

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Masa Nifas**

##### **2.1.1 Pengertian**

Masa nifas disebut juga dengan masa *postpartum* atau *puerperium* yaitu dimulai sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar dan lepas dari rahim, sampai dengan 6 minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Saryono, 2014)

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (ari sulistyawati,2015).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. (walyani dan purwoastuti, 2015).

##### **2.1.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas menurut Asih (2016) bertujuan untuk:

- a. Memulihkan kesehatan klien.

Memberikan KIE pada klien untuk menyediakan nutrisi sesuai kebutuhan berdasarkan anjuran bidan, mengatasi anemia, mencegah infeksi pada alat-alat kandungan dengan memperhatikan kebersihan diri, mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot (senam nifas) untuk memperlancar peredaran darah.

- b. Mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.
- c. Mencegah infeksi dan komplikasi.
- d. Memperlancar pembentukan dan pemberian Air Susu Ibu (ASI).
- e. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.
- f. Memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan pemahaman serta kepentingan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat pada ibu dan keluarganya melalui KIE.
- g. Memberikan pelayanan Keluarga Berencana.

### 2.1.3 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas menurut Kemenkes RI (2015) terbagi menjadi tiga periode yaitu:

- a. Periode Pasca Salin Segera (*Immediate Postpartum*) 0-24 Jam.

Masa 2 jam setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini

sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

b. Periode Pasca Salin Awal (*Early Post Partum*) 24 Jam–1 Minggu.

Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

c. Periode Pasca Salin Lanjut (*Late Postpartum*) 1 Minggu–6 Minggu

Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

#### 2.1.4 Proses Involusi

##### Lochea

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas.

Tabel 2.1

##### Klasifikasi Lochea

Lochea	Waktu Muncul	Warna	Ciri-ciri
<i>Rubra</i> / merah	1-4 hari	Merah	Terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium
<i>Sanguinolenta</i>	4-7 hari	Merah kecekelatan	Berlendir

<i>Serosa</i>	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta
<i>Alba/ putih</i>	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Sulistyawati, 2015: 76

### 2.1.5 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2.2

#### Asuhan Kebidanan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut</li> <li>3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga, bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>4. Pemberian ASI awal</li> <li>5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir</li> <li>6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi</li> <li>7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, petugas kesehatan harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau</li> </ol>

		sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau</li> <li>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal</li> <li>3. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat</li> <li>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> <li>5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari</li> </ol>
3	2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sama seperti kunjungan II yaitu:</li> <li>2. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau</li> <li>3. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal</li> <li>4. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat</li> <li>5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda- tanda penyulit</li> <li>6. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari</li> </ol>
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan pada ibu, penyulit yang ibu atau bayi alami</li> <li>2. Memberikan konseling KB secara dini</li> </ol>

Sumber: Kementerian Kesehatan RI, 2014

Pelayanan pasca persalinan atau masa nifas harus terselenggara untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, meliputi upaya pencegahan, deteksi dini masalah yang terjadi dan pengobatan komplikasi atau penyakit

yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi bayi dan kebutuhan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2014).

## **2.2 Konsep Dasar *Early Postpartum Hemorrhage***

### **2.2.1 Pengertian**

Perdarahan *postpartum* adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir. Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan *postpartum* terjadi setelah kala III persalinan selesai ( Saifuddin, 2014).

Perdarahan *postpartum* primer terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, sedangkan perdarahan *postpartum* sekunder terjadi setelah 24 jam sampai 6 minggu pascapersalinan (Arulkumaran et al., 2012:133; Oktarina, 2016:100).

### **2.2.2 Etiologi**

Etiologi perdarahan *postpartum* biasanya dikenal dengan istilah 4T, yaitu *Tone* (atonia uteri), *Trauma* (hematoma dan laserasi), *Tissue* (implantasi plasenta), dan *Thrombine* (kelainan perdarahan) (Arulkumaran et al., 2012:138). Berikut empat kelompok utama:

a. Atonia Uteri

Atonia uterus atau gagalnya uterus untuk berkontraksi secara adekuat setelah kelahiran adalah penyebab perdarahan *postpartum* primer paling sering. Umumnya setelah persalinan terjadi kontraksi untuk membantu menekan pembuluh darah yang menempel pada plasenta sehingga tidak terjadi perdarahan. Apabila otot uterus tidak cukup kuat berkontraksi maka akan terjadi perdarahan. Uterus yang mengalami distensi berlebihan ataupun aktivitas uterus yang terlalu lemah, keduanya berisiko mengalami perdarahan masif (Cunningham et al., 2012:755). Atonia uterus ini dapat terjadi baik setelah persalinan pervaginam normal, persalinan pervaginam instrumental, maupun persalinan abdominal. Faktor-faktor yang berhubungan dengan atonia uterus antara lain, kehamilan ganda atau kelahiran janin dengan berat lebih dari 4500 gram yang mengakibatkan distensi berlebihan, persalinan induksi atau augmentasi lebih dari 18 jam, ras Hispanik, dan korioamnionitis (Arulkumaran et al., 2012:138).

Penanganan:

- 1) Terapi terbaik adalah pencegahan.
  - a) Anemia pada kehamilan harus diobati karena perdarahan yang normal pun dapat membahayakan seorang ibu yang telah mengalami anemia.
  - b) Bila sebelumnya pernah mengalami perdarahan *postpartum*, persalinan berikutnya harus dirumah sakit.

- c) Pada persalinan yang lama diupayakan agar jangan sampai terlalu lelah.
  - d) Rahim jangan dipijat dan didorong ke bawah sebelum plasenta lepas dari dinding rahim.
  - e) Melakukan manajemen aktif kala III dengan sebenar-benarnya dan memberikan misoprostol peroral 2-3 tablet (400-600 mcg) segera setelah bayi lahir (Oxorn, 2010).
- 2) Pada perdarahan yang timbul setelah janin lahir, dilakukan upaya penghentian perdarahan secepat mungkin dan mengatasi akibat perdarahan.
- a) Pada perdarahan yang disebabkan atonia uteri, dilakukan masase rahim dan suntikan ergometrin kedalam pembuluh balik.
  - b) Bila tidak memberi hasil yang diharapkan dalam waktu singkat, dilakukan kompresi bimanual pada rahim.
  - c) Bila perlu dilakukan tamponade utero vaginal, yaitu dimasukkan tampon kasa ke dalam rahim sampai rongga rahim terisi penuh.
  - d) Pada perdarahan *postpartum* ada kemungkinan dilakukan pengikatan pembuluh nadi yang mensuplai darah ke rahim atau pengangkatan rahim.

b. Robekan Jalan Lahir

Perdarahan yang cukup banyak dapat terjadi karena robekan pada saat proses persalinan baik normal maupun dengan tindakan, sehingga inspeksi harus selalu dilakukan sesudah proses persalinan selesai sehingga sumber perdarahan dapat dikendalikan, tempat-tempat perdarahan dapat terjadi di vulva, vagina, serviks, porsio dan uterus (Oxorn, 2010).

Penanganan:

- 1) *Hecting perineum* ( penjahitan perenium).
- 2) Penjahitan pada derajat I dan II pada derajat I hanya perlu penanganan pencegahan infeksi tanpa harus dilakukan penjahitan. Pada derajat II perlu dilakukan penjahitan.
- 3) Pada kasus rupture grade III dan IV lakukan rujukan.

c. Retensio Plasenta

Retensio plasenta atau keadaan belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi 30 menit yang disebabkan karena his yang kurang kuat atau plasenta yang sulit lepas (Wiknjosastro, 2010:163).

Retensio plasenta, seluruh atau sebagian, *lobus succenturiata*, sebuah kotiledon, atau suatu fragmen plasenta dapat menyebabkan perdarahan plasenta *akpostpartum*. Retensio plasenta dapat disebabkan adanya plasenta akreta, prekreta, dan inkreta. Faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta adalah plasenta previa, bekas seksio sesarea, pernah kuret berulang, dan multiparitas (Saifuddin, 2014).

Penanganan:

Bila tidak terjadi perdarahan: perbaiki keadaan umum penderita bila perlu misal; infus atau transfusi, pemberian antibiotik, pemberian antipiretika. Kemudian dibantu dengan mengosongkan kandung kemih. Lanjutan memeriksa apakah telah terjadi pemisahan plasenta dengan cara Klein, Kustner atau Strassman. Bila terjadi perdarahan: lapisan plasenta secara manual, jika plasenta dengan pengeluaran manual tidak lengkap dapat disusul dengan upaya kuretase. Bila plasenta tidak dapat dilepaskan dari rahim, misal plasenta increta/ percreta, lakukan hysterectomy (Sari Puspiata, dkk., 2014).

d. Kelainan Perdarahan

Defek koagulasi atau kelainan pembekuan darah dapat menyebabkan perdarahan *postpartum*. Seringkali perdarahan yang persisten adalah akibat dari gangguan pembekuan darah. Umumnya perdarahan ini dapat diatasi dengan pemberian darah segar (Wiknjosastro, 2010:194). Defek koagulasi dapat bersifat kongenital (von Willebrand disease) atau didapat. Kondisi obstetri yang berhubungan dengan kegagalan koagulasi yaitu, abrupsio plasenta, pre-eklampsia, septikemia dan sepsis intrauterin, janin mati tertahan, embolus cairan ketuban, transfusi darah yang tidak sesuai, dan aborsi dengan salin hipertonik. (Arulkumaran et al., 2012:139).

2.2.3 Diagnosis Perdarahan *Postpartum*

Tabel 2.3

Diagnosis Perdarahan *Postpartum*

No	Gejala dan Tanda yang Selalu Ada	Gejala dan Tanda yang Kadang-Kadang Ada	Diagnosis Kemungkinan
1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uterus tidak berkontraksi dan lembek</li> <li>2. Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer atau P3)</li> <li>3. Bila setelah bayi dan plasenta lahir perdarahan masih ada dan mencapai 500-1000 cc, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek (Saifuddin, 2014)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Syok</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atonia uteri</li> </ol>
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan segera (P3)</li> <li>2. Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3)</li> <li>3. Uterus kontraksi baik</li> <li>4. Plasenta lengkap</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pucat</li> <li>2. Lemah</li> <li>3. Menggigil</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Robekan jalan lahir</li> </ol>
3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plasenta belum lahir setelah 30</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tali pusat putus akibat traksi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retensio Plasenta</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>menit</li> <li>2. Perdarahan segera (P3)</li> <li>3. Uterus kontraksi baik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>berlebihan</li> <li>2. Inversio uteri akibat tarikan</li> <li>3. Perdarahan lanjutan</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap</li> <li>2. Perdarahan segera (P3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tertinggalnya sebagian plasenta</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Uterus tidak teraba</li> <li>2. Lumen vagina terisi massa</li> <li>3. Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir)</li> <li>4. Perdarahan segera (P3)</li> <li>5. Nyeri sedikit atau berat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Syok neurogenik</li> <li>2. Pucat dan limbung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Inversio uteri</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sub-involusi uterus</li> <li>2. Nyeri tekan perut bawah</li> <li>3. Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S.</li> <li>4. Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia</li> <li>2. Demam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan terlambat</li> <li>2. Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi atau tidak)</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan segera (P3) (Perdarahan intraabdominal dan atau vaginum)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Syok</li> <li>2. Nyeri tekan perut</li> <li>3. Denyut nadi ibu cepat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Robekan dinding uterus (ruptura uteri)</li> </ul>

	2. Nyeri perut berat		
--	----------------------	--	--

Sumber : Saifuddin, 2014