

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Postpartum* Spontan

1. Defisini

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin Prawirohardjo (2007, dalam Nurhasanah *et al*, 2022)

Postpartum adalah masa plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung kira-kira 6 minggu Siti (2013, dalam Sri, 2019). *Postpartum* atau nifas merupakan masa yang dimulai dari kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas ini berlangsung kurang lebih 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang akan memberikan ketidaknyamanan pada awal *postpartum*, sehingga tidak menutup kemungkinan untuk memengaruhi kesehatan ibu (Yuliana & Hakim, 2020).

Pada ibu nifas involusi uterus merupakan proses yang sangat penting sehingga memerlukan perawatan yang khusus, bantuan dan pengawasan demi pulihnya kesehatan seperti sebelum hamil. Involusi uterus

merupakan proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pengukuran involusi uterus dan juga dengan pengeluaran *lochea*. Apabila fundus uteri berada di atas batas normal hal ini menandakan terjadi kegagalan tidak hamil yang menyebabkan sub involusi Boston (2012, dalam Mindarsih *et al*, 2023). Mobilisasi dini sangat diperlukan ibu nifas agar ibu merasa lebih sehat dan kuat, dapat segera mungkin untuk merawat bayinya, mencegah trombosis dan trombo emboli, melancarkan sirkulasi darah, mencegah terjadinya infeksi masa nifas, kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri menjadi keras maka resiko terjadinya perdarahan dapat dihindarkan bertujuan merangsang otot-otot rahim agar berfungsi secara optimal sehingga diharapkan tidak terjadi perdarahan *postpartum* dan mengembalikan rahim pada posisi semula (Manuaba, 2018).

2. Tahapan Masa Nifas

Azizah (2019) menyebutkan ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut:

- a. *Intermediate puerperium*, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b. *Early puerperium*, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6-minggu

- c. *Later puerperium*, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan- perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Wiknjastro (2012, dalam Leniwita & Anggraini, 2019) yaitu:

a. Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5 - 5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversion fleksio. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri.



Gambar 2. 1 Involusi uterus (Wiknjastro H. , 2012)

Uterus berangsur- angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil :

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
- 3) Satu minggu *postpartum* tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gr.
- 4) Dua minggu *postpartum* tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- 5) Enam minggu *postpartum* fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran dan konsistensi antara lain:

- 1) Penentuan lokasi uterus

Dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada digaris tengah abdomen/ bergeser ke salah satu sisi.

- 2) Penentuan ukuran uterus

Dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.

- 3) Penentuan konsistensi uterus

Ada 2 ciri konsistensi uterus yaitu uterus kerasa teraba sekeras batu dan uterus lunak.

b. Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

c. Vagina

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan *cavum uteri* dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari *cavum uteri* selama masa nifas yang disebut *lochea*. Karakteristik *lochea* dalam masa nifas adalah sebagai berikut :

1) *Lochea rubra/ kruenta*

Timbul pada hari 1- 2 *postpartum*, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, sel- sel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

2) *Lochea sanguinolenta*

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 *postpartum*, karakteristik *lochea sanguinolenta* berupa darah bercampur lendir.

3) *Lochea serosa*

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu *postpartum*.

4) *Lochea alba*

Timbul setelah 2 minggu *postpartum* dan hanya merupakan cairan putih.

d. Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

e. Payudara (*mamae*)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolaktin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah

ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan *vascular* sementara. Air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu.

Perubahan payudara dapat meliputi :

- 1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon *prolactin* setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

f. Tanda – tanda vital

Perubahan tanda – tanda vital pada ibu nifas menurut Saleha (2009 dalam Aritonang & Simanjuntak, 2021) adalah sebagai berikut :

1) Suhu tubuh

Suhu badan Dalam 1 hari (24 jam) *postpartum*, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ}$ C) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air

Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan *postpartum*.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *postpartum* menandakan terjadinya preeklamsi *postpartum*

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

g. Sistem peredaran darah (kardiovaskuler)

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang menyebabkan beban jantung meningkat.

h. Sistem pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi SC, biasanya membutuhkan waktu sekitar 1 – 3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Buang air besar biasanya mengalami perubahan 1- 3 hari *postpartum*, hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. Selain itu, kurang asupan nutrisi dan dehidrasi dapat menyebabkan rasa nyeri disekitar usus/ perineum setiap BAB juga mempengaruhi defekasi secara spontan. Faktor tersebut sering menyebabkan timbulnya konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama.

i. Sistem Perkemihan

Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12 - 36 jam setelah melahirkan dan keadaan ini menyebabkan diuresis. Uterus berdilatasi kembali normal dalam tempo 6 minggu.

j. Sistem integuman

Perubahan kulit selama kehamilan berupa pigmentasi pada wajah, leher, mamae, dinding perut berupa lipatan sendi karena pengaruh hormon dan akan menghilang setelah masa nifas.

k. Sistem muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai dari 4 – 8 jam *postpartum*, ambulasi dini sangat membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uterus.

4. Perubahan Adaptasi Psikologis Pada *Postpartum*

Menurut Rubin (1967, dalam Wulan, *et al.*, 2022) ada 3 fase adaptasi psikologis pada ibu *postpartum*, yaitu:

a. Fase *Taking in*

Masa perilaku tergantung, terjadi selama 24-48 jam pertama setelah lahir dan perilaku ibu sebagai berikut:

- 1) Ibu berfokus pada pribadinya, kenyamanan fisik dan perubahan.
- 2) Ibu bercerita kembali tentang pengalaman melahirkan
- 3) Ibu menyesuaikan dengan perubahan psikologis.
- 4) Ibu tergantung pada orang lain untuknya dan bayinya dalam memenuhi kebutuhan.
- 5) Ibu memiliki kemampuan yang menurun untuk membuat keputusan.
- 6) Ibu berkonsentrasi pada pribadi untuk menyembuhkan fisik

b. Fase *Taking hold*

Masa peralihan dari dependen ke independen perilaku, bertahan hingga berminggu - minggu dan perilaku ibu sebagai berikut:

- 1) Fokus bergerak dari diri ke bayi
- 2) Ibu mulai menjadi mandiri
- 3) Ibu memiliki kemampuan meningkat untuk membuat keputusan
- 4) Ibu tertarik pada bayi baru lahir dan dapat memenuhi kebutuhan.
- 5) Ibu mulai mengambil peran sebagai ibu.

- 6) Ibu mulai ingin belajar. Ini adalah waktu yang sangat baik untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang post partum.
- 7) Ibu mulai menyukai peran “ibu”.
- 8) Ibu mungkin memiliki perasaan banyak yang dikerjakan dan kewalahan.
- 9) Ibu membutuhkan jaminan lisan bertemu dengan bayi yang baru lahir.
- 10) Ibu mungkin menunjukkan tanda-tanda dan gejala baby blues serta kelelahan.
- 11) Ibu mulai melihat dunia luar

c. Fase *Letting go*

Masa dari mandiri ke peran baru. Karakteristik ibu selama fase ini adalah:

- 1) Berduka dan melepaskan perilaku lama beralih ke perilaku baru yang mendukung. Memasukan bayi ke dalam kehidupan dirinya dimana bayi menjadi tak terpisah darinya. Menerima bayi baru lahir dengan sungguh-sungguh.
- 2) Berfantasi apa akan/bisa mempunyai peran baru
- 3) Kemerdekaan kembali; mungkin pergi kembali ke tempat kerja atau sekolah
- 4) Mungkin memiliki perasaan duka, rasa bersalah, atau kegelisahan.
- 5) Kembali harmonis dalam hubungan dengan pasangan.

5. Komplikasi Masa Nifas

Leniwita dan Anggraini (2019) menyebutkan ada beberapa kemungkinan komplikasi yang terjadi pada *postpartum*, diantaranya yaitu:

- a. Perdarahan *Postpartum* adalah kehilangan darah ≥ 500 ml dalam periode 24 jam yang disebabkan 3 penyebab utama yaitu atonia uteri, laserasi dan tertahannya jaringan plasenta dan uteri.
- b. Laserasi yang sering terjadi adalah dinding samping vagina, serviks, segmen bawah uterus dan perineum.
- c. Sisa plasenta merupakan penyebab perdarahan lanjut pada *post partum*.
- d. Subinvolusi uteri yaitu terlambatnya proses involusi uterus yang disebabkan oleh endometritis sisa plasenta dan infeksi panggul.
- e. Infeksi puerperalis yaitu infeksi saluran reproduksi dalam minggu I *post partum*.
- f. Tromboplebitis yaitu inflamasi dari sumbatan pada vena.
- g. Mastitis yaitu inflamasi jaringan payudara.

6. Masalah Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Menurut Tim Pokja SDKI (2017) masalah keperawatan yang mungkin muncul pada ibu *postpartum* spontan yaitu:

- a. Ketidaknyamanan Pasca Partum
 - 1) Definisi

Ketidaknyamanan pasca partum merupakan perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan (Tim Pokja SDKI, 2017).

2) Etiologi

- a) Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
- b) Involusi uterus, proses pengembalian ukuran Rahim ke ukuran semula
- c) Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI
- d) Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga Kesehatan
- e) Ketidaktepatan posisi duduk
- f) Faktor budaya

3) Tanda dan gejala

a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (1) Mengeluh tidak nyaman

Objektif

- (1) Tampak meringis
- (2) Terdapat kontraksi uterus
- (3) Luka episiotomi
- (4) Payudara bengkak

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1) (tidak tersedia)

Objektif

- (1) Tekanan darah meningkat
- (2) Frekuensi nadi meningkat
- (3) Berkeringat berlebihan
- (4) Menangis/merintih
- (5) Hemoroid

4) Luaran

Berdasarkan masalah keperawatan tersebut, luaran yang mungkin digunakan sesuai tautan menurut Tim Pokja SLKI (2019) yaitu status kenyamanan pasca partum meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Keluhan tidak nyaman menurun
- b) Meringis menurun
- c) Luka episiotomi menurun
- d) Kontraksi uterus meningkat

5) Intervensi

Intervensi yang dapat dilakukan untuk masalah keperawatan tersebut, yaitu manajemen nyeri (SIKI, 2018).

b. Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua

1) Definisi

Kesiapan peningkatan menjadi orang tua merupakan pola pemberian lingkungan bagi anak atau anggota keluarga yang

cukup untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan serta dapat ditingkatkan.

2) Tanda dan Gejala

a) Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif

- (1) Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua

Objektif

- (1) Tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga

b) Tanda dan Gejala Minor

Subjektif

- (1) Anak atau anggota keluarga lainnya mengekspresikan kepuasan dengan lingkungan rumah.
- (2) Anak atau anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistis

Objektif

- (1) Kebutuhan fisik dan emosi anak/keluarga terpenuhi

3) Luaran

Berdasarkan masalah keperawatan tersebut, luaran yang mungkin digunakan sesuai tautan menurut Tim Pokja SLKI (2019) yaitu peran menjadi orang tua membaik dengan kriteria hasil:

- a) *Bounding attachment* meningkat
 - b) Perilaku positif menjadi orang tua meningkat
 - c) Interaksi perawatan bayi meningkat
 - d) Verbalisasi kepuasan memiliki bayi meningkat
 - e) Keinginan meningkatkan peran menjadi orang tua meningkat
- 4) Intervensi

Intervensi yang dapat dilakukan untuk masalah keperawatan tersebut, yaitu promosi pengasuhan (SIKI, 2018).

7. Penatalaksanaan *Postpartum* Spontan dengan Risiko Perdarahan

Munoz, *et al.* (2019) menyebutkan ada beberapa hal yang perlu dilakukan dalam penatalaksanaan *postpartum* spontan dengan risiko perdarahan, yaitu:

- a. Identifikasi wanita yang berisiko mengalami perdarahan *postpartum* (kehamilan ganda, riwayat PPH, hipertensi akibat kehamilan, korioamnionitis, episiotomi, operasi caesar sebelum melahirkan, operasi caesar saat melahirkan, makrosomia, persalinan pervaginam operatif)
- b. Pencegahan anemia berat sebelum dan sesudah perdarahan *postpartum*
- c. Penatalaksanaan kelainan plasenta

B. Konsep Risiko Perdarahan

1. Definisi

Risiko perdarahan merupakan diagnosis keperawatan dengan kode D.0012, adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keadaan berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (Tim Pokja SDKI, 2017)

Perdarahan *postpartum* merupakan perdarahan yang jumlahnya melebihi 500 ml dalam 24 jam pertama setelah persalinan. Diperkirakan bahwa perdarahan *postpartum* terjadi sekitar 5% dari semua persalinan pervaginam, dan sekitar seperempat dari seluruh kematian ibu disebabkan oleh perdarahan *postpartum*. Perdarahan dapat mulai terjadi kurang dari 24 jam setelah melahirkan, atau kapan saja selambat-lambatnya dalam 12 minggu pertama setelah persalinan (Edah, 2018)

2. Faktor Risiko Perdarahan

Banyak faktor risiko PPH telah dievaluasi dalam literatur kebidanan, dan setelah pengembangan awal dan kemudian validasi, daftar kriteria perdarahan “berisiko tinggi” telah diterbitkan yang mencakup 85% PPH mayor. Ini termasuk plasenta previa, kecurigaan plasenta akreta (atau previa dengan persalinan sesar sebelumnya), ruptur uteri, persalinan sesar, anemia berat, *trombositopenia* atau koagulopati, perdarahan aktif saat masuk, hipertensi antenatal, dan persalinan prematur (Markley, C, Carusi, dan Daniela, 2019).

Faktor risiko dari risiko perdarahan *postpartum* menurut Tim Pokja SDKI (2017) diantaranya, yaitu komplikasi kehamilan (misalnya ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa, plasenta absurpsio, kehamilan kembar), komplikasi pasca partum (misalnya atoni uterus, retensi plasenta, gangguan koagulasi (misalnya *trombositopenia*), Trauma.

a. Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana *myometrium* tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Pada kehamilan cukup bulan aliran darah ke uterus sebanyak 500-800 cc/menit. Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta. Bila uterus berkontraksi maka *miometrium* akan menjepit anyaman pembuluh darah yang berjalan diantara serabut otot menurut JNPK-KR (2007, dalam Aureliya, 2021).

Beberapa faktor predisposisi yang terkait dengan perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri adalah:

- 1) Uterus membesar lebih dari normal selama kehamilan.
- 2) Kala I atau II yang memanjang.
- 3) Persalinan cepat (*partus presipitatus*).
- 4) Persalinan yang diinduksi atau dipercepat dengan oksitosin(augmentasi).

- 5) Infeksi *intrapartum*.
- 6) Multiparitas tinggi.
- 7) Magnesium sulfat digunakan untuk mengendalikan kejang pada pre-eklampsia/eklampsia

Seorang ibu dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu kurang dari 1 jam. Atonia uteri menjadi penyebab lebih dari 90% perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam setelah kelahiran bayi menurut JNPK-KR (2007, dalam Aureliya, 2021).

Atonia uteri dapat terjadi sebagai akibat dari terjadinya:

- a) Partus lama.
- b) Pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil; seperti pada kehamilan kembar, hidramnion atau janin besar
- c) Multiparitas
- d) Anestesi yang dalam
- e) Anestesi lumbal

Atonia uteri juga dapat terjadi karena salah dalam penanganan kala III persalinan, dengan cara memijat uterus dan mendorongnya ke bawah dalam usaha melahirkan plasenta, sedang sebenarnya belum terlepas dari uterus menurut Wiknjosastro (2002, dalam Aureliya, 2021).

- b. Robekan Jalan Lahir
 - 1) Robekan perineum

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali JNPK-KR (2007, dalam Aureliya, 2021). Derajat laserasi perineum terbagi menjadi 4, yaitu:

- a) Derajat I: robekan terjadi hanya pada selaput mukosa vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum.
- b) Derajat II: robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinei transversalis, tetapi otot sfingter ani.
- c) Derajat III: robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani.
- d) Derajat IV: robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan mukosa rektum.

2) Robekan serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda daripada yang belum pernah melahirkan pervaginam. Robekan serviks biasanya terdapat di pinggir samping serviks bahkan kadang- kadang sampai ke segmen bawah rahim dan membuka parametrium. Robekan yang sedemikian dapat membuka pembuluh-pembuluh darah yang besar dan menimbulkan perdarahan yang hebat (Aureliya, 2021).

3) Ruptura uteri

Ruptura uteri atau robekan uterus merupakan peristiwa yang sangat berbahaya, yang umumnya terjadi pada persalinan, kadang-kadang juga pada kehamilan tua. Robekan pada uterus dapat ditemukan untuk sebagian besar pada bagian bawah uterus. Pada robekan ini kadang-kadang vagina atas ikut serta pula menurut Wiknjastro (2002, dalam Aureliya, 2021).

c. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir menurut Saifuddin (2006, dalam Aureliya, 2021). Menurut tingkat perlekatannya retensio plasenta terbagi atas beberapa bagian, antara lain:

- 1) *Plasenta adhesiva*, yaitu implantasi yang kuat dari jojol korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
- 2) *Plasenta akreta*, yaitu implantasi jojol korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- 3) *Plasenta inkreta*, yaitu implantasi jojol korion plasenta hingga mencapai atau memasuki miometrium.
- 4) *Plasenta perkreta*, yaitu implantasi jojol korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.

- 5) *Plasenta inkarserata*, yaitu tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstriksi ostium uteri menurut Saifuddin (2006, dalam Aureliya, 2021).

d. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

1) Definisi

Menurut Manuaba (2009) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau ketuban pecah dini (KPD) adalah ketuban yang pecah sebelum gejala awal persalinan dan satu jam sebelum proses persalinan sebenarnya (Pratiwi, Puspitasari, dan Setiarini, 2024).

Prawirohardjo (2016), menjelaskan bahwa ketuban pecah dini (KPD) atau *early premature rupture of membrane* (PROM) terjadi saat ketuban pecah sebelum proses persalinan dimulai. Pada primigravida, hal ini terjadi ketika pembukaan kurang dari 3 cm, sementara pada multipara terjadi saat pembukaan kurang dari 5 cm. Ketuban pecah dini (KPD), juga dikenal sebagai ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau ketuban pecah prematur (KPP) adalah kondisi dimana cairan keluar dari jalan lahir/vagina sebelum proses persalinan dimulai. Kondisi ini bisa terjadi pada tahap akhir kehamilan atau bahkan jauh sebelumnya. Dalam konteks KPD, ketuban pecah sebelum proses persalinan dimulai, tanpa memperhatikan usia kehamilan yang sedang berlangsung (Pratiwi, Puspitasari, dan Setiarini, 2024).

2) Penyebab Ketuban Pecah Dini

Pratiwi, dkk (2024), menyebutkan ada beberapa penyebab dan faktor risiko terjadi ketuban pecah sebelum waktunya pada ibu di masa kehamilan, diantaranya:

a) Jumlah paritas

Wanita yang pernah melahirkan berkali-kali mempunyai risiko lebih tinggi terkena PROM pada kehamilan berikutnya.

b) Umur kehamilan

Dekatnya waktu persalinan menyebabkan peningkatan dalam *matrix metalloproteinase* yang cenderung memicu KPD. Trimester akhir kehamilan meningkatkan risiko pecahnya selaput ketuban karena pertumbuhan uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin.

c) Pembesaran uterus

Caughey, *et al.* (2008) menyatakan bahwa kelebihan ukuran polihidramnion atau kehamilan kembar meningkatkan risiko KPD karena peningkatan tekanan pada rahim yang dapat memicu pecahnya selaput ketuban secara tiba-tiba.

d) Kelainan letak

Ketidaknormalan posisi janin dapat meningkatkan risiko ketuban pecah dini karena otot rahim yang tinggi dapat menyebabkan KPD.

Faktor Penyebab Ketuban Pecah Dini

Pratiwi, dkk (2024) menyebutkan ada beberapa faktor penyebab ketuban pecah dini, diantaranya:

- a) Faktor usia
- b) Faktor paritas
- c) Riwayat ketuban pecah dini
- d) Faktor trauma
- e) Faktor jaral kehamilan
- f) Faktor sosial ekonomi

3) Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin menurut Sunarti (2017) yaitu:

a) Prognosis ibu

Komplikasi KPD pada ibu meliputi kemungkinan terjadinya infeksi selama proses persalinan, infeksi pasca melahirkan, persalinan yang berlangsung lama, perdarahan setelah melahirkan, peningkatan tindakan operasi obstetrik (trauma operasi *caesar*), serta risiko tinggi terhadap kondisi kesehatan yang buruk dan kematian ibu.

b) Prognosis janin

Komplikasi KPD pada janin meliputi kemungkinan terjadinya prematuritas (termasuk sindrom distres pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati

prematurn, perdarahan didalam otak, gangguan pencernaan serius, masalah neurologis, risiko *cerebral palsy*, peningkatan bilirubin dalam darah, anemia, sepsis, kondisi penurunan tali pusat, kekurangan oksigen dan kesulitan bernapas, masalah pada uterus, persalinan memakan waktu lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, gagal ginjal, kesulitan bernapas, serta kurangnya cairan ketuban(yang bisa menyebabkan sindrom deformitas janin, paru-paru yang tidak berkembang dengan baik, masalah anggota tubuh, dan pertumbuhan janin yang terhambat), serta risiko tinggi terhadap kondisi kesehatan yang buruk dan kematian perinatal (Marmi, 2016).

4) Penatalaksanaan

Dayal dan Hong (2023) menjelaskan bahwa penatalaksanaan pasien dengan ketuban pecah dini ditentukan berdasarkan usia kehamilan.

- a) Pasien yang baru lahir dan cukup bulan (usia kehamilan 37 0/7 minggu atau lebih): segera lakukan persalinan dan berikan profilaksis *Streptococcus Grup B* sesuai indikasi.
- b) Prematur Akhir (34 0/7- 36 6/7 minggu kehamilan): sama dengan prematur awal dan prematur cukup bulan.
- c) Prematur (24 0/7 – 33 6/7 minggu kehamilan): manajemen ekspektatif, antibiotik laten, kortikosteroid dosis tunggal, profilaksis GBS sesuai indikasi

d) Kurang dari 24 minggu kehamilan: konseling pasien, manajemen ekspektatif atau induksi persalinan, antibiotik dapat dipertimbangkan sedini 20 0/7 minggu kehamilan, profilaksis GBS/kortikosteroid/tokolisis/magnesium sulfat tidak direkomendasikan sebelum viabilitas

Status janin yang tidak meyakinkan dan korioamnionitis merupakan indikasi untuk melahirkan. Jika pasien datang dengan pendarahan vagina, mungkin ada kekhawatiran akan *solusio plasenta* dan persalinan harus dipertimbangkan. Keputusan untuk melahirkan harus dibuat berdasarkan status janin, jumlah perdarahan, stabilitas ibu, dan usia kehamilan. Pada pasien cukup bulan, jika persalinan spontan tidak terjadi pada waktu presentasi, persalinan harus dilakukan induksi.

Umumnya, pasien dengan PROM prematur harus dirawat di rumah sakit dengan pemeriksaan berkala untuk mengetahui adanya infeksi, *solusio plasenta*, kompresi tali pusat, kesejahteraan janin, dan persalinan. Evaluasi USG berkala harus dilakukan untuk memantau pertumbuhan janin serta pemantauan detak jantung janin secara berkala. Tanda-tanda vital harus dipantau dan peningkatan suhu ibu harus meningkatkan kecurigaan adanya infeksi intrauterin. Pemantauan serial leukosit dan penanda inflamasi belum terbukti berguna dalam mendiagnosis infeksi karena tidak spesifik jika tidak ada bukti

klinis adanya infeksi. Pemberian kortikosteroid juga akan menyebabkan leukositosis sementara.

Pemberian magnesium sulfat sebaiknya digunakan bila persalinan diperkirakan terjadi sebelum usia kehamilan 32 0/7 minggu untuk mengurangi risiko cerebral palsy (Doyle, *et al.*, 2009).

Antibiotik telah terbukti memperpanjang kehamilan, mengurangi infeksi ibu dan bayi baru lahir, dan mengurangi morbiditas janin. Terapi selama tujuh hari direkomendasikan pada wanita dengan PROM prematur yang usia kehamilannya kurang dari 34 minggu. Regimen yang direkomendasikan adalah ampisilin intravena (2g setiap 6 jam) dan eritromisin (250 mg setiap 6 jam) selama 48 jam, diikuti oleh amoksisilin oral (250 mg setiap 8 jam) dan eritromisin basa (333 mg setiap 8 jam). Terapi selama tujuh hari harus diselesaikan. Amoksisilin-asam klavulanat tidak direkomendasikan karena peningkatan angka enterokolitis nekrotikans. Jika pasien adalah kandidat untuk profilaksis GBS, ia harus menerima antibiotik untuk mencegah penularan vertikal GBS (Kenyon, Boulvain, & Neilson, 2013) .

Wanita dengan riwayat KPD prematur memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami KPD berulang dan kelahiran prematur. Suplementasi progesteron harus diberikan untuk mengurangi risiko kelahiran prematur spontan.

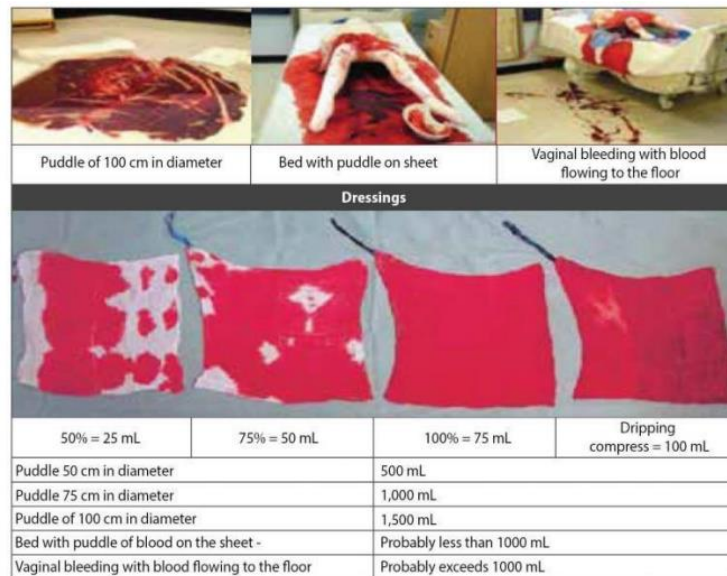
3. Pengukuran Perdarahan *Postpartum*

Perdarahan dibagi menjadi minor yaitu 500-1000 ml atau mayor >1000 ml. Perdarahan mayor dapat dibagi menjadi sedang yaitu 1000-2000 ml atau berat >2000 ml. Pembagian lain menurut *Sibai* adalah perdarahan ringan (*mild*) apabila jumlah perdarahan \leq 1500 ml, berat (*severe*) > 1500 ml, dan *massif* > 2500 ml (Simanjuntak, 2020).

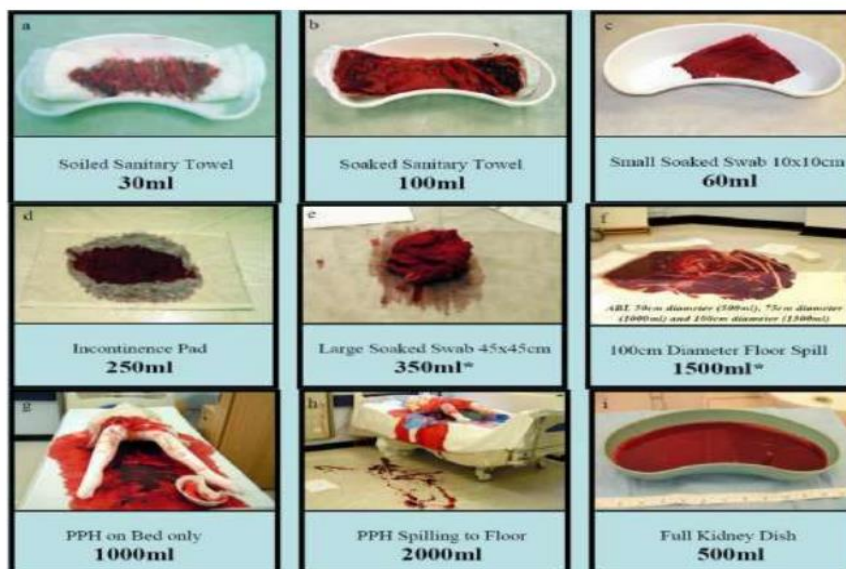
Berdasarkan waktu terjadinya dibagi menjadi perdarahan *postpartum* primer (*primary post partum haemorrhage*) yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama *postpartum*, sedangkan sekunder (*secondary post partum haemorrhage*) merupakan perdarahan yang terjadi setelah periode 24 jam sampai 6 minggu *postpartum*. Penyebab utama perdarahan *postpartum* adalah atonia uteri (Simanjuntak, 2020)

Gambar 2.2 menunjukkan beberapa parameter visual untuk mengukur perdarahan yang ada pada *surgical dressing*, seprai, dan genangan air. Penimbangan kompres, paket bedah, seprai, dan perlengkapan lain yang digunakan dalam perawatan persalinan berguna, terutama pada PPH yang terkait dengan operasi caesar dan *histerektomi*. Namun, itu membutuhkan pengetahuan dan standarisasi ukuran dan berat input. Dengan menggunakan *ekuivalen* 1 mL darah dan 1 g berat, diperoleh kehilangan darah dalam mL dengan menghitung selisih antara berat input yang mengandung darah dengan berat keringnya. Perkiraan dengan menggunakan alat penampung yang ditempatkan di bawah bokong tepat setelah persalinan pervaginam lebih dapat diandalkan daripada yang

lain, meskipun masih dapat mengalami kegagalan, karena pengambilan darah dengan masuknya cairan ketuban dan urin (Alves, Francisco, Osanan, dan Vieira, 2020)



Gambar 2. 2 Parameter visual untuk mengukur perdarahan yang ada pada *surgical dressing*, seprai, dan genangan air (Alve, Francisco, Osanan, dan Vieira, 2020)



Gambar 2. 3 Estimasi kehilangan darah (Aureliya, 2021)

4. Intervensi Keperawatan Pada Ibu *Postpartum* Spontan Dengan Risiko Perdarahan

Intervensi yang mungkin dapat dilakukan pada ibu *postpartum* spontan dengan risiko perdarahan menurut SIKI (2018) adalah diberikan intervensi pencegahan perdarahan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.02067). Tindakan yang dilakukan pada intervensi pencegahan perdarahan berdasarkan SIKI, antara lain:

a. Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- 3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- 4) Monitor koagulasi (mis: *prothrombin time* (PT), *partial thromboplastin time* (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet)

b. Terapeutik

- 1) Pertahankan bed rest selama perdarahan
- 2) Batasi tindakan *invasive*, jika perlu
- 3) Gunakan kasur pencegah *decubitus*
- 4) Hindari pengukuran suhu rektal

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan

- 2) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- 4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- 6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
- 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

5. Evaluasi penurunan Risiko Perdarahan pada ibu *postpartum*

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), evaluasi terkait penurunan risiko perdarahan dapat ditinjau dari kriteria hasil yang sesuai dengan masalah risiko perdarahan pada ibu *postpartum*, diantaranya:

a. Luaran utama: Tingkat perdarahan SLKI (L.02017)

Tingkat perdarahan adalah kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (Tim Pokja SLKI, 2019).

Ekspektasi tingkat perdarahan: Menurun

Indikator kriteria hasil:

- 1) Kelembapan kulit
- 2) Pemerahan anus
- 3) Distensi abdomen

- 4) Perdarahan vagina
 - 5) Perdarahan pasca operasi
 - 6) Hemoglobin
 - 7) Hematokrit
 - 8) Tekanan darah
 - 9) Denyut nadi apikal
 - 10) Suhu tubuh
- b. Luaran tambahan: Kontrol risiko SLKI (L.14128)

Kontrol risiko adalah kemampuan untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman kesehatan yang dapat dimodifikasi (Tim Pokja SLKI , 2019).

Ekspektasi kontrol risiko: Meningkatkan

Indikator kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko
- 2) Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko
- 3) Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko
- 4) Kemampuan menghindari faktor risiko
- 5) Kemampuan berpartisipasi dalam skrining risiko
- 6) Penggunaan fasilitas kesehatan
- 7) Pemantauan perubahan status kesehatan

C. Konsep Pijat Oksitosin

1. Pengertian

Pijat oksitosin adalah suatu upaya dengan pijatan yang dilakukan pada sepanjang tulang *vertebrae* dimulai dari *nervus* ke-5, ke-6 sampai *scapula* yang akan memperlancar kerja saraf parasimpatis untuk mengirimkan perintah ke otak yang kemudian dapat dihasilkan hormon oksitosin dengan maksimal (Manuaba, 2018).

Menurut temuan penelitian, pijat oksitosin memiliki dampak fisiologis yang signifikan pada wanita postpartum, khususnya melalui stimulasi *hipofisis anterior* dan *posterior* (Apreliasari dan Risnawati, 2020). Dengan melakukan pijat oksitosin maka hormon yang dilepas dari kelenjar hipofisis ini nantinya akan memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis (Fitri, 2019).

2. Tujuan Pijat Oksitosin

Hormon oksitosin akan memicu kontraksi otot polos pada uterus sehingga akan terjadi involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan. Oksitosin merupakan suatu hormon yang dapat memperbanyak masuknya ion kalsium kedalam *intrasel*. Keluarnya hormon oksitosin akan memperkuat ikatan aktin dan *myosin* sehingga kontraksi uterus semakin kuat dan proses involusi uterus semakin bagus (Mulyati S. , 2018).

Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostasis. Kontraksi dan retraksi otot uterus akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Mulyati S. , 2018)

3. Metode Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin adalah suatu upaya dengan pijatan yang dilakukan pada sepanjang tulang *vertebrae* dimulai dari *nervus* ke-5, ke-6 sampai scapula yang akan memperlancar kerja saraf parasimpatis untuk mengirimkan perintah ke otak yang kemudian dapat dihasilkan hormon oksitosin dengan maksimal (Manuaba, 2018)

Menurut Lund, *et al*, (2002, dalam Widyawati & Utami, 2020), perawatan pemijatan berulang bisa meningkatkan produksi hormon oksitosin dan mempercepat involusi uterus. Pijat oksitosin dilakukan selama 2 – 3 menit. Pijat oksitosin lebih efektif apabila dilakukan dua kali sehari yaitu tiap pagi dan sore hari. Efek dari pijat oksitosin itu sendiri bisa dilihat reaksinya setelah 6 - 12 jam pemijatan (Widyawati dan Utami, 2020)

Tata cara pijat oksitosin menurut (Tim Pokja SPO DPP PPNI, 2021), yaitu:

a. Persiapan alat

1) Kursi dan meja

- 2) Dua buah handuk besar bersih
 - 3) Dua buah washlap
 - 4) Air hangat dan air dingin dalam baskom
 - 5) Minyak zaitun atau minyak kelapa
- b. Pelaksanaan
- 1) Fase Orientasi
 - a) Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
 - b) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - c) Menanyakan kesiapan dan kontrak waktu
 - 2) Fase Kerja
 - a) Mencuci tangan
 - b) Meminta ibu untuk melepaskan pakaian bagian atas
 - c) Memposisikan ibu duduk di kursi dan membungkuk dengan memeluk bantal atau dapat menopang diatas lengan pada meja
 - d) Memasang handuk diatas pangkuan ibu, biarkan payudara bebas tanpa bra
 - e) Melumuri telapak tangan dengan minyak zaitun/kelapa
 - f) Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan dan ibu jari menunjuk ke arah depan
 - g) Menekan kedua ibu jari pada kedua sisi tulang belakang dengan memebentuk gerakan memutar kecil

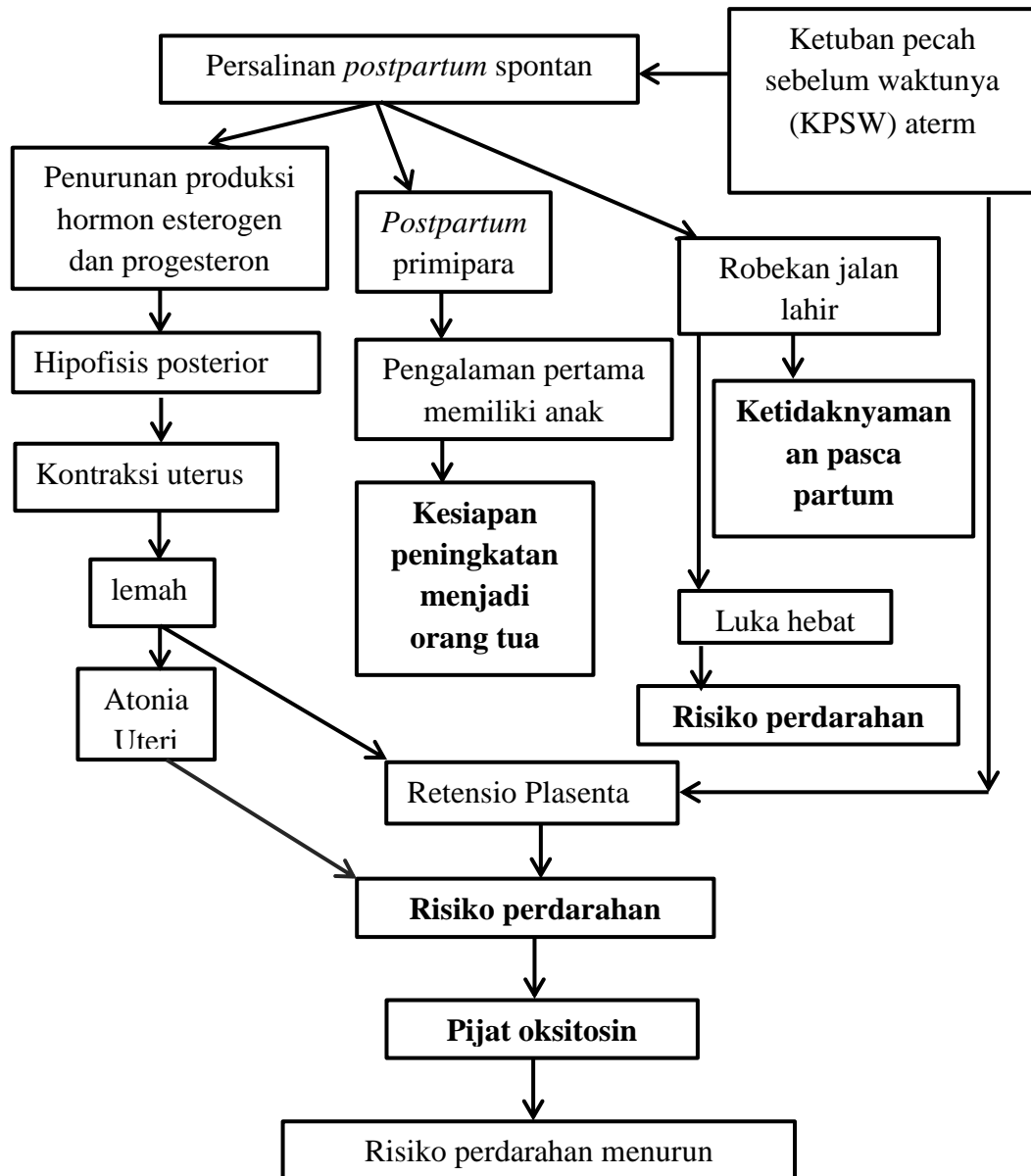
- h) Pada saat bersamaan, pijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah leher dari leher kearah tulang belikat selama 3-5 menit
 - i) Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
 - j) Memebersihkan punggung ibu dengan washlap air hangat
 - k) Merapikan pasien dan alat.
- 3) Fase Terminasi
- a) Evaluasi respon pasien
 - b) Mencuci tangan
 - c) Dokumentasi

4. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Keberhasilan Pijat Oksitosin Pada Ibu Nifas

Keberhasilan pijat oksitosin tidak terlepas dari faktor-faktor yang memengaruhinya. Hasil penelitian Purnama (2013, dalam Istighosah dan Sari, 2020) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan pijat oksitosin, yaitu:

1. Faktor psikologi
2. Faktor kenyamanan
3. Pelaksanaan pijat oksitosin
4. Dukungan keluarga
5. Dukungan petugas kesehatan

D. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori *Postpartum* Spontan dengan Risiko Perdarahan

Sumber: JNPK-KR (2007) dan Tim Pokja SDKI (2017)