penyempitan cavum uteri disebut dengan lingkaran kontraksi yang

biasanya ditemukan pada batas antara bagian atas dan segmen bawah uterus.

Partus lama dapat menyebabkan kelelahan uterus dimana tonus otot rahim pada saat setelah plasenta lahir uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik sehingga terjadi perdarahan pada postpartum primer.

6) Peregangan Uterus

Peregangan uterus disebabkan oleh kehamilan ganda, polihidramnion, dan makrosomia. Sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir sehingga sering menyebabkan perdarahan postpartum.

7) Oksitosin Drip

Stimulasi dengan oksitosin drip dengan pemberian dosis yang tinggi dapat menyebabkan tetania uteri terjadi trauma jalan lahir ibu yang luas dan menimbulkan perdarahan serta inversion uteri.

8) Anemia

Anemia pada kehamilan paling banyak disebabkan karena kurang masuknya unsur besi dalam makanan karena gangguan reabsorpsi, gangguan penggunaan atau karena terlampaui banyaknya besi keluar dari tubuh misalnya karena perdarahan. Anemia post partum menyebabkan perlukaan sukar sembuh sehingga terjadi perdarahan. Kadar hemoglobin <11 gr/dl akan cepat terganggu kondisinya bila terjadi kehilangan darah. Anemia dihubungkan dengan kelemahan yang dapat dianggap sebagai penyebab langsung perdarahan postpartum.

D. Hubungan Gambaran Kejadian Perdarahan Postpartum Primer

Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Termasuk perdarahan karena retensio plasenta. Perdarahan post partum adalah perdarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir (Ai yeyeh Rukiyah, (2019:216).

Penyebab utama perdarahan postpartum primer yaitu Atoni uteri, Retensio

plasenta, Sisa plasenta, dan Laserasi jalan lahir. Perdarahan karena kontraksi rahim yang lemah setelah anak lahir meningkat insidennya pada kehamilan dengan pembesaran rahim yang berlebihan seperti pada kehamilan ganda, hidramnion, anak terlalu besar ataupun pada rahim yang melemah daya kontraksinya seperti pada grandemultipara, interval kehamilan yang pendek, atau pada kehamilan usia lanjut, induksi partus dengan oksitosin, his yang terlalu kuat sehingga anak dilahirkan terlalu cepat dan sebagainya.

Menurut penelitian Niken Asri Utami (2022) dalam penelitiannya yang berjudul: Gambaran kejadian perdarahan post partum. Penelitian ini didapatkan Usia ibu yang mengalami perdarahan postpartum di RSUDZA Banda Aceh paling banyak adalah usia 20-35 tahun, pada tahun 2019 sebanyak 80% dan tahun 2020 sebanyak 72%. Kategori paritas multipara merupakan kategori yang terbanyak mengalami PPH, tahun 2019 (88%) dan tahun 2020 (56%). Cara persalinan secara pervaginam merupakan penyebab PPH paling banyak di RSUDZA Banda Aceh, tahun 2019 sebanyak 100% dan tahun 2020 sebanyak 92%. Berdasarkan penyebab perdarahan post partum di RSUDZA Banda Aceh, retensio plasenta menempati urutan pertama kasus perdarahan post partum, pada tahun 2019 dan 2020 sebanyak (76%), disusul robekan jalan lahir, pada tahun 2019 (28%) dan tahun 2020 (60%), kemudian atonia uteri, pada tahun 2019 sebanyak (16%) dan tahun 2020 (12%) yang terakhir koagulopati, kasus dalam 2 tahun hanya sebanyak 2%.

Menurut penelitian Nopiyanti (2019) dalam penelitiannya yang berjudul: Gambaran kejadian perdarahan post partum di Rumah Sakit umum Daerah Pangkep. Penelitian ini didapatkan Jumlah kejadian perdarahan postpartum yaitu sebanyak 40 responden (6,5%) dari 610 responden (100%) ibu yang bersalin, Berdasarkan umur, jumlah tertinggi ada pada risiko rendah (20-35 tahun) yaitu sebanyak 29 responden (72,5%) dan jumlah terendah ada pada risiko tinggi (>35 tahun) yaitu sebanyak 11 responden (27,5%), Berdasarkan paritas, jumlah tertinggi ada pada risiko rendah (1-3) yaitu sebanyak 37 responden (92,5%) dan jumlah terendah ada pada risiko tinggi (≥ 4) yaitu 3 responden (7,5%), dan Berdasarkan jarak kehamilan, jumlah tertinggi ada pada risiko rendah (≥ 2 tahun) yaitu 31 responden (77,5%) dan jumlah terendah ada pada risiko tinggi (< 2

tahun) yaitu 9 responden (22,5%).

Menurut penelitian Heni Anggraini (2018) mengatkan dalam penelitiannya yang berjudul: Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Perdarahan Postpartum Pada Ibu Bersalin di RSUD Pringsewu Tahun 2016. Penelitian ini dilakukan bahwa Jumlah ibu bersalin pada tahun 2014 sebesar 530 ibu yang melakukan persalinan normal, pada tahun 2015 didapatkan 590 ibu yang melakukan persalinan normal. Sedangkan di tahun 2016 terdapat 498 ibu yang melakukan persalinan normal dan yang mengalami perdarahan sebanyak 19 ibu post partum. Perdarahan post partum di RSUD pringsewu tahun 2016, yaitu responden yang tidak terjadi perdarahan sebanyak 205 responden (92,3%), dan yang terjadi perdarahan sebanyak 17 responden (7,7%). Distribusi frekuensi antara atonia uteri dengan perdarahan post partum di RSUD Pringsewu tahun 2016, yaitu didapatkan sebagian besar tidak atonia uteri 209 responden (94,1%), dan atonia uteri sebanyak 13 responden (5,9%). Distribusi frekuensi antara retensio plasenta dengan perdarahan post partum di RSUD Pringsewu tahun 2016, yaitu didapatkan sebagian besar tidak retensio plasenta yaitu 204 responden (91,9%), dan yang mengalami retensio plasenta yaitu sebanyak 18 responden (8,1%). Distribusi frekuensi antara laserasi dengan perdarahan post partum di RSUD Pringsewu tahun 2016, yaitu didapatkan sebagian besar tidak laserasi yaitu sebanyak 159 responden (71,7%), dan yang terjadi laserasi yaitu sebanyak 63 responden (28,3%).

Menurut penelitian Hellen Febriyanti Dkk (2021) mengatakan dalam penelitiannya yang berjudul: Faktor yang berhubungan dengan terjadinya perdarahan postpartum primer. Penelitian ini ada hubungan antara perdarahan post partum primer dengan atonia uteri, sisa plasenta dan robekan jalan lahir dengan distribusi frekuensi perdarahan postpartum primer pada tahun 2020 adalah 241 kasus. Dengan Distribusi frekuensi kejadian sisa plasenta pada tahun 2020 adalah 128 kasus (62,1%), Distribusi frekuensi kejadian atonia uteri pada tahun 2020 adalah 57 kasus (27,7%) dan Distribusi frekuensi kejadian robekan jalan lahir pada tahun 2020 adalah 21 kasus (10,2%).

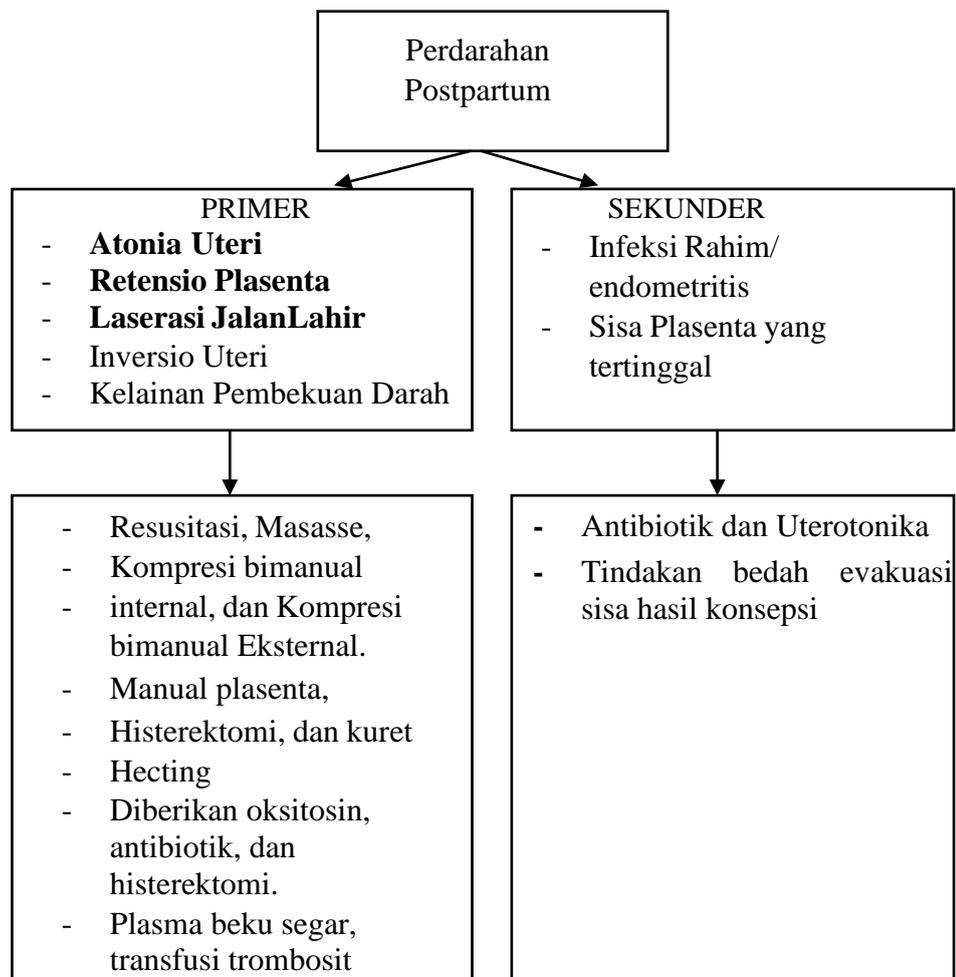
Menurut penelitian Novita Dwi Anggraini Dkk (2020) mengatakan dalam penelitiannya yang berjudul: Faktor yang berhubungan dengan kejadian ibu

bersalin. Penelitian ini diperoleh hal nilainya kurang dari 0,05 yaitu 0,007 yang berarti ada hubungan antara usia dan kejadian perdarahan postpartum, hal dari 0,05 yaitu 0,022 yang berarti ada hubungan antara paritas dan kejadian perdarahan postpartum, nilai p kurang dari adalah 0,001 yang berarti ada hubungan antara lama persalinan dan perdarahan postpartum. Untuk RSUD Dr.H Abdul Moeloek di Provinsi Lampung kepada tenaga kesehatan dan pihak terkait agar memberikan informasi kepada masyarakat tentang perdarahan pasca melahirkan juga sebagai faktor yang berhubungan dengan perdarahan postpartum yang diperkirakan oleh masyarakat untuk memahaminya sehingga dapat menurunkan angka nifas peristiwa perdarahan.

Menurut penelitian Ani Kristianingsih Dkk (2019) mengatakan dalam penelitiannya yang berjudul: Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Perdarahan Postpartum di RSUD Pringsewu. Penelitian ini dengan jumlah responden sebanyak 158 dapat disimpulkan Distribusi frekuensi kejadian perdarahan post partum di RSUD Pringsewu tahun 2018 yaitu responden yang tidak mengalami perdarahan post partum berjumlah 47 responden (29,7 %) dan sebagian besar ibu mengalami perdarahan post partum berjumlah 111 responden (70,3 %). Distribusi frekuensi atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD Pringsewu tahun 2018 yaitu ibu bersalin dengan atonia uteri berjumlah 63 responden (39,9%) dan ibu yang tidak mengalami atonia uteri berjumlah 95 responden (60,1%). Distribusi frekuensi retensi plasenta pada ibu bersalin di RSUD Pringsewu tahun 2018 yaitu ibu bersalin dengan retensio plasenta berjumlah 83 responden (52,5%) dan ibu yang tidak mengalami retensio plasenta berjumlah 75 responden (57,5%). Distribusi frekuensi laserasi jalan lahir pada ibu bersalin di RSUD Pringsewu tahun 2018 yaitu dilihat ibu bersalin yang mengalami laserasi jalan lahir berjumlah 49 responden (31,0%) dan ibu yang tidak mengalami laserasi jalan lahir berjumlah 109 responden (69,0%).

E. Kerangka Teori

Menurut Notoatmodjo (2018), kerangka teori merupakan gambaran dari teori dimana suatu riset berasal atau dikaitkan. Sehingga dalam penelitian ini kerangka teorinya adalah sebagai berikut:

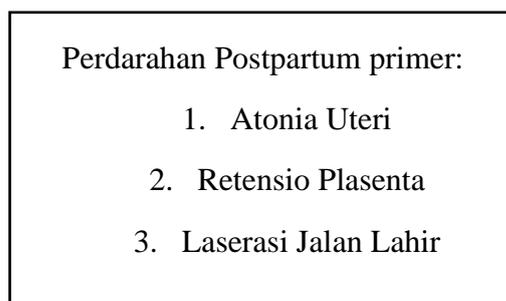


***Keterangan:** Cetak Tebal: Diteliti Tidak Cetak Tebal: Tidak Diteliti

Sumber: Sarwono (2020), Ai yeyeh Rukiyah Dkk (2019).

F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoadmodjo, 2018). Kerangka konsep penelitian ini adalah:



Variabel Independen

G. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu. Menurut hubungan antara satu variabel dengan variabel yang lain maka macam-macam variabel penelitian dibagi menjadi, variabel independent, disebut sebagai variabel bebas, yaitu variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependent. Variabel dependent, sering disebut variabel terikat yaitu yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. (Notoatmodjo, 2018). Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel independen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah gambaran kejadian perdarahan post partum primer (Atonia Uteri, Retensio plasenta, dan Laserasi jalan lahir).

H. Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel bersangkutan. (Notoadmodjo, 2018).

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<i>Dependen</i>						
1	Perdarahan Postpartum	Perdarahan pervaginam >500 cc setelah kala III yang tercatat distatus pasien.	Ceklist	Dokumentasi (Rekam Medik)	0: Perdarahan < 500cc 1: Perdarahan > 500cc	Ordinal
<i>Independen</i>						
2	Atonia Uteri	Ketidak mampuan uterus untuk berkontraksi setelah plasenta lahir yang tercatat pada diagnosa status pasien.	Ceklist	Dokumentasi (Rekam Medik)	0: Tidak 1: Ya	Ordinal
3	Retensio Plasenta	Tertahannya plasenta atau belum lahirnya plasenta hingga atau lebih dari 30 menit setelah bayi baru lahir yang tercatat pada diagnosa status pasien.	Ceklist	Dokumentasi (Rekam Medik)	0: Tidak 1: Ya	Ordinal
4	Lacerasi jalan lahir	Robekan yang terjadi pada derajat 3 dan 4 yang tercatat pada diagnosa status pasien.	Ceklist	Dokumentasi (Rekam Medik)	0: Tidak 1: Ya	Ordinal