

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

Perdarahan setelah melahirkan atau hemorrhagic post partum (HPP) adalah konsekuensi. Perdarahan berlebihan dari tempat implantasi plasenta, trauma di traktus genitalia dan struktur sekitarnya, atau keduanya.

Di Indonesia, Sebagian besar persalinan terjadi tidak di rumah sakit, sehingga sering pasien yang bersalin di luar kemudian terjadi perdarahan post partum terlambat sampai ke rumah sakit, saat datang keadaan umum/hemodinamiknya sudah memburuk, akibatnya mortalitas tinggi.<sup>3</sup> Menurut Depkes RI, kematian ibu di Indonesia (2002) adalah 650 ibu tiap 100.000 kelahiran hidup dan 43% dari angka tersebut disebabkan oleh perdarahan post partum.

HPP adalah perdarahan yang masif yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan pada jalan lahir dan jaringan sekitarnya dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu disamping perdarahan karena hamil ektopik atau abortus. HPP bila tidak mendapat penanganan yang semestinya akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu serta proses penyembuhan kembali.

Apabila terjadi perdarahan yang berlebihan pasca persalinan harus dicari etiologi yang spesifik. Atonia uteri, retensio plasenta (termasuk plasenta akreta dan variannya), sisa plasenta, dan laserasi traktus genitalia merupakan penyebab sebagian besar perdarahan post partum. Dalam 20 tahun terakhir, plasenta akreta mengalahkan atonia uteri sebagai penyebab tersering perdarahan post partum yang keparahannya mengharuskan dilakukan tindakan histerektomi. Laserasi traktus genitalia yang dapat terjadi sebagai penyebab perdarahan post partum antara lain laserasi perineum, laserasi vagina, cedera levator ani dan cedera pada serviks uteri.

Berdasarkan hal tersebut di atas dan dari temuan kami di klinik diperoleh kasus retensio plasenta sebagai salah satu penyebab kasus HPP, maka dari itu kami akan berupaya untuk mengkaji kasus tersebut.

## **BAB II**

## PEMBAHASAN

### A. KONSEP POSTPARTUM

Postpartum adalah 6 minggu pertama setelah kelahiran bayi yang dikenal sebagai periode postpartum, atau nifas. Selama waktu itu, ibu banyak mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Melahirkan mengalami penurunan perubahan fisiologis yaitu, perubahan yang terjadi dalam tubuh untuk mengembalikan keadaan tidak hamil. Perubahan progresif juga terjadi, paling jelas adalah inisiasi menyusui dan kembalinya siklus haid yang normal.

Pembagian Masa Post Partum (Nifas)

Menurut referensi dari Prawirohardjo (2009:238), pembagian nifas di bagi 3 bagian, yaitu :

1. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan. Dalam agama Islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote Puerperium

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu, bulan atau tahunan.

### B. Perubahan Fisiologis pada Postpartum

1. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Kardiovaskuler

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Perubahan-perubahan yang terjadi seperti:

- Involusi uterus.
- Involusi tempat plasenta.
- Perubahan ligamen.
- Perubahan serviks.
- Lochia.
- Perubahan vulva, vagina dan perineum.

a. **Involusi Uterus**

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

1. **Iskemia Miometrium**

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

2. **Atrofi jaringan**

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.

3. **Autolysis**

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

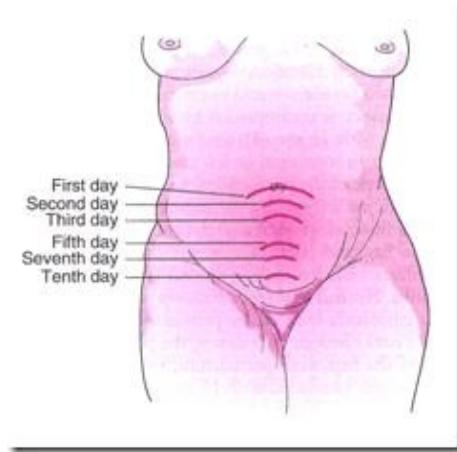
4. Efek **Oksitosin**

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan kurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

<u><b>Involusi Uteri</b></u>	<u><b>Tinggi Fundus Uteri</b></u>	<u><b>Berat Uterus</b></u>	<u><b>Diameter Uterus</b></u>
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan <u>simpisis</u>	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	<u>Normal</u>	60 gram	2,5 cm

Dibawah ini dapat dilihat perubahan tinggi fundus uteri pada masa nifas.



Gambar. Tinggi fundus uteri pada masa nifas

**b. Involusi Tempat Plasenta**

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lokia.

**c. Perubahan Ligamen**

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendor yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendor.

**d. Perubahan pada Serviks**

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendor, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin.

Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2–3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetapi ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya.

e. Lokia

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokia.

Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lokia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokia dapat dibagi menjadi lokia rubra, sanguilenta, serosa dan alba.

Perbedaan masing-masing lokia dapat dilihat sebagai berikut:

<b>Lokia</b>	<b>Waktu</b>	<b>Warna</b>	<b>Ciri-ciri</b>
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel <u>desidua</u> , <u>vernix caseosa</u> , rambut <u>lanugo</u> , sisa mekoneum dan sisa <u>darah</u>
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa <u>darah</u> bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit <u>darah</u> dan lebih banyak serum, juga terdiri dari <u>leukosit</u> dan robekan laserasi <u>plasenta</u>
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung <u>leukosit</u> , selaput <u>lendir serviks</u> dan serabut jaringan yang mati.

Umumnya jumlah lochia lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat

wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokia sekitar 240 hingga 270 ml.

f. **Perubahan Pada Vulva, Vagina dan Perineum**

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

2. **Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Kardiovaskuler**

Volume darah normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin, meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormon estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar estrogen menurun selama nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi daripada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat.

Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urin. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan.

Kehilangan darah pada persalinan per vaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan per vaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada persalinan seksio sesarea, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Pasca melahirkan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima post partum.

### **3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Pencernaan**

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

#### **Nafsu Makan**

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3–4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

#### **Motilitas**

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

#### **Pengosongan Usus**

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

1. Pemberian diet / makanan yang mengandung serat.
2. Pemberian cairan yang cukup.
3. Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.

4. Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
5. Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

#### **4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Neuorlogis**

Terjadi keletihan dan ketidaknyamanan serta pola tidur yang terganggu akibat kebutuhan bayi. Ketidaknyamanan yang disebabkan oleh kehamilan menghilang setelah persalinan, misalnya carpal tunnel syndrome, digantikan dengan ketidaknyamanan pada uterus akibat periode relaksasi dan kontraksi. Selain itu pitocin dan menyusui menstimulasi kontraksi uterus dan meningkatkan nyeri. Sakit kepala mungkin terjadi pada pasien yang menerima anastesi epidural atau spinal namun sakit kepala bukan gejala normal pada postpartum, dan perlu pengkajian lebih lanjut.

#### **5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Perkemihan**

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan.

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain:

##### **Hemostatis internal**

Tubuh, terdiri dari air dan unsur-unsur yang larut di dalamnya, dan 70% dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraselular. Cairan ekstraselular terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume air yang terjadi pada tubuh karena pengeluaran berlebihan dan tidak diganti.

##### **Keseimbangan asam basa tubuh**

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila PH >7,4 disebut alkalosis dan jika PH < 7,35 disebut asidosis.

**Pengeluaran sisa metabolisme, racun dan zat toksin ginjal.**

Zat toksin ginjal mengekskresi hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatinin.

Ibu post partum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil.

Hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu post partum, antara lain:

1. Adanya odema trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.
2. Diaforesis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang teretansi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
3. Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (*reversal of the water metabolism of pregnancy*).

Rortveit dkk (2003) menyatakan bahwa resiko inkontinensia urine pada pasien dengan persalinan pervaginam sekitar 70% lebih tinggi dibandingkan resiko serupa pada persalinan dengan Sectio Caesar. Sepuluh persen pasien pasca persalinan menderita inkontinensia (biasanya stres inkontinensia) yang kadang-kadang menetap sampai beberapa minggu pasca persalinan. Untuk mempercepat penyembuhan keadaan ini dapat dilakukan latihan pada otot dasar panggul.

Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam pasca persalinan mungkin ada masalah dan sebaiknya segera dipasang dower kateter selama 24 jam. Bila kemudian keluhan tak dapat berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan kateterisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya. Maka kateter

tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian , bila volume urine < 200 ml, kateter dibuka dan pasien diharapkan dapat berkemih seperti biasa.

## **6. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Muskuloskeletal**

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi muskuloskeletal ini mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum sistem muskuloskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri. Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi:

### **Dinding perut dan peritoneum.**

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fasia tipis dan kulit.

### **Kulit abdomen.**

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

### **Striae.**

Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat diastasis muskulus rektus abdominis pada ibu post partum dapat dikaji melalui keadaan umum, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

### **Perubahan ligamen.**

Setelah janin lahir, ligamen-ligamen, diafragma pelvis dan fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendor yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

### **Simpisis pubis.**

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi. Namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan simpisis pubis antara lain: nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpasi. Gejala ini dapat menghilang setelah beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

Beberapa gejala sistem musculoskeletal yang timbul pada masa pasca partum antara lain:

1. Nyeri punggung bawah.
2. Sakit kepala dan nyeri leher.
3. Nyeri pelvis posterior.
4. Disfungsi simpisis pubis.
5. Diastasis rekti.
6. Osteoporosis akibat kehamilan.
7. Disfungsi rongga panggul.

#### **Nyeri punggung bawah.**

Nyeri punggung merupakan gejala pasca partum jangka panjang yang sering terjadi. Hal ini disebabkan adanya ketegangan postural pada sistem musculoskeletal akibat posisi saat persalinan.

Penanganan: Selama kehamilan, wanita yang mengeluh nyeri punggung sebaiknya dirujuk pada fisioterapi untuk mendapatkan perawatan. Anjuran perawatan punggung, posisi istirahat, dan aktifitas hidup sehari-hari penting diberikan. Pereda nyeri elektroterapeutik dikontraindikasikan selama kehamilan, namun mandi dengan air hangat dapat memberikan rasa nyaman pada pasien.

#### **Sakit kepala dan nyeri leher.**

Pada minggu pertama dan tiga bulan setelah melahirkan, sakit kepala dan migrain bisa terjadi. Gejala ini dapat mempengaruhi aktifitas dan ketidaknyamanan pada ibu post partum. Sakit kepala dan nyeri leher yang jangka panjang dapat timbul akibat setelah pemberian anestesi umum.

#### **Nyeri pelvis posterior.**

Nyeri pelvis posterior ditunjukan untuk rasa nyeri dan disfungsi area sendi sakroiliaka. Gejala ini timbul sebelum nyeri punggung bawah dan disfungsi simfisis pubis yang ditandai nyeri di atas sendi sakroiliaka pada bagian otot penumpu berat badan serta

timbul pada saat membalikan tubuh di tempat tidur. Nyeri ini dapat menyebar ke bokong dan paha posterior.

Penanganan: pemakaian ikat (sabuk) sakroiliaka penyokong dapat membantu untuk mengistirahatkan pelvis. Mengatur posisi yang nyaman saat istirahat maupun bekerja, serta mengurangi aktifitas dan posisi yang dapat memacu rasa nyeri.

### **Disfungsi simfisis pubis.**

Merupakan istilah yang menggambarkan gangguan fungsi sendi simfisis pubis dan nyeri yang dirasakan di sekitar area sendi. Fungsi sendi simfisis pubis adalah menyempurnakan cincin tulang pelvis dan memindahkan berat badan melalui pada posisi tegak. Bila sendi ini tidak menjalankan fungsi semestinya, akan terdapat fungsi/stabilitas pelvis yang abnormal, diperburuk dengan terjadinya perubahan mekanis, yang dapat mempengaruhi gaya berjalan suatu gerakan lembut pada sendi simfisis pubis untuk menampung berat badan dan disertai rasa nyeri yang hebat.

Penanganan: tirah baring selama mungkin; pemberian pereda nyeri; perawatan ibu dan bayi yang lengkap; rujuk ke ahli fisioterapi untuk latihan abdomen yang tepat; latihan meningkatkan sirkulasi; mobilisasi secara bertahap; pemberian bantuan yang sesuai.

### **Diastasis rekti.**

Diastasis rekti adalah pemisahan otot rektus abdominis lebih dari 2,5 cm pada titik setinggi umbilikus (Noble, 1995) sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen. Kasus ini sering terjadi pada multi paritas, bayi besar, poli hidramnion, kelemahan otot abdomen dan postur yang salah. Selain itu, juga disebabkan gangguan kolagen yang lebih ke arah keturunan, sehingga ibu dan anak mengalami diastasis.

Penanganan: melakukan pemeriksaan rektus untuk mengkaji lebar celah antara otot rektus; memasang penyangga tubigrip (berlapis dua jika perlu), dari area xifoid sternum sampai di bawah panggul; latihan transversus dan pelvis dasar sesering mungkin, pada semua posisi, kecuali posisi telungkup-lutut; memastikan tidak melakukan latihan sit-up atau curl-up; mengatur ulang kegiatan sehari-hari, menindaklanjuti pengkajian oleh ahli fisioterapi selama diperlukan.

### **Osteoporosis akibat kehamilan.**

Osteoporosis timbul pada trimester ketiga atau pasca natal. Gejala ini ditandai dengan nyeri, fraktur tulang belakang dan panggul, serta adanya hendaya (tidak dapat berjalan), ketidakmampuan mengangkat atau menyusui bayi pasca natal, berkurangnya tinggi badan, postur tubuh yang buruk. .

### **Disfungsi dasar panggul.**

Disfungsi dasar panggul, meliputi :

1. Inkontinensia urin.
2. Inkontinensia alvi.
3. Prolaps.

#### **Inkontinensia urin.**

Inkontinensia urin adalah keluhan rembesan urin yang tidak disadari. Masalah berkemih yang paling umum dalam kehamilan dan pasca partum adalah inkontinensia stres .

Terapi : selama masa antenatal, ibu harus diberi pendidikan mengenai dan dianjurkan untuk mempraktikan latihan otot dasar panggul dan transversus sesering mungkin, memfiksasi otot ini serta otot transversus selam melakukan aktivitas yang berat. Selama masa pasca natal, ibu harus dianjurkan untuk mempraktikan latihan dasar panggul dan transversus segera setelah persalinan. Bagi ibu yang tetap menderita gejala ini disarankan untuk dirujuk ke ahli fisioterapi yang akan mengkaji keefektifan otot dasar panggul dan memberi saran tentang program retraining yang meliputi biofeedback dan stimulasi.

#### **Inkontinensia alvi.**

Inkontinensia alvi disebabkan oleh robeknya atau merenggangnya sfingter anal atau kerusakan yang nyata pada suplai saraf dasar panggul selama persalinan (Snooks et al, 1985).

Penanganan : rujuk ke ahli fisioterapi untuk mendapatkan perawatan khusus.

#### **Prolaps.**

Prolaps genitalia dikaitkan dengan persalinan per vagina yang dapat menyebabkan peregangan dan kerusakan pada fasia dan persarafan pelvis. Prolaps uterus adalah penurunan uterus. Sistokel adalah prolaps kandung kemih dalam vagina, sedangkan rektokel adalah prolaps rektum kedalam vagina (Thakar & Stanton, 2002).

Gejala yang dirasakan wanita yang menderita prolaps uterus antara lain: merasakan ada sesuatu yang turun ke bawah (saat berdiri), nyeri punggung dan sensasi tarikan yang kuat.

Penanganan: prolaps ringan dapat diatasi dengan latihan dasar panggul.

## 8. **Perubahan Fisiologis Masa Nifas Pada Sistem Endokrin**

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

### **Hormon plasenta**

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta (human placental lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mamae pada hari ke-3 post partum.

### **Hormon pituitary**

Hormon pituitary antara lain: hormon prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

### **Hipotalamik pituitary ovarium**

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

### **Hormon oksitosin**

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan.

Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

#### **Hormon estrogen dan progesteron.**

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih,  ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

#### **9. Perubahan pada Sistem integumen**

- Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit
- Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

#### **C. Adaptasi Psikologis Ibu Postpartum**

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Fungsi menjadi orang tua
2. Respon dan dukungan dari keluarga
3. Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan
4. Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

#### **Fase Taking In**

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap

lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

1. Kekecewaan pada bayinya
2. Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami
3. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
4. Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

### **Fase Taking Hold**

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

### **Fase Letting Go**

Fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

Hal-hal yang harus dipenuhi selama nihas adalah sebagai berikut:

1. **Fisik.** Istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih
2. **Psikologi.** Dukungan dari keluarga sangat diperlukan
3. **Sosial.** Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian
4. **Psikososial**

## **D. PERDARAHAN POSTPARTUM**

## **1. Definisi**

Perdarahan postpartum adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml setelah persalinan melalui sesar.

### **Klasifikasi perdarahan postpartum :**

1. Perdarahan post partum primer / dini (*early postpartum hemorrhage*), yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utamanya adalah atonia uteri, retention plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Banyaknya terjadi pada 2 jam pertama
2. Perdarahan Post Partum Sekunder / lambat (*late postpartum hemorrhage*), yaitu perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama.

## **2. Etiologi**

Etiologi dari perdarahan post partum berdasarkan klasifikasi dan penyebabnya :

### **a. Perdarahan postpartum dini**

#### *1. Atonia uteri*

##### Definisi :

Keadaan lemahnya tonus/konstraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. (Merah) Pada atonia uteri uterus tidak mengadakan konstraksi dengan baik, dan ini merupakan sebab utama dari perdarahan post partum.

##### Faktor predisposisi:

- Regangan rahim yang berlebihan karena gemeli, polihidroamnion, atau anak terlalu besar
- Kelelahan karena persalinan lama atau persalinan lama atau persalinan kasep.
- Ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemis, atau menderita penyakit menahun.
- Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.
- Infeksi intrauterin (korioamnionitis)
- Ada riwayat pernah atonia uteri sebelumnya.
- Umur yang terlalu muda / tua
- Prioritas sering di jumpai pada multipara dan grande mutipara
- Faktor sosial ekonomi yaitu malnutrisi

##### Gejala Klinik :

- Perdarahan pervaginam massif

- Konstraksi uterus lemah
- Anemia
- Konsistensi rahim lunak, 12

Diagnosis :

- Bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal
- Pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih
- Konstraksi yang lembek.
- Perlu diperhatikan pada saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti.

Penanganan :

Banyaknya darah yang hilang akan mempengaruhi keadaan umum pasien. Pasien bisa masih dalam keadaan sadar, sedikit anemis, atau sampai syok berat hipovolemik. Tindakan pertama yang harus dilakukan bergantung pada keadaan kliniknya.

Pada umumnya dilakukan secara simultan (bila pasien syok) hal-hal sebagai berikut :

- a. Sikap Trendelenburg, memasang venous line, dan memberikan oksigen.
- b. Sekaligus merangsang konstraksi uterus dengan cara :
  - Masase fundus uteri dan merangsang puting susu
  - Pemberian oksitosin dan turunan ergot melalui i.m, i.v, atau s.c
  - Memberikan derivat prostaglandin
  - Pemberian misoprostol 800-1000 ug per rectal
  - Kompresi bimanual eksternal dan/atau internal
  - Kompresi aorta abdominalis
- c. Bila semua tindakan itu gagal, maka dipersiapkan untuk dilakukan tindakan operatif laparotomi dengan pilihan bedah konservatif (mempertahankan uterus) atau melakukan histerektomi.

## 2. Robekan jalan lahir

Definisi:

Perdarahan dalam keadaan di mana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir.

Gejala klinik:

- Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir
- Uterus kontraksi dan keras
- Plasenta lengkap
- Pucat dan Lemah

Perlukaan jalan lahir terdiri dari:

- a. Robekan Perineum
- b. Hematoma Vulva
- c. Robekan dinding vagina
- d. Robekan serviks
- e. Ruptura uteri

**a. Robekan Perineum**

Dibagi atas 4 tingkat

Tingkat I : robekan hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum

Tingkat II : robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinei transversalis, tetapi tidak mengenai sfingter ani

Tingkat III : robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani

Tingkat IV : robekan sampai mukosa rektum

- Kolporeksis adalah suatu keadaan di mana terjadi robekan di vagina bagian atas, sehingga sebagian serviks uteri dan sebagian uterus terlepas dari vagina. Robekan ini memanjang atau melingkar.
  - Robekan serviks dapat terjadi di satu tempat atau lebih. Pada kasus partus presipitatus, persalinan sungsang, plasenta manual, terlebih lagi persalinan operatif pervaginam harus dilakukan pemeriksaan dengan spekulum keadaan jalan lahir termasuk serviks.
  - Pengelolaan Episiotomi, robekan perineum, dan robekan vulva
- Ketiga jenis perlukaan tersebut harus dijahit.
1. Robekan perineum tingkat I

Penjahitan robekan perineum tingkat I dapat dilakukan dengan memakai catgut yang dijahitkan secara jelujur atau dengan cara jahitan angka delapan (figure of eight).

#### 2. Robekan perineum tingkat II

Sebelum dilakukan penjahitan pada robekan perineum tingkat I atau tingkat II, jika dijumpai pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir yang bergerigi tersebut harus diratakan terlebih dahulu. Pinggir robekan sebelah kiri dan kanan masing-masing dijepit dengan klem terlebih dahulu, kemudian digunting. Setelah pinggir robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka robekan.

Mula-mula otot-otot dijahit dengan catgut, kemudian selaput lendir vagina dijahit dengan catgut secara terputus-putus atau delujur. Penjahitan mukosa vagina dimulai dari puncak robekan. Sampai kulit perineum dijahit dengan benang catgut secara jelujur.

#### 3. Robekan perineum tingkat III

Pada robekan tingkat III mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit, kemudian fasia perirektal dan fasial septum rektovaginal dijahit dengan catgut kromik, sehingga bertemu kembali. Ujung-ujung otot sfingter ani yang terpisah akibat robekan dijepit dengan klem / pean lurus, kemudian dijahit dengan 2 – 3 jahitan catgut kromik sehingga bertemu lagi. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum tingkat II.

#### 4. Robekan perineum tingkat IV

Pada robekan perineum tingkat IV karena tingkat kesulitan untuk melakukan perbaikan cukup tinggi dan resiko terjadinya gangguan berupa gejala sisa dapat menimbulkan keluhan sepanjang kehidupannya, maka dianjurkan apabila memungkinkan untuk melakukan rujukan dengan rencana tindakan perbaikan di rumah sakit kabupaten/kota.

### b. Hematoma vulva

1. Penanganan hematoma tergantung pada lokasi dan besar hematoma. Pada hematoma yang kecil, tidak perlu tindakan operatif, cukup dilakukan kompres.
2. Pada hematoma yang besar lebih-lebih disertai dengan anemia dan presyok, perlu segera dilakukan pengosongan hematoma tersebut. Dilakukan sayatan di sepanjang bagian hematoma yang paling terenggang. Seluruh bekuan dikeluarkan sampai kantong hematoma

kosong. Dicari sumber perdarahan, perdarahan dihentikan dengan mengikat atau menjahit sumber perdarahan tersebut. Luka sayatan kemudian dijahit. Dalam perdarahan difus dapat dipasang drain atau dimasukkan kasa steril sampai padat dan meninggalkan ujung kasa tersebut diluar.

**c. Robekan dinding vagina**

1. Robekan dinding vagina harus dijahit.
2. Kasus kolporeksis dan fistula visikovaginal harus dirujuk ke rumah sakit.

**d. Robekan serviks**

Robekan serviks paling sering terjadi pada jam 3 dan 9. Bibir depan dan bibir belakang serviks dijepit dengan klem Fenster. Kemudian serviks ditarik sedikit untuk menentukan letak robekan dan ujung robekan. Selanjutnya robekan dijahit dengan catgut kromik dimulai dari ujung robekan untuk menghentikan perdarahan.

**3. *Retensio plasenta***

Definisi :

Plasenta tetap tertinggal dalam uterus 30 menit setelah anak lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III dapat disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus.

Faktor predisposisi :

- Plasenta previa
- Bekas SC
- Kuret berulang
- Multiparita

Penyebab :

a. Fungsional

- HIS kurang kuat
- Plasenta sukar terlepas karena :  
Tempatnya : insersi di sudut tuba  
Bentuknya : placenta membranacea, placenta anularis.

Ukurannya : plasenta yang sangat kecil

Plasenta yang sukar lepas karena sebab-sebab tersebut di atas disebut plasenta adhesive

b. Patologi- Anatomis

- Placenta akreta : vilous plasenta melekat ke miometrium
- Placenta increta : vilous menginvaginasi miometrium
- Placenta percreta : vilous menembus miometrium sampai serosa

Plasenta akreta ada yang komplit ialah kalau seluruh permukaannya melekat dengan erat pada dinding rahim dan ada yang parsialis ialah kalau hanya beberapa bagian dari permukaannya lebih erat berhubungan dengan dinding rahim dari biasa. Plasenta akreta yang terjadi komplit begitu juga placenta increta dan percreta jarang terjadi. Sebabnya plasenta akreta adalah kelainan decidua misalnya desidua yang terlalu tipis. Plasenta akreta menyebabkan retensio plasenta.

Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan plasenta manual.

Sisa plasenta bisa diduga bila kala urin berlangsung tidak lancar, atau setelah melakukan plasenta manual atau menemukan adanya kotiledon yang tidak lengkap pada saat melakukan pemeriksaan plasenta dan masih ada perdarahan dari ostium uteri eksternum pada saat konstraksi rahim sudah baik dan robekan jalan lahir sudah terjahit. Untuk itu, harus dilakukan eksplorasi ke dalam rahim dengan cara manual atau kuret dan pemberian uterotonika.

Klinis :

- Perdarahan pervagina
- Plasenta belum keluar setelah 30 menit kelahiran bayi
- Uterus berkonstraksi dan keras

Terapi :

- Kalau plasenta dalam  $\frac{1}{2}$  jam setelah anak lahir, belum memperlihatkan gejala-gejala perlepasan, maka dilakukan pelepasan, maka dilakukan manual plasenta.
  - Teknik pelepasan plasenta secara manual: alat kelamin luar pasien di desinfeksi begitu pula tangan dan lengan bawah si penolong. Setelah tangan memakai sarung tangan, labia disingkap, tangan kanan masuk secara obsteris ke dalam vagina. Tangan luar

menahan fundus uteri. Tangan dalam kini menyusuri tali pusat yang sedap-dapatnya diregangkan oleh asisten.

- Setelah tangan dalam sampai ke plasenta, maka tangan pergi ke pinggir plasenta dan sedap-dapatnya mencari pinggir yang sudah terlepas.
- Kemudian dengan sisi tangan sebelah kelingking, plasenta dilepaskan ialah antara bagian plasenta yang sudah terlepas dan dinding rahim dengan gerakan yang sejajar dengan dinding rahim. Setelah plasenta terlepas seluruhnya, plasenta dipegang dan dengan perlahan-lahan ditarik ke luar.
- Plasenta akreta

Terapi : Plasenta akreta parsialis masih dapat dilepaskan secara manual tetapi plasenta akreta komplit tidak boleh dilepaskan secara manual karena usaha ini dapat menimbulkan perforasi dinding rahim. Terapi terbaik dalam hal ini adalah histerektomi.

#### **4. *Gangguan pembekuan darah***

Penyebab pendarahan pasca persalinan karena gangguan pembekuan darah baru dicurigai bila penyebab yang lain dapat disingkirkan apalagi disertai ada riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalinan sebelumnya. Akan ada tendensi mudah terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan dan perdarahan akan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan dari gusi, rongga hidung, dan lain-lain.

Pada pemeriksaan penunjang ditemukan hasil pemeriksaan faal hemostasis yang abnormal. Waktu perdarahan dan waktu pembekuan memanjang, trombositopenia, terjadi hipofibrinogenemia, dan terdeteksi adanya FDP (fibrin degradation product) serta perpanjangan tes protombin dan PTT (partial thromboplastin time).

Predisposisi untuk terjadinya hal ini adalah solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan, eklampsia, emboli cairan ketuban, dan sepsis. Terapi yang dilakukan adalah dengan transfusi darah dan produknya seperti plasma beku segar, trombosit, fibrinogen dan heparinisasi atau EACA (epsilon amino caproic acid).

#### **Pencegahan**

Klasifikasi kehamilan resiko rendah dan resiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan dengan mengatur petugas kesehatan mana yang sesuai dan jenjang rumah sakit

rujukan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai resiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah perdarahan pasca persalinan. Antisipasi terhadap hal tersebut dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia, dan lain-lain sehingga pada saat hamil dan persalinan pasien tersebut ada dalam keadaan optimal.
2. Mengenal faktor predisposisi perdarahan pasca persalinan seperti mutiparitas, anak besar, hamil kembar, hidramnion, bekas seksio, ada riwayat perdarahan pasca persalinan sebelumnya dan kehamilan resiko tinggi lainnya yang resikonya akan muncul saat persalinan.
3. Persalinan harus selesai dalam waktu 24 jam dan pencegahan partus lama.
4. Kehamilan resiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan.
5. Kehamilan resiko rendah agar melahirkan di tenaga kesehatan terlatih dan menghindari persalinan dukun
6. Menguasai langkah-langkah pertolongan pertama menghadapi perdarahan pasca persalinan dan mengadakan rujukan sebagaimana mestinya.

**b. Etiologi perdarahan postpartum lambat :**

**1. *Sisa Plasenta***

Sisa plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini atau perdarahan pospartum lambat (biasanya terjadi dalam 6 – 10 hari pasca persalinan). Pada perdarahan postpartum dini akibat sisa plasenta ditandai dengan perdarahan dari rongga rahim setelah plasenta lahir dan kontraksi rahim baik. Pada perdarahan postpartum lambat gejalanya sama dengan subinvolusi rahim, yaitu perdarahan yang berulang atau berlangsung terus dan berasal dari rongga rahim. Perdarahan akibat sisa plasenta jarang menimbulkan syok.

Penilaian klinis sulit untuk memastikan adanya sisa plasenta, kecuali apabila penolong persalinan memeriksa kelengkapan plasenta setelah plasenta lahir. Apabila kelahiran plasenta dilakukan oleh orang lain atau terdapat keraguan akan sisa plasenta, maka untuk memastikan adanya sisa plasenta ditentukan dengan eksplorasi dengan tangan, kuret atau alat bantu diagnostik yaitu ultrasonografi. Pada umumnya perdarahan dari rongga rahim

setelah plasenta lahir dan kontraksi rahim baik dianggap sebagai akibat sisa plasenta yang tertinggal dalam rongga rahim.

## 2. ***Subinvolusi***

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi  
Pengelolaan

1. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Dalam kondisi tertentu apabila memungkinkan, sisa plasenta dapat dikeluarkan secara manual.  
Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.
2. Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
3. Antibiotika dalam dosis pencegahan sebaiknya diberikan.

## 3. **Manifestasi Klinis**

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

Gejala Klinis berdasarkan penyebab:

### **Atonia Uteri:**

Gejala yang selalu ada: Uterus tidak berkontraksi dan lembek dan perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan postpartum primer)

Gejala yang kadang-kadang timbul: Syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain)

### **Robekan jalan lahir**

Gejala yang selalu ada: perdarahan segera, darah segar mengalir segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik.

Gejala yang kadang-kadang timbul: pucat, lemah, menggigil.

### **Retensio plasenta**

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.

### **Inversio uterus**

Gejala yang selalu ada: uterus tidak teraba, lumen vagina terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, dan nyeri sedikit atau berat.

Gejala yang kadang-kadang timbul: Syok neurogenik dan pucat

## **4. Patofisiologi**

Atonia uteri merupakan kekurangan tonus otot uterus untuk berkontraksi yang disebabkan oleh partus lama, distensi uterus berlebihan, multi para, anestesi yang dalam, sehingga kontraksi pembuluh darah dan penjepitan pembuluh darah terganggu. Hal inilah yang menyebabkan hemoragi. Gejala yang selalu ada: Uterus tidak berkontraksi dan lembek, perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan postpartum primer). Gejala yang kadang-kadang timbul: Syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain)

Laserasi jalan lahir dapat mengakibatkan kerusakan integrasi dinding pembuluh darah, sehingga terjadi robekan dinding pembuluh darah dan menyebabkan hemoragi. Perdarahan postpartum dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan servik atau vagina. Gejala yang selalu ada: perdarahan segera, darah segar mengalir segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik. Gejala yang kadang-kadang timbul: pucat, lemah, menggigil.

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir selama  $\frac{1}{2}$  jam setelah bayi lahir, karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta atau plasenta melekat erat pada dinding uterus (akreta – perkreta). Retensio plasenta dapat menyebabkan hemoragi, karena dapat menyebabkan gangguan kontraksi uterus dan penyempitan pembuluh darah. 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.

Sisa plasenta : sewaktu suatu bagian plasenta – satu atau lebih lobus – tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif. 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.

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi. Biasanya tanda dan gejala subinvolusi tidak tampak, sampai kira-kira 4 hingga 6 minggu pascapartum. Fundus uteri letaknya tetap tinggi di dalam abdomen/ pelvis dari yang diperkirakan. Keluaran lokia seringkali gagal berubah dari bentuk rubra ke bentuk serosa, lalu ke bentuk lokia alba. Lokia yang tetap bertahan dalam bentuk rubra selama lebih dari 2 minggu pascapatum sangatlah perlu dicurigai terjadi kasus subinvolusi.

Inversio Uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya masuk ke dalam kavum uteri. Dengan berjalannya waktu, lingkaran konstriksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah. Inversio uteri terjadi pada grande multipara, atoni uteri, kelemahan alat kandungan, tekanan intra abdominal yang tinggi (mengejan dan batuk), cara Crade yang berlebihan, tarikan tali pusat, manual plasenta yang dipaksakan, perlekatan plasenta pada dinding rahim, Uterus yang lembek, lemah, tipis dindingnya. Gejala yang selalu ada: uterus tidak teraba, lumen vagina terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, dan nyeri sedikit atau berat. Gejala yang kadang-kadang timbul: Syok neurogenik dan pucat.

Hematoma terjadi karena kompresi yang kuat disepanjang traktus genitalia, dan tampak sebagai warna ungu pada mukosa vagina atau perineum yang ekimotik.

Defisiensi vitamin K yang menyebabkan penurunan faktor pembekuan darah dan defek koagulasi dapat menyebabkan terganggunya proses pembekuan darah. Sehingga mudah terjadi hemoragi.

Bila terjadi hemoragi menyebabkan menurunnya volume darah, jumlah eritrosit dan hemoglobin. Sehingga menyebabkan penurunan volume O<sub>2</sub> dalam darah. Hal ini dapat menstimulasi kemoreseptor di pusat pneumotaksis dorsal para brakialis pons superfisial yang dapat menyebabkan hiperventilasi alveolar dan terjadi takipnue. Dan juga dapat menstimulasi kemoreseptor dan hipotalamus area preoptik medial yang dapat menyebabkan takikardi. Apabila

hal ini berlangsung lama dapat menyebabkan hipertrofi ventrikel, sehingga menurunkan tekanan pengisian sirkulasi, venous return dan cardiac output. Karena aliran koroner tidak memadai, maka ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen terhadap miokardium meningkat. Gangguan miokardium akibat iskemik dan nekrosis fokal memperberat kerusakan miokardium. Sehingga terjadi infak miokard dan syok hemoragic. Apabila tidak ditanggulangi akan menyebabkan kematian.

Apabila sirkulasi ginjal menurun dan dapat menstimulasi baroreseptor yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah. Hal ini menyebabkan penurunan GFR dan output urin sampai terjadinya oliguri. Disamping itu pengurangan aliran darah ginjal dapat mengakibatkan nekrosis epitel glomerulus dan membran basalis atau nekrosis korteks. Bila membran basalis rusak maka akan terjadi regenerasi sel secara acak yang sering kali mengakibatkan sumbatan atau obstruksi glomerulus ditempat nekrosis yang dapat mengakibatkan deskuamasi dari sel-sel tubulus yang nekrotik dan materi protein lainnya yang kemudian membentuk silinder-silinder dan menyumbat lumen tubulus. Kemudian terjadi inflamasi seluler tekanan intra tubulus meningkat sehingga tekanan filtrasi glomerulus menurun yang mengakibatkan obstruksi tubulus, hingga terjadinya gagal ginjal akut.

Jika perfusi ke sel menurun, maka terjadi metabolisme anaerob yang meningkatkan produksi piruvat dan asam laktat dan pembentuk asetil Ko A. Ini menghasilkan benda-benda keton seperti aserton, asetoacetic acid butiric acid, Benda-benda keton bersirkulasi ke dalam aliran darah (ketonemia) yang akan menyebabkan asidosis metabolik. Dengan terjadinya asidosis metabolik kemoreseptor pons dan medula oblongata tersimulasi. Sehingga menyebabkan hiperventilasi alveolar dan terjadi pernafasan kusau.

Penurunan sirkulasi O<sub>2</sub> ke otak menyebabkan anoksia sel otak. Hal ini mengakibatkan metabolisme anaerob yang meningkatkan produksi piruvat dan asam laktat. Kemoreseptor akan terangsang yang menyebabkan terjadinya sensitivitas nosiseptor. Akibatnya terjadi sakit kepala, letargi, kebingungan dan gangguan konsentrasi.

## **WOC (Lampiran)**

### **5. Pemeriksaan Penunjang**

- a. Golongan darah : menentukan Rh, ABO dan percocokan silang

- b. Jumlah darah lengkap : menunjukkan penurunan Hb/Ht dan peningkatan jumlah sel darah putih (SDP). (Hb saat tidak hamil:12-16gr/dl, saat hamil: 10-14gr/dl. Ht saat tidak hamil:37%-47%, saat hamil:32%-42%. Total SDP saat tidak hamil 4.500-10.000/mm<sup>3</sup>. saat hamil 5.000-15.000)
- c. Kultur uterus dan vagina : mengesampingkan infeksi pasca partum
- d. Urinalisis : memastikan kerusakan kandung kemih
- e. Profil koagulasi : peningkatan degradasi, kadar produk fibrin/produk split fibrin (FDP/FSP), penurunan kadar fibrinogen : masa tromboplastin partial diaktivasi, masa tromboplastin partial (APT/PTT), masa protrombin memanjang pada KID
- f. Sonografi : menentukan adanya jaringan plasenta yang tertahan.

## 6. Terapi

Dengan adanya perdarahan yang keluar pada kala III, bila tidak berkontraksi dengan kuat, uterus harus diurut :

- Pijat dengan lembut boggi uterus, sambil menyokong segmen uterus bagian bawah untuk menstimulasi kontraksi dan kekuatan penggumpalan. Waspada terhadap kekuatan pemijatan. Pemijatan yang kuat dapat meletihkan uterus, mengakibatkan atonia uteri yang dapat menyebabkan nyeri. Lakukan dengan lembut. Perdarahan yang signifikan dapat terjadi karena penyebab lain selain atoni uteri.
- Dorongan pada plasenta diupayakan dengan tekanan manual pada fundus uteri. Bila perdarahan berlanjut pengeluaran plasenta secara manual harus dilakukan.
- Pantau tipe dan jumlah perdarahan serta konsistensi uterus yang menyertai selama berlangsungnya hal tersebut. Waspada terhadap darah yang berwarna merah dan uterus yang relaksasi yang berindikasi atoni uteri atau fragmen plasenta yang tertahan. Perdarahan vagina berwarna merah terang dan kontra indikasi uterus, mengindikasikan perdarahan akibat adanya laserasi.
- Berikan kompres es salama jam pertama setelah kelahiran pada ibu yang beresiko mengalami hematoma vagina. Jika hematoma terbentuk, gunakan rendam duduk setelah 12 jam.

- Pertahankan pemberian cairan IV dan mulai cairan IV kedua dengan ukuran jarum 18, untuk pemberian produk darah, jika diperlukan. Kirim contoh darah untuk penentuan golongan dan pemeriksaan silang, jika pemeriksaan ini belum dilakukan diruang persalinan.
- Pemberian 20 unit oksitodin dalam 1000 ml larutan RL atau saline normal, terbukti efektif bila diberikan infus intra vena + 10 ml/mnt bersama dengan mengurut uterus secara efektif
- Bila cara diatas tidak efektif, ergonovine 0,2 mg yang diberikan secara IV, dapat merangsang uterus untuk berkontraksi dan berrelaksasi dengan baik, untuk mengatasi perdarahan dari tempat implantasi plasenta.
- Pantau asupan dan haluanan cairan setiap jam. Pada awalnya masukan kateter foley untuk memastikan keakuratan perhitungan haluanan.
- Berikan oksigen malalui masker atau nasal kanula. Dengan laju 7-10 L/menit bila terdapat tanda kegawatan pernafasan.

#### ***Terapi Perdarahan Postpartum karena Atonia***

Bila terjadi perdarahan sebelum plasenta lahir (Retensi plasenta), ibu harus segera minta pertolongan dokter rumah sakit terdekat. Untuk daerah terpencil dimana terdapat bidan, maka bidan dapat melakukan tindakan dengan urutan sebagai berikut:

- Pasang infus.
- Pemberian uterotonika intravena tiga hingga lima unit oksitosina atau ergometrin 0,5 cc hingga 1 cc.
- Kosongkan kandung kemih dan lakukan masase ringan di uterus.
- Keluarkan plasenta dengan perasat Crede, bila gagal, lanjutkan dengan;
- Plasenta manual (seyogyanya di rumah sakit).
- Periksa apakah masih ada plasenta yang tertinggal. Bila masih berdarah;
- Dalam keadaan darurat dapat dilakukan penekanan pada fundus uteri atau kompresi aorta. Bila perdarahan terjadi setelah plasenta lahir, dapat dilakukan:
  - Pemberian uterotonika intravena.
  - Kosongkan kandung kemih.
  - Menekan uterus-perasat Crede.
  - Tahan fundus uteri/(fundus steun) atau kompresi aorta.

Tentu saja, urutan di atas dapat dilakukan jika fasilitas dan kemampuan penolong memungkinkan. Bila tidak, rujuk ke rumah sakit yang mampu melakukan operasi histerektomi, dengan terlebih dahulu memberikan uterotonika intravena serta infus cairan sebagai pertolongan pertama.

#### ***Terapi Perdarahan postpartum akibat laserasi/ Robekan Jalan Lahir***

Perdarahan pasca persalinan yang terjadi pada kontraksi uterus yang kuat, keras, bisa terjadi akibat adanya robekan jalan lahir (periksa dengan spekulum dan lampu penerangan yang baik-red). Bila sudah dapat dilokalisir dari perdarahannya, jahitlah luka tersebut dengan menggunakan benang katgut dan jarum bulat.

Untuk robekan yang lokasinya dalam atau sulit dijangkau, berilah tampon pada liang senggama/vagina dan segera dirujuk dengan terlebih dahulu memasang infus dan pemberian uterotonika intravena.

## **7. Pemeriksaan Fisik**

### a. Pemeriksaan tanda-tanda vital

#### 1. Suhu badan

Suhu biasanya meningkat sampai 380 C dianggap normal. Setelah satu hari suhu akan kembali normal (360 C – 370 C), terjadi penurunan akibat hipovolemia

#### 2. Nadi

Denyut nadi akan meningkat cepat karena nyeri, biasanya terjadi hipovolemia yang semakin berat.

#### 3. Tekanan darah

Tekanan darah biasanya stabil, memperingan hipovolemia

#### 4. Pernafasan

Bila suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga menjadi tidak normal.

### b. Pemeriksaan Khusus

Observasi setiap 8 jam untuk mendeteksi adanya tanda-tanda komplikasi dengan mengevaluasi sistem dalam tubuh. Pengkajian ini meliputi :

#### 1. Nyeri/ketidaknyamanan

Nyeri tekan uterus (fragmen-fragmen plasenta tertahan)  
Ketidaknyamanan vagina/pelvis, sakit punggung (hematoma)

2. Sistem vaskuler

- Perdarahan di observasi tiap 2 jam selama 8 jam 1, kemudian tiap 8 jam berikutnya
- Tensi diawasi tiap 8 jam
- Apakah ada tanda-tanda trombosis, kaki sakit, bengkak dan merah
- Haemorroid diobservasi tiap 8 jam terhadap besar dan kekenyalan
- Riwayat anemia kronis, konjungtiva anemis/sub anemis, defek koagulasi kongenital, idiopatik trombositopeni purpura.

3. Sistem Reproduksi

- a. Uterus diobservasi tiap 30 menit selama empat hari post partum, kemudian tiap 8 jam selama 3 hari meliputi tinggi fundus uteri dan posisinya serta konsistensinya
- b. Lochea diobservasi setiap 8 jam selama 3 hari terhadap warna, banyak dan bau
- c. Perineum diobservasi tiap 8 jam untuk melihat tanda-tanda infeksi, luka jahitan dan apakah ada jahitannya yang lepas
- d. Vulva dilihat apakah ada edema atau tidak
- e. Payudara dilihat kondisi areola, konsistensi dan kolostrum
- f. Tinggi fundus atau badan terus gagal kembali pada ukuran dan fungsi sebelum kehamilan (sub involusi)

4. Traktus urinarius

Diobservasi tiap 2 jam selama 2 hari pertama. Meliputi miksi lancar atau tidak, spontan dan lain-lain

5. Traktur gastro intestinal

Observasi terhadap nafsu makan dan obstipasi

6. Integritas Ego : Mungkin cemas, ketakutan dan khawatir

## **8. DIAGNOSA HEMORAGIC POST PARTUM**

1. Untuk membuat diagnosis perdarahan postpartum perlu diperhatikan ada perdarahan yang menimbulkan hipotensi dan anemia. Apabila hal ini dibiarkan berlangsung terus, pasien akan jatuh dalam keadaan syok. Perdarahan postpartum tidak hanya terjadi pada mereka yang

mempunyai predisposisi, tetapi pada setiap persalinan kemungkinan untuk terjadinya perdarahan postpartum selalu ada.

2. Perdarahan yang terjadi dapat deras atau merembes. Perdarahan yang deras biasanya akan segera menarik perhatian, sehingga cepat ditangani sedangkan perdarahan yang merembes karena kurang nampak sering kali tidak mendapat perhatian. Perdarahan yang bersifat merembes bila berlangsung lama akan mengakibatkan kehilangan darah yang banyak. Untuk menentukan jumlah perdarahan, maka darah yang keluar setelah uru lahir harus ditampung dan dicatat.
3. Kadang-kadang perdarahan terjadi tidak keluar dari vagina, tetapi menumpuk di vagina dan di dalam uterus. Keadaan ini biasanya diketahui karena adanya kenaikan fundus uteri setelah uru keluar.
4. Untuk menentukan etiologi dari perdarahan postpartum diperlukan pemeriksaan lengkap yang meliputi anamnesis, pemeriksaan umum, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan dalam.
5. Pada atonia uteri terjadi kegagalan kontraksi uterus, sehingga pada palpasi abdomen uterus didapatkan membesar dan lembek. Sedangkan pada laserasi jalan lahir uterus berkontraksi dengan baik sehingga pada palpasi teraba uterus yang keras. Dengan pemeriksaan dalam dilakukan eksplorasi vagina, uterus dan pemeriksaan inspekulo. Dengan cara ini dapat ditentukan adanya robekan dari serviks, vagina, hematoma dan adanya sisa-sisa plasenta.

## **9. PENANGANAN SECARA UMUM HEMORAGIC POST PARTUM:**

1. Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk)
2. Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan)
3. Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pasca persalinan (di ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung).
4. Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat
5. Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi
6. Atasi syok

7. Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, berikan uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infus 20 IU dalam 500cc NS/RL dengan 40 tetesan permenit).
8. Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
9. Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.
10. Pasang kateter tetap dan lakukan pemantauan input-output cairan
11. Cari penyebab perdarahan dan lakukan penanganan spesifik.

## **ASUHAN KEPERAWATAN**

### **1. Pengkajian**

#### - Identitas klien

Data diri klien meliputi : nama, umur, pekerjaan, pendidikan, alamat, medical record dan lain – lain

#### - Riwayat kesehatan

##### 1. Riwayat kesehatan dahulu

riwayat penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal kronik, hemofilia, riwayat pre eklampsia, trauma jalan lahir, kegagalan kompresi pembuluh darah, tempat implantasi plasenta, retensi sisa plasenta.

##### 2. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan yang dirasakan saat ini yaitu: kehilangan darah dalam jumlah banyak (>500ml), Nadi lemah, pucat, lokeja berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, dan mual.

##### 3. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat keluarga yang pernah atau sedang menderita hipertensi, penyakit jantung, dan pre eklampsia, penyakit keturunan hemopilia dan penyakit menular.

#### - Riwayat obstetric

a. Riwayat menstruasi meliputi: Menarche, lamanya siklus, banyaknya, baunya , keluhan waktu haid, HPHT

b. Riwayat perkawinan meliputi : Usia kawin, kawin yang keberapa, Usia mulai hamil

c. Riwayat hamil, persalinan dan nifas yang lalu

1. Riwayat hamil meliputi: Waktu hamil muda, hamil tua, apakah ada abortus, retensi plasenta

2. Riwayat persalinan meliputi: Tua kehamilan, cara persalinan, penolong, tempat bersalin, apakah ada kesulitan dalam persalinan anak lahir atau mati, berat badan anak waktu lahir, panjang waktu lahir

3. Riwayat nifas meliputi: Keadaan lochea, apakah ada pendarahan, ASI cukup atau tidak dan kondisi ibu saat nifas, tinggi fundus uteri dan kontraksi
- d. Riwayat Kehamilan sekarang
  1. Hamil muda, keluhan selama hamil muda
  2. Hamil tua, keluhan selama hamil tua, peningkatan berat badan, tinggi badan, suhu, nadi, pernafasan, peningkatan tekanan darah, keadaan gizi akibat mual, keluhan lain
  3. Riwayat antenatal care meliputi : Dimana tempat pelayanan, beberapa kali, perawatan serta pengobatannya yang didapat

### **Pengkajian 11 fungsional Gordon**

#### 1) Pola Persepsi Kesehatan

Menanyakan apakah klien sudah mengetahui tentang perdarahan postpartum dan sudah pernah mendengar tentang hal itu.

#### 2) Pola Nutrisi Metabolik

Perhatikan pola menu makanan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan (Kalori, protein, vitamin, tinggi serat), frekuensi, konsumsi snack (makanan ringan), nafsu makan, pola minum, jumlah makan dan minum pada masa nifas harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah – buahan.

#### 3) Pola eliminasi

E3 Perhatikan apakah terjadi diuresis, setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya infolunter pengeluaran urin), hilangnya kontrol blas, terjadi over distensi blas atau tidak atau retensi urine karena rasa talut luka episiotomi, apakah perlu bantuan saat BAB. Pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet. BAB harus ada 3-4 hari post partum sedangkan miksi hendaklah secepatnya dilakukan sendiri (*Rustam Mukthar, 1995*)

#### 4) Pola Aktivitas Latihan

Lihat kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri dan melakukan eliminasi, kemampuan bekerja dan menyusui.

#### 5) Pola Istirahat dan tidur

Seberapa lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu atau remang-remang atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suarasuara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum).

6) Pola Kognitif dan perceptual

Biasanya pada pola ini klien tidak mengalami gangguan, karena klien masih dapat berkomunikasi.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Sikap penerimaan ibu terhadap tubuhnya, keinginan ibu menyusui, persepsi ibu tentang tubuhnya terutama perubahan-perubahan selama kehamilan, perasaan klien bila mengalami opresi SC karena CPD atau karena bentuk tubuh yang pendek.

8) Pola Peran dan hubungan

Peran klien sebagai ibu biasanya akan terganggu . Karen penyakit yang dideritanya. Begitu juga hubungan nya dengan orang lain disekitarnya.

9) Pola sexual reproduksi

Bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi freguensi koitus atau hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan seks, continuitas hubungan seksual. Pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan intercourse pasca partum (dapat dilakukan setelah luka episiotomy membaik dan lochia terhenti, biasanya pada akhir minggu ke 3).

10) Pola koping dan toleransi stress

Perubahan peran, respon keluarga, yang bervariasi dapat menjadi pendukung berkang rasasakit atau nyeri yang dialami pasien.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Tanyakan pada klien tentang nilai dan kepercayaan yang diyakininya. Ini sering kali berpengaruh terhadap intervensi yang akan kita erikan nantinya.

### **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul :

1. Kekurangan volume cairan b/d perdarahan pervaginam
2. Nyeri b/d perdarahan
3. Resiko infeksi b/d perdarahan
4. Resiko shock b/d perdarahan

No	NANDA	NOC	NIC
1.	Kekurangan volume cairan Batasan karakteristik:	a. Keseimbangan Elektrolit dan Asam Basa	a. Pencegahan perdarahan Aktivitas: • Catat kadar HB dan Ht setelah

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan status mental</li> <li>• Penurunan tekanan darah</li> <li>• Penurunan volume nadi</li> <li>• Penurunan tekanan nadi</li> <li>• Penurunan turgor kulit</li> <li>• Penurunan haluanan urin</li> <li>• Penurunan pengisian vena</li> <li>• Kulit kering</li> <li>• Membrane mukosa kering</li> <li>• Suhu tubuh meningkat</li> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Konsentrasi urin meningkat</li> <li>• Penurunan berat badan yang tiba-tiba (kecuali pada lapisan yang ketiga)</li> <li>• Kelemahan</li> <li>• Haus</li> </ul>	<p><b>Indikator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nadi dalam batas yang diharapkan</li> <li>• Irama jantung dalam batas yang diharapkan</li> <li>• Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan</li> <li>• Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan</li> <li>• Natrium serum dbn</li> <li>• Kalium serum dbn</li> <li>• Klorida serum dbn</li> <li>• Kalsium serum dbn</li> <li>• Magnesium serum dbn</li> <li>• PH darah serum dbn</li> </ul> <p>b. Hidrasi</p> <p><b>Indicator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata cekung tidak ditemukan</li> <li>• Demam tidak ditemukan</li> <li>• TD dbn</li> <li>• Hematokrit DBN</li> </ul> <p>c. Keseimbangan</p>	<p>pasien mengalami kehilangan banyak darah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pantau faktor koagulasi, termasuk protrombin (Pt), waktu paruh tromboplastin (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin, dan kadar platelet dalam darah</li> <li>• Pantau tanda-tanda vital, osmotic, termasuk TD.</li> <li>• Atur pasien agar pasien tetap bed rest jika masih ada indikasi perdarahan</li> <li>• Atur kepaten/ kualitas produk/ alat yang berhubungan dengan perdarahan</li> </ul> <p>b. Manajemen elektrolit</p> <p>Aktivitas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor ketidak abnormalan elektrolit serum, yang terpakai</li> <li>• Pertahankan akses IV secara paten</li> <li>• Berikan cairan secara tepat</li> <li>• Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> </ul> <p>c. Manajemen cairan</p> <p>Aktivitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung haluanan</li> <li>• Pertahankan intake yang akurat</li> </ul>
--	--	--	---

		<p>cairan</p> <p>Indicator:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor status hidrasi (seperti : kelembapan mukosa membrane, nadi)</li> <li>• Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP</li> <li>• Monitor TTV</li> <li>• Berikan terapi IV</li> <li>d. Manajemen hipovolemia</li> <li>• Monitor nilai hemoglobin dan hematokrit</li> <li>• Monitor adanya kehilangan cairan (contoh, perdarahan, muntah)</li> <li>• Monitor TTV</li> <li>• Pertahankan aliran infuse intravena</li> <li>• Atur persediaan produk darah untuk transfuse jika dibutuhkan</li> <li>• Adakan autotransfusi kehilangan darah dengan tepat</li> </ul> <p>Berikan produk darah (platelet dan plasma)</p>
2.	<p>Nyeri Akut</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya laporan secara verbal mengenai nyeri</li> </ul>	<p>a. Kontrol nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factor resiko dapat diketahui</li> <li>• Tindakan pencegahan dapat dilakukan</li> </ul> <p>b. Tingkat kenyamanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan fisik membaik</li> </ul>	<p>❖ Manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nilai nyeri dimulai dari lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan penyebab.</li> <li>• Kaji ketidak nyamanan secara nonverbal</li> <li>• Kontrol faktor lingkungan yang dapat menimbulkan</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dapat melakukan control nyeri</li> <li>c. Tingkat nyeri <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nyeri berkurang</li> <li>• Lama waktu nyeri berkurang</li> <li>• Pasien tidak resah</li> </ul> </li> </ul>	<p>ketidaknyamanan pada pasien (suhu ruangan, pencahayaan, keributan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengurangi faktor-faktor yang nyeri</li> <li>• Menyediakan analgesic untuk mengatasi nyeri / istirahat yang adekuat untuk mengurangi nyeri</li> <li>• Anjurkan untuk tidur / istirahat untuk mengurangi nyeri</li> </ul>
3.	<p>Resiko syok</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotensi <ul style="list-style-type: none"> <li>• hipovolemia</li> </ul> </li> </ul>	<p>a. Keseimbangan Elektrolit dan Asam Basa</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nadi dalam batas yang diharapkan</li> <li>• Irama jantung dalam batas yang diharapkan</li> <li>• Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan</li> <li>• Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan</li> <li>• Natrium serum dbn</li> <li>• Kalium serum dbn</li> <li>• Klorida serum dbn</li> <li>• Kalsium serum dbn</li> <li>• Magnesium serum dbn</li> </ul>	<p>a. Manajemen cairan</p> <p>Aktivitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung haluan</li> <li>• Pertahankan intake yang akurat</li> <li>• Monitor status hidrasi (seperti : kelembapan mukosa membrane, nadi)</li> <li>• Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP</li> <li>• Monitor TTV</li> <li>• Berikan terapi IV</li> </ul> <p>b. Manajemen hipovolemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor nilai hemoglobin dan hematokrit</li> <li>• Monitor adanya kehilangan cairan (contoh, perdarahan, muntah)</li> <li>• Atur persediaan produk darah untuk transfuse jika dibutuhkan</li> <li>• Adakan autotransfusi kehilangan darah dengan tepat</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PH darah serum dbn</li> </ul> <p>b. Hidrasi</p> <p>Indicator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata cekung tidak ditemukan</li> <li>• Demam tidak ditemukan</li> <li>• TD dbn</li> <li>• Hematokrit DBN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan produk darah (platelet dan plasma)</li> </ul> <p>Monitor reaksi darah dengan tepat</p> <p>c. Pencegahan syok</p> <p>Aktivitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor status sirkulasi: BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR , dan ritme, nadi perifer dan kapiler refill.</li> <li>• Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan.</li> <li>• Monitor input dan output</li> <li>• Pantau nilai labor : khususnya Hb, Ht, factor pembekuan, ABG dan elektrolit</li> </ul> <p>Monitor kompensasi awal respon kehilangan cairan : peningkatan HR, penurunan BP, hipotensi ortostatik, penurunan haluan urin, penyempitan tekanan nadi, penurunan kapiler refill, ketakutan, kulit, kulit dingin dan pucat, deforesis.</p>
--	--	---	--

### **BAB III**

### **PENUTUP**

Postpartum adalah 6 minggu pertama setelah kelahiran bayi yang dikenal sebagai periode postpartum, atau nifas. Selama waktu itu, ibu banyak mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Melahirkan mengalami penurunan perubahan fisiologis yaitu, perubahan yang terjadi dalam tubuh untuk mengembalikan keadaan tidak hamil. Perubahan progresif juga terjadi, paling jelas adalah inisiasi menyusui dan kembalinya siklus haid yang normal.

Pasca melahirkan, ibu akan mengalami adaptasi secara fisiologis maupun psikologis. Selain itu, salah satu patologis dari ibu postpartum adalah perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml setelah persalinan melalui sesar.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Bahiyatun, 2008.Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal.Jakarta:EGC

Brunner & Suddart,s (1996), Textbook of Medical Surgical Nursing -2, JB.  
LippincotCompany,Pholadelpia.

Farrer, Helen.1999.perawatan maternitas.edisi 2. jakarta:EGC

Klein. S (1997), A Book Midwives; The Hesperien Foundation, Berkeley, CA.

Lowdermilk. Perry. Bobak (1995), Maternity Nuring , Fifth Edition, Mosby Year Book,Philadelpia.

McKinney, Emily Slone. 2000. Maternal-child Nursing. Texas: Saunders Company.

Prawirohardjo, Sarwono.2009.*Ilmu Kebidanan Edisi 4*.Bina Pustaka:Jakarta.

Prawirohardjo Sarwono ; EdiWiknjosastro H (1997), Ilmu Kandungan, Gramedia, Jakarta.

RSUD Dr. Soetomo (2001), Perawatan Kegawat daruratan Pada Ibu Hamil, FK.  
UNAIR,Surabaya  
Subowo (1993), Imunologi Klinik, Angkasa, Bandung.  
Tabrani Rab 9 1998), Agenda Gawat Darurat, Alumni, Bandung.

