

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Nifas

1) Pengertian

Masa nifas atau *puerperium* merupakan masa pemulihan kembali alat reproduksi ke bentuk normal yang memerlukan waktu sekitar 6 minggu (Manuaba, 2008). Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai hingga alat-alat kandungan kembali seperti prahamil (Bahiyatun, 2009).

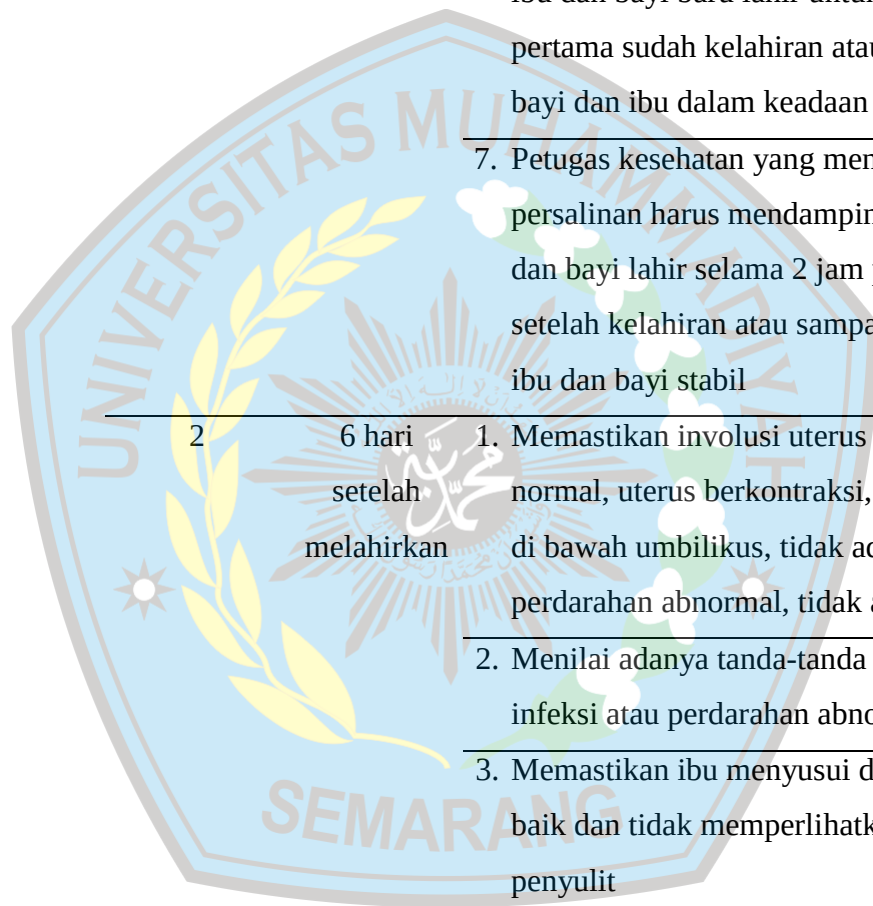
2) Kebijakan Program Pemerintah dalam Asuhan Masa Nifas

Bahiyatun (2009) menyatakan bahwa paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan dalam masa nifas terbagi menjadi empat sebagai berikut :

Tabel 2.1

Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain rujuk bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal, 1 jam setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) berhasil dilakukan



5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir

6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama sudah kelahiran atau sampai bayi dan ibu dalam keadaan baik

7. Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan bayi lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai kondisi ibu dan bayi stabil

2	6 hari setelah melahirkan	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
---	---------------------------	---

2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

3. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda penyulit

4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada bagian payudara ibu

5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan

		merawat bayi sehari-hari.
3.	2 minggu setelah persalinan	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada bagian payudara ibu 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai suhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu setelah persalinan	1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia atau bayi alami. 2. Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini.

Sumber: Bahiyatun (2009)

3) Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Menurut Pitriani dkk (2015) perubahan fisiologis pada masa nifas sebagai berikut :

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Involusio atau pengerutan adalah suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi semula sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Segera setelah plasenta lahir, tinggi fundus uteri (TFU) sekitar pertengahan simfisis pubis dan umbilikus. Setelah 24

jam tonus segmen bawah uterus telah pulih kembali sehingga mendorong fundus ke atas menjadi setinggi umbilicus. Pada hari pertama dan kedua TFU satu jari di bawah umbilicus, hari ke 5 TFU setinggi 7 cm di atas simfisis atau setengah simfisis-pusat, pada hari ke-10 tidak teraba lagi. Fundus turun 1-2 cm setiap 24 jam.

Pada beberapa hari setelah persalinan ostium eksternum dapat dilalui 2 jari, pada akhir minggu pertama dapat dilalui oleh 1 jari saja. Pada minggu ke-3 post partum rugae mulai tampak kembali. Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil pada minggu ke-2 sebesar 6-8 cm dan pada akhir masa nifas sebesar 2 cm. Luka sembuh sempurna pada 6-8 minggu postpartum.

Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/ alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti pada tabel berikut ini :

Tabel 2.2
Jenis Lokia

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (Kruenta)	1-3 hari	Merah Kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan sisa mekoneum
Sanginolenta	4-7 hari	Merah Kecokelatan dan	Sisa darah bercampur lender

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
		Berlendir	
Serosa	7-14 hari	Kuning kecokelatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/ laserasi plasenta
Alba	>14 hari berlangsung 2-6 Postpartum	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati.
Lochia Purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochiastatis			Lochia tidak lancar keluarnya

Sumber: Pitriani dkk (2015)

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju.

Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. Rahim berangsur-angsur akan mengecil seperti sebelum hamil. Sesaat setelah melahirkan, normalnya rahim teraba keras setinggi 2 jari di bawah pusar, dua pekan setelah melahirkan rahim sudah tak teraba, enam pekan akan pulih seperti semula.

b. Perubahan sistem pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progeteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam peratam. Kemungkinan terdapat spasine sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon esterogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

Dalam 12 jam pasca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pascapartum. Pengosongan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam lima sampai tujuh hari setelah bayi lahir.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 setelah wanita melahirkan.

e. Perubahan Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke-3 postpartum. Kadar Prolaktin dalam darah berangsur-angsur menghilang.

f. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5 C-38 C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan cepat. Setiap denyut yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda.

3) Tekanan Darah

Kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan berlangsung berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas.

5) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali pada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal. Plasma darah tidak begitu mengandung cairan dan dengan demikian daya koagulasi meningkat. Pembekuan darah harus dapat dicegah dengan penanganan yang cermat dan penekanan pada ambulasi dini.

6) Perubahan Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Anggraini, 2010).

4) Perubahan Psikologis

Menurut Bahiyatun (2009) periode post partum menyebabkan stres emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa post partum yaitu

- a. Respons dan dukungan dari keluarga dan teman
- b. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
- c. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
- d. Pengaruh budaya

B. Perdarahan Post Partum Hemoragie

1) Pengertian

Istilah *perdarahan postpartum* dalam arti luas mencakup semua perdarahan yang terjadi setelah kelahiran bayi, sebelum, selama dan sesudah keluarnya placenta. Menurut definisi, hilangnya darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama merupakan *perdarahan postpartum*. Setelah 24 jam, keadaan ini dinamakan *perdarahan postpartum* lanjut atau late postpartum hemorrhage (Oxfor & Forte, 2010).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi segera setelah persalinan melebihi 500 cc yang dibagi menjadi bentuk perdarahan primer dan *perdarahan postpartum* sekunder (Manuaba, 2008).

2) Penyebab

Manuaba (2008) menyatakan bahwa penyebab perdarahan post partum dibedakan menjadi dua sebagai berikut:

Tabel 2.3
Penyebab Perdarahan Post Partum

Perdarahan Post Partum Primer	Perdarahan Post Partum Sekunder
Definisi : Perdarahan berlangsung dalam 24 jam dengan pertama jumlah 500cc atau lebih	Definisi: Perdarahan post partum setelah 24 jam pertama dengan jumlah 500 cc atau lebih
Penyebab: a. Atonia uteri b. Retensio plasenta c. Robekan jalan lahir 1) Ruptura uteri inkomplet atau komplet	Penyebab: a. Tertinggalnya sebagian plasenta atau membrannya b. Perlukaan terbuka kembali dan menimbulkan perdarahan c. Infeksi pada tempat implantasi

Perdarahan Post Partum Primer	Perdarahan Post Partum Sekunder
2) Hematoma parametrium	plasenta
3) Perlukaan servikal	
4) Perlukaan vagina atau vulva	
5) Perlukaan perineum	

Sumber: Manuaba (2008)

3) Patofisiologi

Dalam persalinan pembuluh darah yang ada di uterus melebar untuk meningkatkan sirkulasi ke sana, atoni uteri dan subinvolusi uterus menyebabkan kontraksi uterus menurun sehingga pembuluh darah-pembuluh darah yang melebar tadi tidak menutup sempurna sehingga perdarahan terjadi terus menerus. Trauma jalan terakhir seperti episiotomi yang lebar, laserasi perineum, dan ruptur uteri juga menyebabkan perdarahan karena terbukanya pembuluh darah, penyakit darah pada ibu; misalnya afibrinogemia atau hipofibrinogemia karena tidak ada kurangnya fibrin untuk membantu proses pembekuan darah juga merupakan penyebab dari perdarahan dari postpartum. Perdarahan yang sulit dihentikan bisa mendorong pada keadaan shock hemoragik (Manuaba, 2008).

4) Pemeriksaan Penunjang

Imron, Asih & Indrasari (2016) menyatakan bahwa diagnosis dapat ditegakkan dengan melakukan beberapa pemeriksaan diantaranya:

a. Pemeriksaan fisik

Pucat, disertai tanda-tanda syok, tekanan darah rendah, nadi cepat kecil, ekstremitas dingin dan tampak darah keluar dari vagina secara terus-menerus.

b. Pemeriksaan obstetri

Kontraksi uterus lembek, uterus membesar bila ada atonia uteri. Bila kontraksi uterus baik mungkin karena perlukaan di jalan lahir.

c. Pemeriksaan ginekologi

Dilakukan dalam keadaan baik atau telah diperbaiki, dapat diketahui kontraksi uterus, luka jalan lahir dan retensi sisa plasenta.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang seperti tes laboratorium, tes radiologi.

5) Penatalaksanaan

Imron, Asih & Indrasari (2016) menyatakan bahwa penatalaksanaan harus dilakukan dengan dua komponen yaitu:

- a. Resusitasi dan penanganan perdarahan obstetri dan kemungkinan syok hipovolemik
- b. Identifikasi dan penanganan penyebab terjadinya perdarahan post partum

C. Atonia Uteri

1. Pengertian

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. Perdarahan postpartum dengan penyebab uteri tidak terlalu banyak dijumpai karena penerimaan gerakan keluarga berencana makin meningkat (Manuaba, 2007).

Atonia Uteri merupakan perdarahan pasca persalinan yang dapat terjadi karena terlepasnya sebagian plasenta dari uterus dan sebagian lagi belum terlepas sehingga tidak ada terjadinya kontraksi (Anik dan Yulianingsih, 2009).

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus / kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Prawirohardjo, 2008).

2. Etiologi

Lemahnya kontraksi miometrium merupakan akibat dari kelelahan karena persalinan lama atau persalinan dengan tenaga besar, terutama bila mendapatkan stimulasi. Hal ini dapat pula terjadi sebagai akibat dari

inhibisi kontraksi yang disebabkan oleh obat-obatan, seperti agen anestesi terhalogenisasi, nitrat, obat-obat antiinflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, beta-simpatomimetik dan nifedipin. Penyebab lain yaitu plasenta letak rendah, toksin bakteri (korioamnionitis, endometriitis, septikemia), hipoksia akibat hipoperfusi atau uterus couvelaire pada abruptio plasenta dan hipotermia akibat resusitasi masif. Data terbaru menyebutkan bahwa grandemultiparitas merupakan faktor resiko independen untuk terjadinya perdarahan post partum.

Faktor – faktor predisposisi Atonia uteri menurut Rukiyah (2010) meliputi :

- a. Regangan rahim yang berlebihan dikarenakan Polihidramnion, kehamilan kembar, makrosemia atau janin besar
- b. Persalinan yang lama
- c. Persalinan yang lama dimaksud merupakan persalinan yang memanjang pada kala satu dan kala dua yang terlalu lama (prawirahardjo, 2008).
- d. Persalinan yang terlalu cepat atau persalinan spontan
- e. Persalinan yang diinduksi atau dipercepat dengan oksitosin
- f. Multiparitas yang sangat tinggi
- g. Ibu dengan usia yang terlalu muda dan terlalu tua serta keadaan umum ibu yang jelek, anemis, atau menderita penyakit menahun. Terjadinya peningkatan kejadian atonia uteri sejalan dengan meningkatnya umur ibu yang diatas 35 tahun dan usia yang seharusnya belum siap untuk dibuahi. Hal ini dapat diterangkan karena makin tua umur ibu, makin tinggi frekuensi perdarahan yang terjadi (Prawirahardjo, 2006).
- h. Jarak kehamilan yang dekat (kurang dari dua tahun).
- i. Bekas operasi Caesar.
- j. Pernah abortus (keguguran) sebelumnya. Bila terjadi riwayat persalinan kurang baik, ibu sebaiknya melahirkan dirumah sakit, dan jangan di rumah sendiri.

- k. Dapat terjadi akibat melahirkan plasenta dengan memijat dan mendorong uterus kebawah sementara uterus belum terlepas dari tempat implantasinya atau uterus.

Perdarahan yang banyak dalam waktu singkat dapat diketahui. Tetapi, bila perdarahan sedikit dalam waktu banyak tanpa disadari, pasien (ibu) telah kehilangan banyak darah sebelum ibu tampak pucat dan gejala lainnya. Perdarahan karena atonia uteri, uterus tampak lembek membesar (Anik-Yulianingsih 2009).

3. Tanda dan gejala atonia uteri

Tanda dan gejala atonia uteri menurut Saifuddin (2008) adalah :

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang sangat banyak dan darah tidak merembes. Peristiwa sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan disebabkan tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah

b. Konsistensi rahim lunak

Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya

c. Fundus uteri naik

d. Terdapat tanda-tanda syok

- 1) nadi cepat dan lemah (110 kali/ menit atau lebih)
- 2) tekanan darah sangat rendah : tekanan sistolik < 90 mmHg
- 3) pucat
- 4) keriangat/ kulit terasa dingin dan lembap
- 5) pernafasan cepat frekuensi 30 kali/ menit atau lebih
- 6) gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran
- 7) urine yang sedikit (< 30 cc/ jam)

4. Diagnosa

Pada setiap perdarahan setelah anak lahir, perlu dipikirkan beberapa kemungkinan karena penanganannya berbeda, jika dengan melalui perabaan melalui dinding perut, fundus uteri terasa keras dan

darah yang keluar berwarna merah segar, dapatlah dikatakan pada umumnya perdarahan itu disebabkan oleh laserasi atau robekan pada salah satu tempat di jalan lahir. Jika perabaan fundus uteri terasa lembek dan laserasi telah disingkirkan, maka pada umumnya perdarahan ini disebabkan oleh Atonia uteri (Prawirohardjo, 2008).

Diagnose ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) pada daerah fundus uteri (Prawirohardjo, 2008).

Perlu diperhatikan bahwa pada saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500 – 1.000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam pemberian darah pengganti (Prawirohardjo, 2008).

5. Penanganan

Banyaknya darah yang hilang akan mempengaruhi keadaan umum pasien. Pasien bisa masih dalam keadaan sadar, sedikit anemis atau bahkan sampai syok berat hipovolemik. Tindakan pertama yang harus dilakukan bergantung pada keadaan klinisnya (Prawirohardjo, 2008).

Pada umumnya dilakukan simultan bila pasien syok, menurut Rukiyah (2010) dapat dilakukan :

- a. Sikap trendelenburg, memasang *venous line* dan memasang oksigen
- b. Merangsang uterus dengan cara :
 - 1) Merangsang fundus uteri dengan merangsang puting susu
 - 2) Pemberian misoprosol 800 – 1000 µg per – rectal
 - 3) Kompresi bimanual interna minimal selama 7 menit. Apabila tidak berhasil lakukan tindakan selanjutnya yaitu kompresi bimanual eksternal selama 7 menit.lakukan kompresi aorta abdominalis

- 4) Bila semua tindakan gagal, maka dipersiapkan untuk dilakukan tindakan operatif laparatomi dengan pilihan bedah konservatif (mempertahankan uterus) atau melakukan histerektomi. Alternatifnya berupa :
- a) Ligasi arteria uterine atau arteria ovarika
 - b) Histerektomi total abdominal (Prawirohardjo, 2008)

Manajemen Atonia Uteri (Penatalaksanaan)

a. Resusitasi

Apabila terjadi perdarahan pospartum banyak, maka penanganan awal yaitu resusitasi dengan oksigenasi dan pemberian cairan cepat, monitoring tanda-tanda vital, monitoring jumlah urin, dan monitoring saturasi oksigen. Pemeriksaan golongan darah dan crossmatch perlu dilakukan untuk persiapan transfusi darah.

b. Masase dan kompresi bimanual

Masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan perdarahan. Pemijatan fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (max 15 detik). Jika uterus berkontraksi maka lakukan evaluasi, jika uterus berkontraksi tapi perdarahan uterus berlangsung, periksa apakah perineum / vagina dan serviks mengalami lacerasi dan jahit atau rujuk segera (Rukiyah, 2010)

c. Jika uterus tidak berkontraksi maka :

Bersihkan bekuan darah atau selaput ketuban dari vagina & lobang serviks. Pastikan bahwa kandung kemih telah kosong, Lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit.

- 1) Jika uterus berkontraksi, teruskan KBI selama 2 menit, keluarkan tangan perlahan-lahan dan pantau kala empat dengan ketat.
- 2) Jika uterus tidak berkontraksi, maka : Anjurkan keluarga untuk mulai melakukan kompresi bimanual eksternal; Keluarkan tangan perlahan-lahan; Berikan ergometrin 0,2 mg LM (jangan diberikan jika hipertensi); Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau

18 dan berikan 500 ml RL + 20 unit oksitosin. Habiskan 500 ml pertama secepat mungkin; Ulangi KBI

3) Jika uterus berkontraksi, pantau ibu dengan seksama selama kala empat

4) Jika uterus tidak berkontraksi maka rujuk segera (Rukiyah, 2010).

d. Pemberian Uterotonika

Oksitosin merupakan hormon sintetis yang diproduksi oleh lobus posterior hipofisis. Obat ini menimbulkan kontraksi uterus yang efeknya meningkat seiring dengan meningkatnya umur kehamilan dan timbulnya reseptor oksitosin. Pada dosis rendah oksitosin menguatkan kontraksi dan meningkatkan frekwensi, tetapi pada dosis tinggi menyebabkan tetani. Oksitosin dapat diberikan secara IM atau IV, untuk perdarahan aktif diberikan lewat infus dengan ringer laktat 20 IU perliter, jika sirkulasi kolaps bisa diberikan oksitosin 10 IU intramimetrikal (IMM). Efek samping pemberian oksitosin sangat sedikit ditemukan yaitu mual dan vomitus, efek samping lain yaitu intoksikasi cairan jarang ditemukan (Rukiyah, 2010).

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

Uterotonika prostaglandin merupakan sintetik analog 15 metil prostaglandin F₂alfa. Dapat diberikan secara intramimetrikal, intraservikal, transvaginal, intravenus, intramuskular, dan rektal. Pemberian secara IM atau IMM 0,25 mg, yang dapat diulang setiap 15 menit sampai dosis maksimum 2 mg. Pemberian secara rektal dapat dipakai untuk mengatasi perdarahan postpartum (5 tablet 200 µg = 1 g).

Prostaglandin ini merupakan uterotonika yang efektif tetapi dapat menimbulkan efek samping prostaglandin seperti: nausea, vomitus, diare, sakit kepala, hipertensi dan bronkospasme yang disebabkan kontraksi otot halus, bekerja juga pada sistem termoregulasi sentral, sehingga kadang-kadang menyebabkan muka kemerahan, berkeringat, dan gelisah yang disebabkan peningkatan basal temperatur, hal ini menyebabkan penurunan saturasi oksigen. Uterotonika ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan kelainan kardiovaskular, pulmonal, dan disfungsi hepatic. Efek samping serius penggunaannya jarang ditemukan dan sebagian besar dapat hilang sendiri (Rukiyah, 2010).

e. Operatif

Beberapa penelitian tentang ligasi arteri uterina menghasilkan angka keberhasilan 80-90%. Pada teknik ini dilakukan ligasi arteri uterina yang berjalan disamping uterus setinggi batas atas segmen bawah rahim. Jika dilakukan SC, ligasi dilakukan 2-3 cm dibawah irisan segmen bawah rahim. Untuk melakukan ini diperlukan jarum atraumatik yang besar dan benang absorbable yang sesuai. Arteri dan vena uterina diligasi dengan melewati jarum 2-3 cm medial vasa uterina, masuk ke miometrium keluar di bagian avaskular ligamentum latum lateral vasa uterina (Rukiyah, 2010).

Saat melakukan ligasi hindari rusaknya vasa uterina dan ligasi harus mengenai cabang ascenden arteri miometrium, untuk itu penting untuk menyertakan 2-3 cm miometrium. Jahitan kedua dapat dilakukan jika langkah diatas tidak efektif dan jika terjadi perdarahan pada segmen bawah rahim. Dengan menyisihkan vesika urinaria, ligasi kedua dilakukan bilateral pada vasa uterina bagian bawah, 3-4 cm dibawah ligasi vasa uterina atas. Ligasi ini harus mengenai sebagian besar cabang arteri uterina pada segmen bawah rahim dan cabang arteri uterina yang menuju ke servik, jika perdarahan masih terus berlangsung perlu dilakukan bilateral atau unilateral ligasi vasa ovarian (Rukiyah, 2010).

f. Ligasi arteri Iliaka Interna

Identifikasi bifurkasi arteri iliaka, tempat ureter menyilang, untuk melakukannya harus dilakukan insisi 5-8 cm pada peritoneum lateral paralel dengan garis ureter. Setelah peritoneum dibuka, ureter ditarik ke medial kemudian dilakukan ligasi arteri 2,5 cm distal bifurkasi iliaka interna dan eksterna. Klem dilewatkan dibelakang arteri, dan dengan menggunakan benang non absorbable dilakukan dua ligasi bebas berjarak 1,5-2 cm. Hindari trauma pada vena iliaka interna. Identifikasi denyut arteri iliaka eksterna dan femoralis harus dilakukan sebelum dan sesudah ligasi. Risiko ligasi arteri iliaka adalah trauma vena iliaka yang dapat menyebabkan perdarahan. Dalam melakukan tindakan ini dokter harus mempertimbangkan waktu dan kondisi pasien.

Teknik B-Lynch dikenal juga dengan “brace suture”, ditemukan oleh Christopher B Lynch 1997, sebagai tindakan operatif alternatif untuk mengatasi perdarahan postpartum akibat atonia uteri.

g. Histerektomi

Histerektomi peripartum merupakan tindakan yang sering dilakukan jika terjadi perdarahan postpartum masif yang membutuhkan tindakan operatif. Insidensi mencapai 7-13 per 10.000 kelahiran, dan lebih banyak terjadi pada persalinan abdominal dibandingkan vaginal.

h. Kompresi bimanual atonia uteri

Peralatan : sarung tangan steril; dalam keadaan sangat gawat; lakukan dengan tangan telanjang yang telah dicuci.

Teknik :

- 1) Basuh genitalia eksterna dengan larutan disinfektan; dalam kedaruratan tidak diperlukan
- 2) Eksplorasi dengan tangan kiri
- 3) Sisipkan tinju kedalam forniks anterior vagina
- 4) Tangan kanan (luar) menekan dinding abdomen diatas fundus uteri dan menangkap uterus dari belakang atas

5) Tangan dalam menekan uterus keatas terhadap tangan luar, itu tidak hanya menekan uterus, tetapi juga meregang pembuluh darah aferen sehingga menyempitkan lumennya. Kompresi uterus bimanual dapat ditangani tanpa kesulitan dalam waktu 10-15 menit. Biasanya ia sangat baik mengontrol bahaya sementara dan sering menghentikan perdarahan secara sempurna (Rukiyah, 2010).

6. Prognosis

Jika tidak terjadi sampai syok prognosisnya baik, bila terjadi syok prognosisnya bergantung pada beratnya syok dan kecepatan memperoleh pertolongan yang tepat disamping fasilitas sumber daya manusia yang terlatih dan tersedianya peralatan yang memadai seperti keperluan untuk transfusi darah,anastesi dan perlengkapan operasi darurat sekitarnya diperlukan (Anik, 2009).

D. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2008).

1. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney yang menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berurut secara sistematis yaitu :

Langkah 1 : Mengumpulkan data baik melalui anamnesa dan berikut adalah pemeriksaan yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara menyeluruh.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara :

- a. Pengalaman riwayat
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
- c. Pemeriksaan khusus
- d. Pemeriksaan penunjang

Langkah berikut merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya.

Langkah 2 : Menginterpretasikan data dengan tepat untuk mengidentifikasi masalah atau diagnosa

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Langkah 3 : Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial atau mungkin timbul untuk mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap untuk mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi.

Langkah ini, penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah 4 : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan tindakan, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya bisa saja bukan merupakan kegawatan, tetapi memerlukan keputusan konsultasi dan kolaborasi dokter.

Langkah 5 : Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut. Seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologi.

Langkah 6 : Pelaksanaan pemberian asuhan dengan memperhatikan efisiensi dan keamanan tindakan.

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

Langkah 7 : Mengevaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan.

Dilakukan secara siklus dan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif, untuk mengetahui faktor yang menguntungkan dan menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah diidentifikasi di alam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

E. Dasar Hukum Kewenangan Bidan

Dalam melakukan asuhan kebidanan seseorang bidan akan membatasi kewenangannya sesuai dengan:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 Tahun 2017 ijin dan penyelenggaraan praktik bidan disebutkan pada:
 - a. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

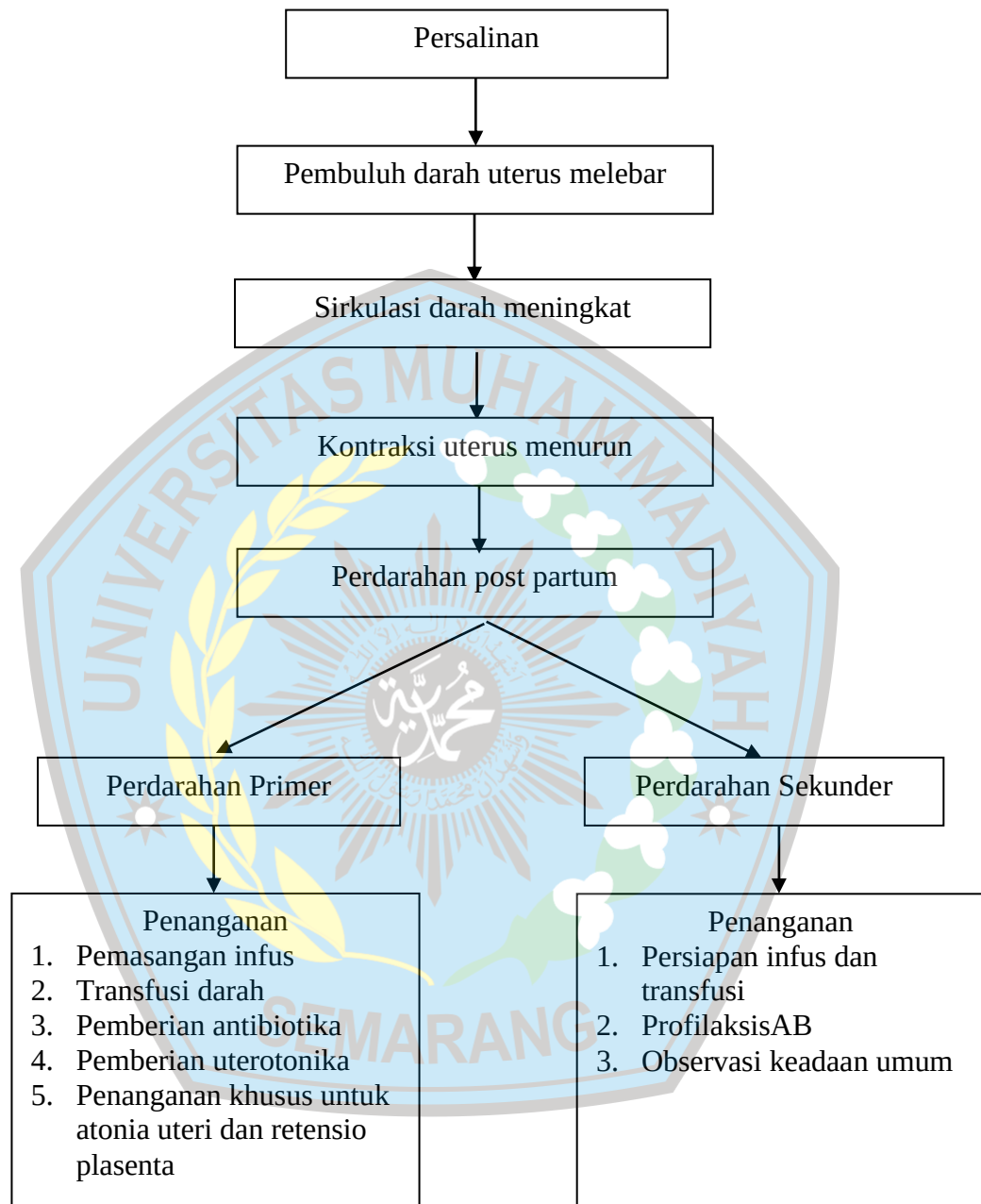
- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak, dan
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

b. Pasal 19

- 1) Pelayanan kesehatan ibu yang dimaksudkan pasal 18 a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
- 2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 1. Pelayanan konseling pada masa pra hamil
 2. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
 3. Pelayanan persalinan normal

4. Pelayanan ibu nifas normal
 5. Pelayanan ibu menyusui, dan
 6. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.
- 3) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk:
- a) Episiotomi
 - b) Pertolongan persalinan normal
 - c) Penjahitan luka jalan lahir derajat I dan II
 - d) Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan
 - e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
 - f) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - g) Fasilitas / bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
 - h) Pemberian utrotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
 - i) Penyuluhan dan konseling
 - j) Bimbingan pada kelompok ibu hamil, dan
 - k) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran
- c. Pasal 21
- Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan:
- 1) penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
 - 2) pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan

Pathways

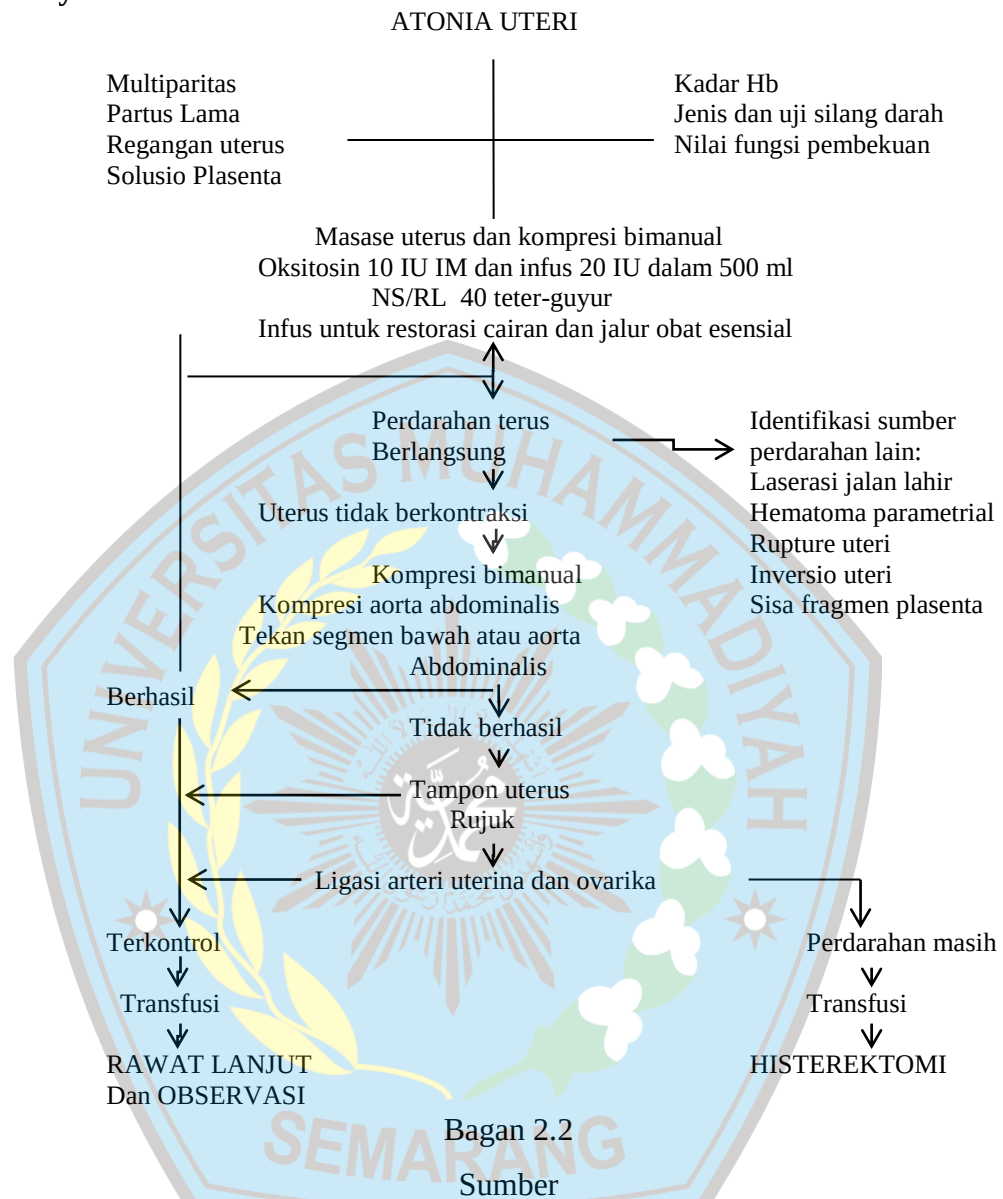


Bagan 2.1

Pathways Perdarahan Post Partum

Sumber : Manuaba (2008)

Pathways



Saifuddin (2008), Rukiyah (2010), Prawirohardjo (2008)