

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perdarahan Postpartum

1. Pengertian Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum mencakup semua perdarahan yang terjadi setelah kelahiran bayi, sebelum, selama, dan sesudah keluarnya plasenta. Kehilangan darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama disebut perdarahan postpartum (Oxorn & Forte, 2010).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500 cc setelah persalinan pervaginam dan lebih dari 1.000 ml untuk persalinan abdominal (Oktarina, 2016).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi setelah bayi yang lahir melewati batas fisiologis normal. Secara fisiologis, seorang ibu yang melahirkan akan mengeluarkan darah sampai 500 ml tanpa menyebabkan gangguan homeostatis. Jumlah perdarahan dapat diukur menggunakan bengkok besar (1 bengkok = \pm 500 cc). Oleh sebab itu, secara konvensional dikatakan bahwa perdarahan lebih dari 500 ml dikategorikan sebagai perdarahan postpartum dan perdarahan mencapai 1000 ml secara kasat mata harus segera ditangani secara serius (Nurhayati, 2019).

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa perdarahan postpartum merupakan perdarahan berlebihan yang terjadi setelah melahirkan sebanyak lebih dari 500 ml. berdasarkan waktu terjadinya, perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

- a. Perdarahan postpartum awal (*early postpartum hemorrhage*) yaitu perdarahan yang terjadi sampai 24 jam setelah persalinan.
- b. Perdarahan postpartum lambat (*late postpartum hemorrhage*) yaitu perdarahan yang terjadi sampai 28 jam setelah persalinan.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perdarahan Postpartum

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian perdarahan postpartum adalah partus lama, paritas, peregangan uterus yang berlebihan, oksitosin drip, dan anemia (Cunningham, 2010). Berikut ini faktor-faktor yang mempengaruhi perdarahan postpartum, yaitu ;

a. Partus lama

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi. Partus lama menyebabkan terjadinya inersia uteri yaitu, keadaan yang menunjukkan kontraksi rahim melemah atau kekuatan kontraksi rahim tidak sesuai dengan besarnya pembukaan mulut rahim. Hal ini dapat mengakibatkan kelelahan pada otot-otot uterus sehingga rahim berkontraksi lemah setelah bayi lahir.

b. Paritas

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan postpartum. Paritas satu dan paritas lebih dari tiga mempunyai angka kejadian perdarahan postpartum paling tinggi. Pada paritas satu, ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Pada paritas lebih dari tiga, perdarahan postpartum dapat disebabkan karena fungsi reproduksi yang mengalami penurunan.

c. Peregangan Uterus

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

d. Oksitosin Drip

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

e. Anemia

Kadar hemoglobin <11 gr/dl akan cepat terganggu kondisinya bila terjadi kehilangan darah. Anemia dihubungkan dengan kelemahan yang dapat dianggap sebagai penyebab langsung perdarahan postpartum.

f. Usia

Ibu yang hamil berumur < 20 tahun dan > 35 tahun lebih beresiko mengalami perdarahan pasca persalinan. Usia ibu hamil kurang dari 20 tahun lebih beresiko karena rahim dan panggul ibu belum siap bereproduksi dengan baik, sehingga perlu diwaspadai kemungkinan mengalami persalinan yang sulit dan kehamilan yang bisa berakibat terjadinya komplikasi persalinan. Sebaliknya jika terjadi kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun kurang siap untuk menghadapi kehamilan dan persalinan cenderung mengalami perdarahan, hipertensi, obesitas, diabetes, mioma uterus persalinan lama dan penyakit-penyakit lainnya (Megasari M, 2013).

g. Jarak kehamilan

1) Pengertian

Jarak persalinan adalah waktu antara persalinan terakhir dengan kehamilan sekarang.

2) Jarak Persalinan Aman

Idealnya jarak kehamilan adalah lebih dari 2 tahun (2-5 tahun). Pengaturan jarak kehamilan merupakan salah satu usaha agar pasangan dapat lebih siap dalam menerima dan siap untuk memiliki anak. Jarak kehamilan harus dihindari antara lain 4T yaitu : terlalu muda untuk hamil (<20 tahun), terlalu sering hamil (anak > 3 orang beresiko tinggi), terlalu dekat jarak kehamilan.

Perhitungan tidak kurang dari 9 bulan ini atas dasar pertimbangan kembalinya organ-organ reproduksi pada keadaan semula. Maka dari itu ada istilah masa nifas, yaitu masa organ-organ reproduksi kembali ke masa sebelum hamil. Namun masa nifas berlangsung hanya empat puluh hari, sementara organ-organ reproduksi baru kembali pada keadaan semula minimal 3 bulan (Prawirohardjo S, 2011).

Menurut (Khumaira M, 2012) Faktor Penyebab Perdarahan Postpartum dibedakan menjadi beberapa bagian, yaitu :

a. Perdarahan dari Tempat Implantasi Plasenta

- 1) Gangguan perfusi myometrium (hipotensi, atonia uteri, induksi)
Induksi dan stimulasi persalinan menyebabkan kerja uterus yang berlebih pada kala satu dan dua sehingga mengakibatkan kegagalan retraksi otot uterus pada kala tiga sehingga terjadi perdarahan.
- 2) Overdistensi uterus (hidramnion, kembar)
Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Hidramnion adalah jumlah cairan ketuban >1500 ml. (Indriyani, D., & Asmuji, 2013). Jika ketuban pecah saat persalinan pada kasus polihidramnion atau setelah kelahiran bayi pertama dalam kehamilan multipel, penyempitan rongga uterus yang mendadak dan luas dapat menjadi presipitasi pelepasan plasenta. Saat uterus sangat teregang dalam kehamilan, sel otot menjadi kurang mampu berkontraksi dan beretraksi secara efisien pada kala III persalinan. Oleh sebab itu penyebab perdarahan postpartum pada kondisi tersebut adalah atonia uteri.
- 3) Persalinan presipitatus
Jalanya janin yang terlalu cepat pada jalan lahir dapat menghalangi regangan jaringan yang berangsur-angsur dan perlahan, yang dapat mengakibatkan laserasi serviks, vagina, dan atau perineum sehingga meningkatkan kehilangan darah.

4) Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Hipertensi ialah tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg. Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam. Proteinuria ialah adanya 300 mg protein dalam urin selama 24 jam atau sama dengan $\geq 1+$ dipstick. Preeklampsia dapat membuat tekanan darah ibu melonjak naik, hemoragi dapat membuatnya turun drastis. Kondisi yang satu dapat menyamarkan yang lain sehingga tanda-tanda vital yang berbeda harus sering dipantau karena mempengaruhi diagnosis dan penanganan akurat. (Indriyani, D., & Asmuji, 2013).

5) Trauma Saluran Genetalia

a) Berat badan bayi >4 kg

Makrosomia atau bayi besar adalah bayi baru lahir yang berat badan lahir pada saat persalinan lebih dari 4000 gram. Seorang ibu dengan panggul sempit atau janin besar, maka kala duanya akan sangat memanjang. (Mitayani, 2011).

b) Episiotomy lebar

Episiotomy adalah mempercepat persalinan dengan memperlebar jalan lahir lunak. (Indriyani, D., & Asmuji, 2013).

3. Macam-macam Perdarahan Postpartum

Macam-macam perdarahan post partum dibagi menjadi dua (Nurhayati, 2019) yaitu :

a. Perdarahan Postpartum Primer (*Primery Postpartum Haemorrhage*)

Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebabnya antara lain :

1) Atonia Uteri

Atonia uteri adalah kegagalan miometrium untuk berkontraksi setelah persalinan sehingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh, melebar, lembek, dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi pembuluh darah. Perdarahan pada atonia uteri ini berasal dari pembuluh darah yang terbuka pada bekas menempelnya plasenta yang lepas sebagian atau lepas keseluruhan.

Miometrium adalah lapisan tengah dari dinding rahim yang terdiri dari sel-sel otot polos dan mendukung jaringan stroma dan pembuluh darah. Miometrium merupakan bagian uterus yang memegang peranan penting dan terdiri dari banyak jaringan otot. Selama kehamilan, serat otot miometrium menjadi berbeda dan strukturnya lebih terorganisir dalam rangka persiapan kinerjanya saat persalinan. Miometrium lapisan tengah tersusun sebagai anyaman dan ditembus oleh pembuluh darah. Masing-masing serabut mempunyai dua buah lengkungan sehingga tiap-tiap dua buah serabut kira-kira berbentuk angka delapan. Ketidakmampuan miometrium untuk berkontraksi akan menyebabkan perdarahan postpartum. Penyebab atonia uteri adalah akibat dari partus lama, pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil, multiparitas, anestesi yang dalam, serta anestesi lumbal. Atonia uteri juga dapat disebabkan karena salah penanganan kala III persalinan. Kesalahan tersebut yaitu memijat uterus dan mendorongnya kebawah dalam usaha melahirkan plasenta, yang seharusnya belum terlepas dari dinding uterus.

2) Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir 30 menit setelah janin lahir. Kondisi tersebut disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan.

Penyebab plasenta belum lepas dari dinding uterus yaitu karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (*placenta*

adhesiva), plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus desidua sampai miometrium (*plasenta akreta*), serta plasenta merekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus sampai dibawah peritoneum (*plasenta perkreta*).

3) Retensio Sisa Plasenta

Retensio sisa plasenta adalah keadaan plasenta yang tidak lepas sempurna dan meninggalkan sisa. Keadaan tersebut dapat berupa fragmen plasenta atau selaput ketuban yang dapat menimbulkan perdarahan. Inspeksi segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin. Jika ada bagian plasenta yang hilang, uterus terus dieksplorasi dan potongan plasenta dikeluarkan.

4) Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (rupture uteri).

5) Inversion Uteri

Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri masuk kedalam kavum uteri terjadi secara mendadak atau perlahan. Pada inversio uteri bagian atas, uterus memasuki kavum uteri sehingga fundus uteri bagian dalam menonjol kedalam kavum uteri. Penyebab inversion uteri adalah kesalahan dalam memimpin kala III, yaitu menekan fundus uteri terlalu kuat dan menarik tali pusat pada plasenta yang belum terlepas dari insersinya.

b. Perdarahan Postpartum Sekunder (*Secondary Postpartum Haemorrhage*)

Perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah bayi lahir, biasanya antara hari ke 5 sampai 15 hari postpartum. Dibawah ini merupakan penyebab perdarahan postpartum sekunder (*Etiology of secondary Postpartum Haemorrhage*) antara lain :

1) Sub Involusi

Sub involusi adalah kemacetan atau kelambatan involusio yang disertai pemanjangan periode pengeluaran lochea dan kadang disebabkan oleh perdarahan yang banyak. Proses ini dapat diikuti oleh keputihan yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya.

2) Hematoma Vulva

Hematoma adalah gumpalan darah sebagai akibat cidera atau robeknya pembuluh darah wanita hamil aterm tanpa cidera mutlak pada lapisan jaringan luar. Penyebab hematoma vulva adalah akibat dari pertolongan persalinan, karena tusukan pembuluh darah selama anestesi lokal atau penjahitan dan dapat juga karena penjahitan luka episiotomi atau rupture perineum yang kurang sempurna.

3) Retensio Sisa Plasenta

Retensio sisa plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim pada perdarahan postpartum lambat gejalanya yaitu perdarahan yang berulang atau berlangsung terus dan berasal dari rongga rahim.

4. Etiologi Perdarahan Postpartum

Berbagai penyebab yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum antara lain sebagai berikut :

a. Trauma jalan lahir.

- 1) Episiotomi yang lebar.
- 2) Laserasi perineum, vagina, dan serviks.
- 3) Ruptur uterus.
- 4) Kegiatan kompresi pembuluh darah tempat implantasi plasenta.

b. Miometrium hipotonia (atonia uteri).

- 1) Anestesi umum (trauma dengan senyawa halogen dan eter).
- 2) Perfusi miometrium yang kurang.

- 3) Setelah persalinan yang lama.
 - 4) Setelah persalinan yang terlalu cepat.
 - 5) Setelah persalinan yang dirangsang dengan oksitosin dalam jumlah yang besar.
 - 6) Paritas tinggi meningkatkan risiko perdarahan postpartum.
 - 7) Distensi rahim berlebihan (janin yang besar, kehamilan multipel, hidramnion).
 - 8) Retensi sisa plasenta.
 - 9) Perlekatan yang abnormal (plasenta akreta dan perkreta).
- c. Gangguan Koagulasi
- Gangguan koagulasi yang didapat maupun kongenital akan memperberat perdarahan.
(Mitayani, 2011).

Tabel 2.1

Penilaian Klinik Untuk Menentukan Penyebab Perdarahan Postpartum.

Gejala dan Tanda	Penyakit	Diagnosa
1. Uterus tidak berkontraksi dan lembek.	Syok, bekuan darah pada serviks atau posisi telentang akan	Atonia uteri
2. Perdarahan segera setelah bayi lahir.	menghambat aliran darah keluar.	
1. Darah segar mengalir segera setelah bayi lahir.	1. Pucat. 2. Lemah.	Robekan jalan lahir.
2. Uterus berkontraksi keras.	3. Menggigil.	
3. Plasenta lengkap.		
1. Plasenta belum lahir setelah 30 menit.	1. Tali pusat putus akibat traksi yang berlebihan.	Retensio Plasenta
2. Perdarahan segera.	2. Inversion uteri akibat tarikan.	
3. Uterus berkontraksi keras.	3. Perdarahan lanjutan.	

Gejala dan Tanda	Penyulit	Diagnosa
1. Uterus tidak teraba.	1. Neurogenik syok.	Inversion
2. Lumen vagina terisi massa.	2. Pucat dan limbung.	uteri.
3. Terlihat tali plasenta (bila plasenta belum lahir).		
1. Sub involusi uterus.	1. Anemia.	Endometritis.
2. Nyeri tekan perut bawah pada uterus.	2. Demam	
3. Perdarahan sekunder.		
Plasenta atau sebagian tidak lengkap	Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus uteri tidak berkurang.	Retensi sisa plasenta.

Sumber : Marmi (2012).

5. Fisiologi Keluarnya Darah

Keluarnya darah secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta. (Astutik, 2015). Sebelum uterus berkontraksi, dapat terjadi kehilangan darah 350-560 cc/menit dari tempat pelekatan plasenta. Jika uterus tidak cukup berkontraksi, darah dapat berkumpul didalam rongga uterus terutama di tempat perlekatan plasenta. Hal ini menyebabkan keluarnya darah yang apabila melebihi batas disebut dengan perdarahan pasca persalinan. (Sukarni & ZH, 2013). Otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah terlepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Setelah bayi lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri yaitu tempat implantasi plasenta. Akibatnya, plasenta akan terlepas dari tempat implantasinya (Ilmiah, 2015).

6. Fisiologi dalam Penghentian Perdarahan Postpartum

Setelah bayi lahir, kontraksi pada uterus tetap memiliki amplitudo yang sama, namun frekuensinya berkurang. Kontraksi inilah yang menyebabkan uterus akan mengecil karena terjadi pemisahan plasenta dengan endometrium ibu yang menyebabkan arteri spiralis mengalami robekan. Proses homeostatis pada pembuluh darah tersebut secara utama dipengaruhi oleh kontraksi myometrium yang menyebabkan kompresi seluruh pembuluh darah tersebut. Setelah berkontraksi, kemudian dilanjutkan dengan proses pembekuan darah dan penutupan dari lumen pembuluh darah tersebut (Williams, 2010).

7. Tanda dan Gejala Perdarahan Postpartum

Gambaran klinisnya berupa perdarahan terus menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi semakin jelek ditandai dengan perubahan tanda-tanda vital seperti denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah menjadi pucat dan dingin, nafas sesak, terengah-engah, berkeringat, dan akhirnya koma bahkan sampai meninggal. Situasi yang berbahaya apabila denyut nadi dan tekanan darah hanya memperlihatkan sedikit perubahan karena adanya mekanisme kompensasi vaskuler. Kemudian fungsi kompensasi tidak dipertahankan lagi, akan terjadi perubahan tanda vital seperti denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba menurun, pasien dalam keadaan syok. Uterus bisa saja terisi darah dalam jumlah yang banyak meskipun dari luar hanya terlihat sedikit (Oxorn & Forte, 2010).

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran perdarahan postpartum yang dapat mengecahkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan

darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain (Nurhayati, 2019).

Tabel 2.2

Gambaran klinis perdarahan obstetrik

Volume Darah yang Hilang	Tekanan Darah (Sistolik)	Tanda Gejala	Derajat Syok
500-1000 mL (<15-20 %)	Normal	Tidak ditemukan	Tidak ditemukan
1000-1500 mL (20-25%)	80-100 mmHg	1. Nadi <100 kali/menit. 2. Berkeringat. 3. Lemah.	Ringan
1500-2000 mL (25-35%)	70-80 mmHg	1. Takikardi (100-120 kali/menit). 2. Oliguria. 3. Gelisah	Sedang
2000-3000 mL (35-50%)	50-70 mmHg	1. Takikardi (>120 kali/menit) 2. Anuria	Berat

Sumber : Nurhayati (2019)

8. Penatalaksanaan Terkini Perdarahan Postpartum

Angka kematian maternal merupakan indikator yang mencerminkan status kesehatan ibu, terutama risiko kematian bagi ibu pada waktu hamil dan persalinan. Dibawah ini merupakan penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan postpartum, antara lain : (Nurhayati, 2019).

a. Perawatan Masa Kehamilan

Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin tetapi harus dilakukan semasa kehamilan dengan melakukan antenatal care

yang baik. Menangani anemia dalam kehamilan adalah penting, ibu-ibu yang mempunyai predisposisi atau riwayat perdarahan postpartum sangat dianjurkan untuk bersalin di Rumah Sakit.

b. Persiapan Persalinan

Di rumah sakit diperiksa keadaan fisik, keadaan umum, kadar Hb, golongan darah, dan sediakan donor darah. Pemasangan cateter intravena dengan abocath ukuran 18 untuk persiapan apabila diperlukan transfusi. Untuk pasien dengan anemia berat sebaiknya langsung dilakukan transfusi. Sangat dianjurkan pada pasien dengan risiko perdarahan postpartum untuk menabung darahnya sendiri dan digunakan saat persalinan.

c. Persalinan

Setelah bayi lahir, lakukan masase uterus dengan arah gerakan circular atau maju mundur sampai uterus menjadi keras dan berkontraksi dengan baik. Masase yang berlebihan atau terlalu keras terhadap uterus sebelum, selama, ataupun sesudah lahirnya plasenta bisa mengganggu kontraksi nominal myometrium dan bahkan mempercepat kontraksi akan menyebabkan kehilangan darah yang berlebihan dan memicu terjadinya perdarahan postpartum.

d. Kala Tiga dan Kala Empat

- 1) Uterotonica dapat diberikan segera sesudah bahu depan dilahirkan. Study memperlihatkan penurunan insiden perdarahan postpartum pada pasien yang mendapat oksitosin setelah bahu depan dilahirkan, tidak didapatkan peningkatan insiden terjadinya retensio plasenta. Pemberian oksitosin selama kala III terbukti mengurangi volume darah yang hilang dan kejadian perdarahan postpartum sebesar 40%.
- 2) Periksa ukuran dan tonus otot uterus dengan melakukan masase untuk mengeluarkan bekuan darah di uterus dan vagina. Apabila terus teraba lembek dan tidak berkontraksi dengan baik, perlu pemberian oksitosin. Lakukan kompresi bimanual apabila perdarahan masih berlanjut. Pemberian uterotonica jenis lain dianjurkan apabila setelah pemberian

oxytocin dan kompresi bimanual gagal menghentikan perdarahan. Pilihan berikutnya adalah ergometrin. Masa paruh ergometrin lebih cepat dari oksitosin yaitu 5-15 menit. Dalam penanganan atonia uteri, dapat dilakukan penanganan khusus seperti :

- a) Teruskan pemijatan uterus. Masase uterus akan menstimulasi kontraksi uterus yang menghentikan perdarahan.
- b) Jika uterus berkontraksi, lakukan evaluasi. Jika uterus berkontraksi, tapi perdarahan uterus berlangsung, periksa apakah perineum atau vagina dan serviks mengalami lacerasi dan jahit atau rujuk segera.
- c) Antisipasi dini akan kebutuhan darah dan lakukan transfusi sesuai kebutuhan. Jika perdarahan terus berlangsung, pastikan plasenta lahir lengkap. Jika terdapat tanda-tanda sisa-sisa plasenta (tidak adanya bagian permukaan maternal atau robeknya membran dengan pembuluh darahnya), keluarkan sisa plasenta tersebut.
- d) Jika uterus tidak berkontraksi maka bersihkan bekuan darah atau selaput ketuban dari vagina dan ostium serviks. Pastikan bahwa kandung kemih telah kosong.

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah. (Rohani, 2011).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wiknjastro, 2012).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir ataupun abdominal dengan bantuan atau kekuatan ibu sendiri. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum masuk tahap inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (Llyod, et al., 2017).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses alamiah untuk mengeluarkan hasil konsepsi ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks.

2. Jenis-Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu dan melalui jalan lahir.
- b. Persalinan Buatan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan *forceps/section caesarea*.
- c. Persalinan Anjuran, bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin. (Oktarina, 2016).

Jenis-jenis persalinan menurut (Llyod, et al., 2017) :

- a. Berdasarkan caranya persalinan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

- 1) Persalinan Normal

Adalah proses kelahiran bayi yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu) tanpa adanya penyulit, yaitu

dengan kekuatan ibu sendiri. Partus spontan umumnya berlangsung 24 jam.

2) Persalinan Abnormal

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi caesar.

b. Berdasarkan lama kehamilan dan berat janin dibagi menjadi enam, yaitu :

1) Abortus

Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan <20 minggu.

2) Immaturus

Pengeluaran hasil konsepsi antara 22 minggu sampai dengan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

3) Prematus

Persalinan pada usia kehamilan 28 minggu sampai dengan 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

4) Aterem

Persalinan antara usia kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram.

5) Serotinus / Postmatur

Persalinan yang melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda postmatur.

6) Presipitatus

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam.

3. Teori-Teori Penyebab Persalinan

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Penurunan kadar progesteron pada akhir kehamilan mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus sehingga timbul his.

b. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan irritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).

c. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hiks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi.

d. Teori keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

e. Teori Fetal Membran

Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang mengakibatkan kontraksi miometrium.

f. Teori Placenta Sudah Tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada placenta menurun segera terjadi degenerasi trofoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormon.

g. Teori Tekanan Cerviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi. (Oktarina, 2016).

4. Tahapan Persalinan

a. Kala I

Kala I adalah pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala I

berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Kala I terdiri dari dua fase, yaitu :

1) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase aktif, terdiri dari 3 fase, yaitu :

a) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase deselerasi, berlangsung sangat lambat. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Di dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida.

b. Kala II

Kala II adalah kala pengeluaran. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Gejala utama dari kala II antara lain sebagai berikut :

1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai tiga menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.

2) Ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

3) Ketuban pecah yang diikuti dengan keinginan untuk mengejan, dikarenakan tertekannya fleksus frankenhauser.

4) Kekuatan his dan mengejan mendorong kepala bayi sehingga terjadi : kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion

berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.

5) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan :

a) Kepala dipegang pada osocciput dan dibawah dagu, ditarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu belakang.

b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.

c) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban.

c. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan Nitabisch karena sifat retraksi otot rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk. Pada kala III terjadi pelepasan plasenta. Tanda-tanda lepasnya plasenta :

1) Uterus menjadi budar.

2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.

3) Tali pusat bertambah panjang.

4) Terjadi perdarahan.

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara *crede* pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir.

d. Kala IV

Pada kala IV perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah :

1) Tingkat kesadaran Ibu

2) Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi, dan pernapasan

3) Kontraksi uterus

- 4) Terjadi perdarahan
(Oktarina, 2016).

5. Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan sebagai berikut (Rahayu, 2016) :

a. Lightening

Lightening yaitu kepala bayi turun dan memasuki pintu atas panggul (PAP) terutama pada primipara menjelang minggu ke-36 yang disebabkan oleh kontraksi Barkton Hiks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala kearah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

- 1) Ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang
- 2) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
- 3) Terjadinya kesulitan saat berjalan
- 4) Sering kencing

b. Terjadinya His Permulaan

Semakin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain :

- 1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- 2) Datangnya tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
- 4) Durasinya pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

c. Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim, dimulai pada dua *face maker* yang letaknya di dekat cornu uteri.

His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis. Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik.

Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, isthmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
- 2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
- 3) Terjadi perubahan pada serviks.
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan maka kekuatan hisnya akan bertambah.

d. Keluarnya lendir bercampur darah (show)

Lendir berasal dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Pengeluaran darah disebabkan karena robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

e. Ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria.

f. Dilatasi dan *effacement*

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjangnya 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, seperti kertas.

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Seorang perawat harus mampu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab persalinan sehingga diharapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada proses persalinan dapat memperhatikan faktor-faktor tersebut. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain (Llyod, et al., 2017) :

a. *Passenger* (Isi Kehamilan)

Faktor *passenger* terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban, dan plasenta. *Passenger* atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

b. *Passage*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

c. *Power* (Kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his yaitu kontraksi otot-otot rahim, sedangkan kekuatannya sekundernya adalah tenaga meneran ibu (Rohani et., al, 2011).

d. *Position* (Posisi Ibu)

Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.

e. *Psychologic* (Psikologis)

Psikologis merupakan bagian yang krusial saat persalinan, ditandai dengan cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasi nyeri persalinan. Respon fisik terhadap kecemasan atau

ketakutan ibu yaitu dikeluarkannya hormon katekolamin. Hormon tersebut menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta (Manurung, 2011).

