

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.³ 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 esterogen 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.

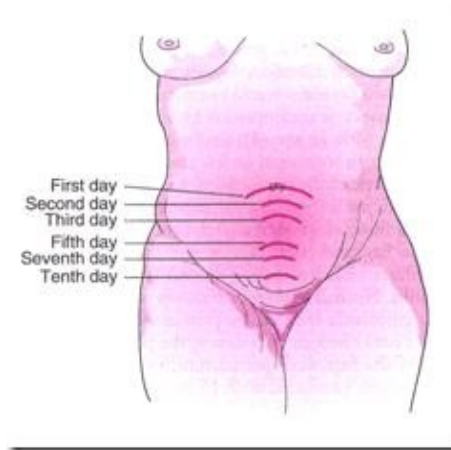
4. Efek **Oksitosin**

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya 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>Involusi Uteri</u>	<u>Tinggi Fundus Uteri</u>	<u>Berat Uterus</u>	<u>Diameter Uterus</u>
<u>Plasenta</u> 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 kendur yang mengakibatkan letak [uterus](#) menjadi [retrofleksi](#); [ligamen, fasia](#), jaringan penunjang alat [genetalia](#) menjadi agak kendur.

d. [Perubahan pada Serviks](#)

Segera setelah [melahirkan](#), [serviks](#) menjadi lembek, kendur, 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, tetap 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:

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua , verniks caseosa , rambut lanugo , sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit , selaput lendir serviks 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 [lochia](#) 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 kendur. [Rugae](#) timbul kembali pada minggu ke tiga. [Himen](#) tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam [proses](#) pembentukan berubah menjadi [karunkulae 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 kolestrol 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 mengonsumsi 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 kelelahan 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 trigonum 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 [metabolisme](#) 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 kendur 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 muskuloskeletal](#) 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 muskuloskeletal](#) 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 ditunjukkan 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 posisis tegak. Bila sendi ini tidak menjalankan fungsi semestinya, akan terdapat fungsi/stabilitas [pelvis](#) yang abnormal, diperburuk dengan terjadinya [perubahan](#) mekanis, yang dapat mrmpengaruhi gaya berjalan suatu gerakan lembut pada sendi simfisis [pubis](#) untuk menumpu [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 tepat 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 [genetalia](#) 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 mammae 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 ini 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 terus tidak mengadakan kontraksi 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 kontraksi 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 fascia 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 : placenta 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 menginvasi 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 decidua 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 uri 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 kontraksi 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 berkontraksi dan keras

Terapi :

- Kalau placenta dalam $\frac{1}{2}$ jam setelah anak lahir, belum memperlihatkan gejala-gejala perlepasan, maka dilakukan pelepasan, maka dilakukan manual plasenta.
 - Teknik pelepasan placenta 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 sedapat-dapatnya diregangkan oleh asisten.

- Setelah tangan dalam sampai ke plasenta, maka tangan pergi ke pinggir plasenta dan sedapat-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 komplis 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 factor 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 postpartum 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 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 (perarahan 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 uteri 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 (sisia 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 uteris

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)

Lacerasi 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 pascapartum 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 konstiksi 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 O₂ dalam darah. Hal ini dapat menstimulasi kemoreseptor di pusat pneumotaksis dorsal para brakialis pons superfisial yang dapat menyebabkan hiperventilasi alveolar dan terjadi takipnea. 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 infark 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 aseton, asetoasetic 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 kussmaull.

Penurunan sirkulasi O₂ 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/mm³. 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 lacerasi.
- Berikan kompres es selama 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 berelaksasi dengan baik, untuk mengatasi perdarahan dari tempat implantasi plasenta.
- Pantau asupan dan haluaran cairan setiap jam. Pada awalnya masukan kateter foley untuk memastikan keakuratan perhitungan haluaran.
- Berikan oksigen melalui 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 (Retensia 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 38,0 C dianggap normal. Setelah satu hari suhu akan kembali normal (36,0 C – 37,0 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 uri 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 uri 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, loke 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 hemofilia 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 beberapa, 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

E3Perhatikan apakah terjadi diuresis, setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya involunter pengeluaran urin), hilangnya kontrol blas, terjadi over distensi blass atau tidak atau retensi urine karena rasa talut luka episiotomi, apakah perlu bantuan saat BAK. 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 operasi SC karena CPD atau karena bentuk tubuh yang pendek.

8) Pola Peran dan hubungan

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

9) Pola seksual reproduksi

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

10) Pola coping dan toleransi stress

Perubahan peran, respon keluarga, yang bervariasi dapat menjadi pendukung berkurang rasa sakit 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: <ul style="list-style-type: none">• Catat kadar HB dan Ht setelah

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

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

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

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

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 Nursing , Fifth Edition, Mosby Year Book, Philadelphia.

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

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

Prawirohardjo Sarwono ; Edi Wiknjosastro 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.

