



Diagnosis Nifas

Patologis I

Bd.Novita Br Ginting Munthe, SST., M.Keb
Cintika Yorinda Sebtalesy, SST., M.Kes
Evi Dwi Prastiwi, SST., M.Kes
Tonasih, SST., M.Kes
Dwi Rahmawati, SST., M.Keb
Bd.Tetty Junita Purba, SST., M.Kes
Anindhita Yudha Cahyaningtyas, SST., M.Kes
Henny Sulistyawati, SST., M.Kes
Irma Nurma Linda, S.Keb., Bd., M.Keb
Andri Tri Kusumaningrum, S.SiT., M.Kes
Purwati, MPH

DIAGNOSIS NIFAS PATOLOGIS I

Penulis Utama:

Bd. Novita Br Ginting Munthe, SST.,M.Keb

Penulis:

Cintika Yorinda Sebtalesy, SST.,M.Kes

Evi Dwi Prastiwi, SST.,M.Kes

Tonasih, SST.,M.Kes

Dwi Rahmawati, SST.,M.Keb

Bd. Tetty Junita Purba, SST.,M.Kes

Anindhita Yudha Cahyaningtyas, SST.,M.Kes

Henny Sulistyawati, SST.,M.Kes

Irma Nurma Linda, S.Keb.,Bd.,M.Keb

Andri Tri Kusumaningrum, S.SiT.,M.Kes

Purwati, MPH



DIAGNOSIS NIFAS PATOLOGIS I

Penulis Utama:

Bd.Novita Br Ginting Munthe,SST.,M.Keb

Penulis:

Cintika Yorinda Sebtalesy, SST.,M.Kes

Evi Dwi Prastiwi, SST.,M.Kes

Tonasih, SST.,M.Kes

Dwi Rahmawati, SST.,M.Keb

Bd. Tetty Junita Purba, SST.,M.Kes

Anindhita Yudha Cahyaningtyas, SST.,M.Kes

Henny Sulistyawati, SST.,M.Kes

Irma Nurma Linda, S.Keb.,Bd.,M.Keb

Andri Tri Kusumaningrum, S.SiT.,M.Kes

Purwati, MPH

Desain Cover:

Aldian Shobari

Tata Letak:

Deni Sutrisno

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-15-3

Cetakan Pertama:

Oktober, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

Tiktok : Bimbel Optimal

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, yang sudah memberikan kekuatan, kesabaran, dan ketekunan sehingga penulis dapat menyelesaikan buku diagnosis ini. Penulis mengucapkan terima kasih sebesar – besarnya kepada seluruh pihak yang sudah banyak membantu penyusunan buku diagnosis ini mulai dari penulisan hingga pencetakan: teman sejawat, penerbit dan banyak lagi yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

"Buku Diagnosis Nifas Patologis I" ini telah diselesaikan dengan sebaik – baiknya, sehingga dapat digunakan oleh para pembaca untuk menambah pengetahuan dan informasi terkait kasus kebidanan yang butuh penanganan cepat khususnya yang terjadi selama masa nifas.

Setiap bab telah disajikan materi dan contoh kasus yang dapat digunakan sebagai pedoman alternatif bagi pengajar atau dosen dan mahasiswa yang membutuhkan berbagai materi dan juga pengayaan.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan buku diagnosis ini masih banyak kekurangan, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran ataupun kritik yang membangun untuk perbaikan. Semoga buku diagnosis ini dapat bermanfaat bagi penulis dan semua pembaca.

Hormat kami,

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 RASA TERBAKAR SAAT BUANG AIR KECIL (BAK)	1
A. Latar Belakang	2
B. Definisi Rasa Terbakar Saat Buang Air Kecil (BAK)	3
C. Penyebab Rasa Terbakar Saat Buang Air Kecil (BAK)	3
D. Dampak rasa terbakar saat Buang Air Kecil (BAK).....	4
E. Tanda dan Gelaja.....	4
F. Diagnosis Rasa Terbakar Saat Buang Air Kecil (BAK)	4
G. Pencegahan	5
H. Pelaksanaan.....	6
I. Komplikasi.....	6
J. Soal Vignette.....	6
K. SOAP	8
BAB 2 SEMBELIT PADA MASA NIFAS.....	11
A. Latar Belakang	12
B. Definisi Sembelit	13
C. Penyebab Sembelit.....	13
D. Dampak Penulis	15
E. Tanda dan Gejala.....	16
F. Diagnosis Sembelit	17
G. Pencegahan	18
H. Pelaksanaan.....	19
I. Komplikasi.....	19
J. Soal Vignette.....	19
K. SOAP	21

BAB 3 PERDARAHAN HEBAT MASA NIFAS.....	25
A. Latar Belakang	26
B. Definisi.....	27
C. Klasifikasi Perdarahan	27
D. Faktor Risiko.....	28
E. Jenis-Jenis Perdarahan	30
F. Pencegahan.....	44
G. Penatalaksanaan	44
H. Komplikasi.....	45
I. Soal Vignette.....	45
J. SOAP	47
BAB 4 INFEKSI LUCA JAHITAN	51
A. Latar Belakang	52
B. Definisi.....	53
C. Penyebab.....	55
D. Faktor Risiko.....	56
E. Tanda dan Gejala.....	57
F. Pencegahan.....	59
G. Penatalaksanaan	61
H. Komplikasi.....	63
I. SOAP	64
J. Soal Vignette.....	68
BAB 5 ENDOMETRITIS.....	71
A. Latar Belakang	72
B. Definisi.....	72
C. Etiologi	73
D. Patogenesis.....	74
E. Tanda dan Gejala Endometritis	74
F. Klasifikasi Endometritis.....	74

G. Gambaran Klinis.....	77
H. Diagnosis	78
I. Komplikasi.....	80
J. Penatalaksanaan	81
K. SOAP	82
L. Soal Vignette.....	90
BAB 6 PERDARAHAN NIFAS.....	93
A. Latar Belakang	94
B. Tinjauan Teori Medis	94
C. SOAP	100
D. Pembahasan	110
BAB 7 RASA NYERI PADA BETIS	119
A. Latar Belakang	120
B. Definisi.....	120
C. Klasifikasi Thromboflebitis Menurut Posisi Vena	120
D. Etiologi Thromboflebitis.....	121
E. Faktor Risiko Thromboflebitis	121
F. Gejala	121
G. Diagnosis	122
H. Komplikasi.....	123
I. Pencegahan	123
J. Penatalaksanaan Deep Vein Thrombosis.....	124
K. SOAP	125
L. Contoh Vignette	127
BAB 8 KEPUTIHAN PATHOLOGIS PADA MASA NIFAS	131
A. Latar Belakang	132
B. Definisi Keputihan Patologis	132
C. Penyebab Keputihan Patologis	133
D. Faktor Risiko Keputihan Patologis.....	135

E. Tanda dan Gejala.....	136
F. Diagnosis Keputihan	137
G. Pencegahan	138
H. Penatalaksanaan	138
I. Komplikasi.....	139
J. SOAP	139
K. Soal Vignette.....	141
BAB 9 PRE-EKLAMPSIA	145
A. Latar Belakang	146
B. Definisi.....	146
C. Diagnosis Preekalsmia	146
D. Patofisiologi.....	147
E. Komplikasi Saat Nifas.....	150
F. Pencegahan	150
G. Faktor Risiko	150
H. Tanda dan Gejala.....	151
I. Soal Vignette.....	155
J. SOAP	155
K. Penatalaksanaan	159
BAB 10 INKONTINENSIA URINE POSTPARTUM	163
A. Latar Belakang	164
B. Definisi.....	164
C. Jenis-Jenis Inkontinensia Urin.....	165
D. Penyebab.....	166
E. Faktor Risiko	167
F. Tanda Gejala.....	170
G. Pencegahan	170
H. Penatalaksanaan	171
I. Komplikasi.....	175

J. Soal Vignette.....	175
K. SOAP	177
BAB 11 CAIRAN VAGINA BERBAU.....	183
A. Latar Belakang	184
B. Definisi	184
C. Penyebab	185
D. Faktor Risiko Timbulnya Lokhia Purulenta.....	185
E. Tanda dan Gejala.....	186
F. Pencegahan	186
G. Penatalaksanaan	187
H. Komplikasi.....	188
I. Contoh Kasus	188
J. Dokumentasi.....	189
K. Soal Vignette	190
PROFIL PENULIS.....	194
SINOPSIS.....	200

BAB 1

RASA TERBAKAR

SAAT BUANG AIR KECIL (BAK)

Cintika Yorinda Sebtalesy, SST., M.Kes.



BAB 1

RASA TERBAKAR SAAT BUANG AIR KECIL (BAK)

Cintika Yorinda Sebtalesy, SST., M.Kes.

A. Latar Belakang

Masa nifas adalah waktu atau periode setelah persalinan sampai 40 hari setelah persalinan, periode dimana uterus membuang darah dan sisa-sisa jaringan ekstra setelah bayi dilahirkan selama waktu persalinan (Putri, 2022). Kematian ibu bisa saja terjadi saat masa nifas. Kejadian kematian dalam masa nifas di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 61, 59 % (Nurjasmi, Jubaedah, Sunarsih, Irawan, & Herdiawat, 2021).

Masa nifas adalah masa yang kritis bagi Ibu, sekitar 60% kematian ibu terjadi setelah melahirkan dan hampir 50% dari kematian pada masa nifas terjadi pada 24 jam pertama setelah melahirkan, diantaranya disebabkan oleh adanya komplikasi masa nifas. Selama ini, perdarahan pascapersalinan merupakan penyebab kematian ibu, namun dengan meningkatnya persediaan darah dan sistem rujukan, maka infeksi menjadi lebih menonjol sebagai penyebab kematian dan morbiditas ibu (Walyani & Purwoastuti, 2017).

Secara fisiologis pada saat masa nifas, buang air kecil sering sulit selama 24 jam, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang dilatasikan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2017). Diuresis adalah gejala nyeri atau tidak enak saat mengeluarkan urin. Hal ini bisa saja terjadi pada saat masa nifas. Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan dan infeksi masa nifas ini merupakan penyebab tertinggi Angka Kematian Ibu (AKI) (Ciselia & Oktari, 2021).

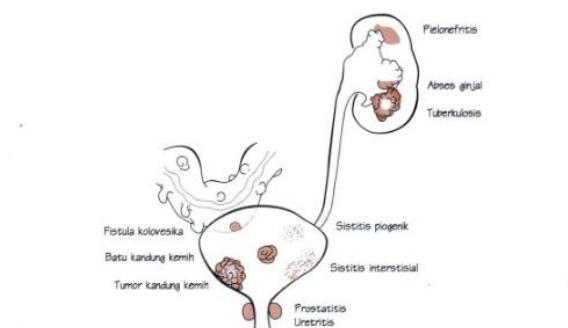
B. Definisi Rasa Terbakar Saat Buang Air Kecil (BAK)

Disuria adalah sensasi nyeri atau terbakar saat buang air kecil. Disuria adalah salah satu gejala terjadinya infeksi saluran kemih bagian bawah, biasanya disertai dengan gejala lain yaitu terjadi peningkatan frekuensi, urgensi, dan inkontinensia urin (Kay & Sandhu, 2022). Selain itu hal ini sering ditemukan pada penyakit trauma dan struktur uretra (Ardhiyanti, Pitriani, & Damayanti, 2014).

C. Penyebab Rasa Terbakar Saat Buang Air Kecil (BAK)

Penyebabnya karena adanya bakteri endogen dan bakteri eksogen. Sedangkan faktor predisposisinya yaitu karena nutrisi yang buruk, defisiensi zat besi, riwayat persalinan lama, terjadi rupture membrane, tindakan episiotomi dan Sectio Cesaria (Ciselia & Oktari, 2021).

Terjadi perubahan pola eliminasi urin yang biasanya disebabkan oleh karena obstruksi anatomis, kerusakan motorik, sensorik dan infeksi saluran kemih (Dartiwen, AAnggita, & Apriliani, 2020).



Gambar 1.1 Penyebab Disuria (Ardhiyanti, Pitriani, & Damayanti, 2014)

Diantara penyebab terjadinya dysuria yaitu :

- Pielonefritis akut
- Sistitis akut
- Uretritis
- Sindrom Uretra
- Vaginitis
- Tumor kandung kemih (Dartiwen, AAnggita, & Apriliani, 2020)

Faktor-faktor yang mempengaruhi angka kejadian infeksi saluran kemih (ISK) dapat dipengaruhi oleh bakteri (uropatogen) pseudomonas aeruginosa E.coli (UPEC) yang bermuatan P fimbriae, dan dapat dipengaruhi faktor penyakit seperti penyakit HIV, DM tipe 2, inkontinensia urin (Irawan & Mulyana, 2018).

D. Dampak rasa terbakar saat Buang Air Kecil (BAK)

Dampak dari adanya rasa terbakarsaat BAK diantaranya yaitu terjadinya diuresis, rasa tidak nyaman saat berkemih selain itu yang paling parah adalah terjadi kerusakan ginjal yang permanen sehingga menyebabkan ginjal tidak bisa berfungsi lagi selamanya. Selain itu dapat menyebabkan tekanan darah tinggi dan masalah lainnya yang mengancam jiwa (Ciselia & Oktari, 2021).

E. Tanda dan Gelaja

Gejala umum infeksi masa nifas dapat dilihat dari suhu yang meningkat, terjadi takikardi dan malaise, sedangkan gejala lokal dapat ditemui berupa kontraksi yang kurang baik (uterus teraba lembek), kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adaya dysuria. Gejala klinis biasanya ditunjukkan pada kasus endometritis, tampak pada hari ketiga post partum (Ciselia & Oktari, 2021).

F. Diagnosis Rasa Terbakar Saat Buang Air Kecil (BAK)

Diagnosis dapat ditegakkan dengan melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik. Berikut untuk daftar yang harus ditanyakan dan diobservasi ke pasien.

1. Anamnesa

- a. Menanyakan pada pasien di bagian manakah rasa nyeri atau rasa tidak nyaman. Apakah pada saat atau selama mencoba BAK?
- b. Apakah ada secret dari vagina, urin berbau busuk, urin keruh, atau mengeluarkan "pasir halus" atau batu?
- c. Apakah ada nyeri pinggang atau nyeri suprapubis?
- d. Apakah saat terjadi nyeri berhubungan dengan pemasangan kateter, hubungan seksual atau dehidrasi?
- e. Apakah ada gejala saluran kemih (misalnya hesitasi, pancaran kecil, tetesan di akhir kencing, dan inkontinensia?)

- f. Apakah ada gejala sistemik seperti penurunan berat badan, demam, menggigil, berkeringat atau bingung?
 - g. Apakah pernah sampel urinnya dikirim untuk dianalisis di lab?
 - h. Riwayat penyakit dahulu : Apakah ada riwayat dysuria, Infeksi Saluran Kemih (ISK), batu urin, peyakit ginjal, atau diabetes mellitus?
 - i. Riwayat keluarga : Apakah ada riwayat Infeksi Saluran Kemih (ISK) berulang dalam keluarga khususnya yang berhubungan dengan nefropati refluks?
 - j. Obat-obatan : Apakah pasien sedang menjalani terapi antibiotik dan apakah pasien memiliki alergi terhadap antibiotik?
2. Pemeriksaan fisik
 - a. Memeriksa apakah pasien tampak sakit ringan atau berat?
 - b. Memeriksa apakah pasien demam?
 - c. Memeriksa apakah nyeri tekan pinggang?
 - d. Memeriksa apakah kandung kemih teraba?
 - e. Memeriksa apakah tekanan darah naik?
 - f. Memeriksa apakah ada secret pada vagina?
 - g. Mempertimbangkan pemeriksaan laboratorium : sampel urin pancaran tengah (sampel bersih) untuk dilakukan pengujian mikroskopi untuk sel dan silinder. Pemeriksaan dipstick untuk darah, protein, leukosit, nitrit dan kultur.

G. Pencegahan

Menurut (Wijaya, 2015), pencegahan terhadap terjadinya Infeksi Saluran Kemih yang diawali dari rasa terbakar saat BAK atau dysuria yaitu :

1. Perbanyak minum air setiap hari, yaitu minimal 3 liter.
2. Melakukan cebok dengan arah dari depan ke belakang untuk mencegah bakteri dari anus masuk ke dalam vagina.
3. Bersihkan alat kelamin sebelum melakukan coitus.
4. Buang Air Kecil setelah melakukan coitus untuk membersihkan bakteri dari saluran kemih.
5. Jangan menahan BAK bila sudah ada keinginan.
6. Menggunakan pelumas saat melakukan coitus jika vagina terlalu kering agar tidak memicu luka pada vagina.
7. Jika sering mengalami ISK, perlu menghindari alat kontrasepsi diafragma.

H. Pelaksanaan

1. Ibu harus diisolasi (Ciselia & Oktari, 2021).
2. Jika kandung kemih ibu penuh, maka bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan anjurkan ibu agar tidak menahan apabila terasa BAK. Jika ibu tidak dapat berkemih dalam 6 jam pascapersalinan, bantu ibu dengan cara menyiramkan air hangat dan bersih ke vulva dan perineum ibu. Bila berbagai cara telah dilakukan namun ibu tetap tidak bisa berkemih, maka mungkin perlu dilakukan pemasangan kateter. Setelah kandung kemih kosong, maka lakukan massase pada fundus agar uterus berkontraksi dengan baik (Walyani & Purwoastuti, 2017).

I. Komplikasi

Menurut (Ciselia & Oktari, 2021), komplikasi dari ISK yaitu :

1. Terjadi bacteremia dan syok septik
2. Abses ginjal, perinefrik dan metastasis
3. Kerusakan ginjal dan gagal ginjal akut/kronis
4. Pielonefritis kronis dan xantogranulomatosa.

J. Soal Vignette

1. Seorang ibu telah melahirkan anaknya yang pertama di TPMB 4hari yang lalu. Hasil pemeriksaan diperoleh data TD : 110/70mmHg, Suhu 39 derajat C, TFU pertengahan sympisis- pusat, tidak terdapat luka jahitan perinium. Ibu menyusui bayinya. Ibu mengeluh merasa terbakar saluran kemihnya saat BAK.

Apakah diagnosa pada kasus diatas?

- A. Obesitas
- B. Sembelit

C. Diuresis

- D. Obstipasi
- E. Dispareuni

2. Seorang ibu telah melahirkan anaknya yang pertama di TPMB 4hari yang lalu. Hasil pemeriksaan diperoleh data TD : 110/70mmHg, Suhu 39 derajat C, TFU pertengahan sympisis- pusat, tidak terdapat luka jahitan perinium. Ibu menyusui bayinya. Ibu mengeluh merasa terbakar saluran kemihnya saat BAK.

Apakah faktor penyebab terjadinya kasus diatas ?

- A. Stres
- B. Fisik
- C. Nutrisi**
- D. Dehidrasi
- E. Nyeri Luka Perinium

3. Seorang ibu telah melahirkan anaknya yang pertama di TPMB 4hari yang lalu. Hasil pemeriksaan diperoleh data TD : 110/70mmHg, Suhu 39 derajat C, TFU pertengahan sympisis- pusat, tidak terdapat luka jahitan perinium. Ibu menyusui bayinya. Ibu mengeluh merasa terbakar saluran kemihnya saat BAK. Apakah komplikasi yang terjadi dari kasus diatas?
- A. Diuresis
 - B. Sembelit
 - C. Obstipasi
 - D. Konstipasi
 - E. Pielonefritis**
4. Seorang ibu telah melahirkan anaknya yang pertama di TPMB 4hari yang lalu. Hasil pemeriksaan diperoleh data TD : 110/70mmHg, Suhu 39 derajat C, TFU pertengahan sympisis- pusat, tidak terdapat luka jahitan perinium. Ibu menyusui bayinya. Ibu mengeluh merasa terbakar saluran kemihnya saat BAK.
- Apakah penanganan yang dapat dilakukan pada kasus diatas?
- A. Memperbanyak konsumsi makanan berserat
 - B. Meningkatkan konsumsi cairan
 - C. Tidak menahan ingin BAK
 - D. Rutin berolahraga
 - E. Kateterisasi**
5. Seorang ibu telah melahirkan anaknya yang pertama di TPMB 4hari yang lalu. Hasil pemeriksaan diperoleh data TD : 110/70mmHg, Suhu 39 derajat C, TFU pertengahan sympisis- pusat, tidak terdapat luka jahitan perinium. Ibu menyusui bayinya. Ibu mengeluh merasa terbakar saluran kemihnya saat BAK.
- Apakah konseling yang bisa diberikan pada kasus diatas?

- A. Gizi
- B. ASI Eksklusif
- C. Mobilisasi Dini
- D. Personal Hygiene

E. Tidak menahan BAK

K. SOAP

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas dengan Infeksi Saluran Kemih

A. Pengkajian Data

Tanggal : 10 Mei 2022
Tempat : Praktik Mandiri Bidan
Jam : 16.30WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan telah melahirkan anak ke 2 pada 3 hari yang lalu dan mengeluh saat buang air kecil terasa seperti terbakar di bagian saluran kencingnya dan sering buang air kecil tapi sedikit yang dikeluarkan.

2. Objektif

Pemeriksaan fisik umum :

Keadaan umum : Baik
Tanda-tanda vital :
TD : 120/80 mmHg
N : 82 x/menit
P : 20 x/menit
S : 39°C

Pemeriksaan fisik khusus :

Muka : Tidak pucat
Mata : Simetris, tidak terdapat *secret, konjungtiva* merah muda, *sklera* berwarna putih, pupil normal terhadap rangsangan cahaya, *palpebrae* tidak *oedema*
Dada : Payudara simetris, Tidak ada nyeri tekan, Putting susu menonjol +/+, ASI +/+
Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, terdapat strie dan linea nigra, TFU 3 jari diatas pusat, kandung kemih penuh, terdapat nyeri tekan pinggang.
Genitalia: bersih, adanya luka jahitan perineum, tidak ada tanda REEDA

B. Analisa Data

P1A0 dengan infeksi saluran kemih

C. Penatalaksanaan

- | | |
|-----------|--|
| 16.40 WIB | Menjelaskan hasil pemeriksaan tentang kondisi ibu. Ibu mengerti. |
| 16.45 WIB | Memberitahu ibu tentang penyebab infeksi saluran kemih pada ibu nifas, ibu mengerti. |
| 16.50 WIB | Memberitahu ibu tentang bahaya apabila terkena komplikasi infeksi saluran kemih. Ibu telah mengetahui. |
| 16.55 WIB | Melakukan kateterisasi untuk mengeluarkan urine. Ibu telah dilakukan katetrisasi dan dikeluarkan sebanyak 500 ml. |
| 17.00 WIB | Memberitahu ibu untuk tidak menahan keinginan BAK. Ibu mengerti |
| 17.00 WIB | Menganjurkan pada ibu agar periksa kembali pada 16 Juni 2022 atau apabila sewaktu-waktu ada keluhan. Ibu bersedia periksa kembali. |

DAFTAR PUSTAKA

- Ardhiyanti, Y., Pitriani, R., & Damayanti, I. P. (2014). *Panduan Lengkap Keterampilan Dasar Kebidanan 1*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Bahiyatun. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
- Christina. (2016). *Perawatan Kebidanan*. Bandung: Bharata.
- Ciselia, D., & Oktari, V. (2021). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Surabaya: CV. Jakad Media Publishing.
- Dartiwen, AAnggita, I., & Apriliani, P. (2020). *Buku Ajar Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Irawan, E., & Mulyana, H. (2018). Faktor-fator Penyebab Infeksi Saluran Kemih (ISK) (Literatur Review). *Prosiding Seminar Nasional dan Diseminasi Penelitian Kesehatan*, 89-92.
- Kay, & Sandhu. (2022). *Obstetri dan Ginekologi*. Singapore: Elsivier.
- Nurjanah. (2015). *Asuhan Kebidanan Postpartum (Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesaria)*. Jakarta: Refika Aditama.
- Nurjasmi, E., Jubaedah, A., Sunarsih, N. E., Irawan, Y. L., & Herdiawat, H. (2021). *Modul Pelatihan Midwifery Update*. Jakarta : Ikatan Bidan Indonesia.
- Potter, P. &. (2017). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Putri, G. (2022, Juli 27). *Seksualitas Dan Masa Nifas*. Retrieved from Kementerian Kesehatan RI: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/602/seksualitas-dan-masa-nifas
- Walyani. (2015). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Walyani, E. S., & Purwoastuti, T. E. (2017). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Wijaya, S. (2015). *Sinyal Bahaya dari Tubuh*. Yogyakarta: FlashBooks.

BAB 2

SEMBELIT PADA MASA NIFAS

Evi Dwi Prastiwi, SST, M.Kes.



BAB 2

SEMBELIT PADA MASA NIFAS

Evi Dwi Prastiwi, SST, M.Kes.

A. Latar Belakang

Masa nifas merupakan masa setelah alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung sekitar 6 minggu. Pada masa nifas terjadi perubahan fisiologis yaitu perubahan fisik, involusi uterus, pengeluaran lochea, laktasi atau pengeluaran air susu ibu.(Prawirohardjo, 2014) Seringkali pada masa nifas ini terjadi beberapa masalah diantaranya ibu nifas mengeluh karena mengalami kesulitan Buang Air Besar atau BAB dimana feses menjadi lebih padat sehingga sulit untuk dikeluarkan yang disebut dengan Sembelit atau konstipasi. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa awal pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. (Walyani, 2015)

Konstipasi atau sembelit adalah keluhan pada sistem pencernaan yang paling umum dan banyak ditemui di masyarakat luas termasuk di sekitar kita. Bahkan diperkirakan sekitar 80% manusia pernah mengalami konstipasi atau sembelit. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018, lebih dari 2,5 juta penduduk Indonesia mempunyai keluhan sering konstipasi, hingga prevalensinya mencapai sekitar 2%. Konstipasi diperkirakan menyebabkan 2,5 juta penderita berkunjung ke dokter setiap tiap tahunnya. Dari hasil survei awal dapat dapat disimpulkan bahwa masih banyaknya ibu nifas yang belum bisa buangair besar ≥ 3 hari masa nifas.

Adanya pantang makan makanan berserat berpengaruh besar dalam kejadian sembelit pada ibu nifas, karena massa feses sangat ditentukan oleh asupan serat. Diet yang mengandung serat dalam jumlah besar akan menghasilkan feses yang lunak dan akan cepat melalui usus. Sebaliknya diet rendah serat akan menghasilkan feses yang kecil dan melewati usus secara perlahan. (Kusumaningrum, 2015)

Menurut hasil penelitian *Health Study Kohort* Tahun 2017, dari 62.031 jumlah wanita yang mengalami konstipasi sejumlah 35% sedangkan hasil *National Health Interview* di Amerika Serikat ditemukan lebih dari 4 – 4,5 juta

penduduk mempunyai keluhan sering konstipasi hingga prevalensi mencapai sekitar 2% penderitanya yang mengeluh konstipasi ini kebanyakan wanita.

B. Definisi Sembelit

Sembelit atau yang biasa dinamakan konstipasi merupakan gangguan pencernaan akibat penurunan kerja usus. Masalah pencernaan ini ditandai dengan adanya keluhan Susah Buang Air Besar (BAB) tidak lancar dalam jangka waktu tertentu. Secara garis besar, Sembelit dapat diartikan dengan BAB yang tidak teratur yaitu kurang dari 3 kali dalam seminggu. Proses terjadinya sembelit terjadi ketika usus besar menyerap air terlalu banyak dari sisa makanan yang berada di dalam usus. Hal ini menyebabkan feses menjadi kering dan sulit didorong keluar dari saluran pencernaan.

Sembelit juga merupakan keluhan sistem gastrointestinal yang umumnya mengejan berlebihan, sensasi defekasi yang tidak tuntas dan jarang adalah karakteristik dari yang namanya sembelit. (G & Schey, 2015) Suatu keadaan dimana sekresi dari sisa metabolisme tubuh dalam feses menjadi keras dan menimbulkan kesulitan saat defekasi. Sembelit merupakan salah satu ketidaknyamanan yang sering dikeluhkan pada masa nifas. Peningkatan hormon progesteron menyebakan otot-otot relaksasi termasuk otot pada saluran pencernaan sehingga akan menurunkan motilitas usus yang akhirnya menyebabkan sembelit. (Sembiring, 2017)

C. Penyebab Sembelit

1. Kekurangan cairan

Kebanyakan ibu pasca melahirkan mengalami sembelit setelah melahirkan yang disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, selain itu mempengaruhi peristaltik usus. Dan pengeluaran cairan yang lebih banyak pada waktu persalinan mempengaruhi terjadinya konstipasi. (Christina, 2016)

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Makan dan minum sesuai dengan kebutuhan. Makanan yang dikonsumsi harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein, banyak cairan serta banyak buah-buahan dan sayuran karena ibu mengalami hemokonsentrasi. Ibu nifas harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas

perut kadangkadang menimbulkan masalah sesudah nifas. Jika ada gas dalam perut, ibu akan merasakan nyeri yang menusuk. (Nurjanah, 2015)

2. Konsumsi obat- obatan

Konstipasi lebih sering terjadi pada ibu dengan persalinan SC disebabkan oleh pengaruh pemberian anastesi pada ibu sehingga mengganggu motilitas saluran pencernaan serta penurunan kadar hormone progesterone menyebabkan melemahnya gerakan peristaltik usus, penundaan pengosongan usus bagian bawah dan terlambatnya rangsangan untuk buang air besar pada ibu nifas sehingga feces mengeras (konstipasi).

3. Hormon Progesteron

Hormon progesterone pada masa nifas meningkat dan berpengaruh pada penurunan kerja otot polos saluran pencernaan sehingga absorpsi air di usus besar meningkat sehingga feses menjadi keras, sulit dikeluarkan, tidak bisa buang air besar. Kondisi ini yang disebut dengan konstipasi (sembelit).

4. Nyeri Perinium

Sembelit pada ibu dengan persalinan normal terjadi karena nyeri pada perineum dan rasa takut jika ada tekanan pada anus ketika buang air besar akan berpengaruh pada penyembuhan luka perineum dan juga sembelit.

5. Makanan yang dikonsumsi oleh ibu rendah serat

Sembelit yang terjadi pada masa nifas pada umumnya disebabkan kurangnya makan berserat selama persalinan dan karena ibu nifas menahan defekasi. (Bahiyyatun, 2016)Menurut Perry dan Potter (2017) menyebutkan bahwa diit yang mengandung rendah serat dapat meninggalkan sedikit sisa / residu sehingga feses menjadi kering dan keras. Pada ibu nifas yang mengalami sembelit disebabkan karena adanya pengaturan pola makan yang kurang benar. Konstipasi sering terjadi dan disebabkan oleh penurunan motilitas usus sehingga memerlukan waktu lebih lama untuk menyerap cairan. Demikian pula usus dapat saling berdesakan akibat tekanan dari uterus yang membesar. Karena kerja usus cenderung melambat dan ibu yang baru melahirkan mudah mengalami sembelit (Potter, 2017)

Diet yang mengandung serat dalam jumlah besar akan menghasilkan feses yang lunak dan akan cepat melalui usus. Sebaliknya

diet rendah serat akan menghasilkan feses yang kecil dan melewati usus secara perlahan. (Kusumaningrum, 2015)

6. Tarak makanan

Adanya pantang makan makanan selain berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka dan juga mempengaruhi terjadinya sembelit pada ibu nifas yang terjadi pada awal masa nifas. Adanya pantang makan makanan berserat berpengaruh besar dalam kejadian sembelit pada ibu nifas, karena massa feses sangat ditentukan oleh asupan serat.

7. Kurang mobilisasi

8. Kaktor psikologis

9. Menahan defekasi

Akibat perubahan gastrointestinal konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi

Selain itu, sembelit pada masa nifas juga bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa awal pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. (Walyani, 2015)

D. Dampak Penulis

Pada seseorang yang mengalami sembelit, tinja akan menjadi lebih padat dan mengeras, menyebabkan makin susahnya defekasi, sehingga berdampak kontraksi uteri lembek, infeksi, lamanya penyembuhan luka jahitan, dan ambeien. (Laili & Nisa, 2019)

Dampak lainnya akibat sembelit dari susah buang air besar yaitu

1. Perut kembung, penuh, sakit pada bagian bawah
2. Nafsu makan berkurang
3. Tubuh tidak fit
4. Lesu
5. Mudah lelah
6. Sering mengantuk
7. Berkeringat dingin
8. Pernafasan sesak karena volume perut untuk bernafas kurang

9. Dan resiko terjadinya kanker usus pada usus besar akibat dari toksin (racun) yang terlalu lama mengendap dibagian lambung.

E. Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala yang dirasakan saat sembelit pada masa nifas diantaranya yaitu sebagai berikut

1. Mual
2. Pusing
3. Nafsu makan menurun karena perut terasa penuh, sesak nafas
4. Tinja yang keras
5. Butuh waktu yang lama saat defekasi
6. Frekuensi BAB kurang dari 3 kali seminggu
7. Perut kembung, terasa begah, penuh, dan bahkan terasa kaku karena tumpukan tinja (jika tinja sudah tertumpuk sekitar 1 minggu atau lebih, perut penderita dapat terlihat seperti sedang hamil)
Sembelit adalah tertahananya tinja (feses) di dalam usus besar dalam waktu yang cukup lama karena sulit untuk dikeluarkan biasanya disebabkan karena tidak adanya gerakan peristaltik pada usus besar serta menimbulkan perut terasa tidak nyaman (Indah, S, & Rohmania, 2017)
8. Tinja menjadi lebih keras, panas, berwarna lebih gelap, jumlahnya lebih sedikit daripada biasanya (kurang dari 30 gram), dan bahkan dapat berbentuk bulat-bulat kecil bila sudah parah.
9. Pada saat buang air besar tinja sulit dikeluarkan atau dibuang, kadang-kadang harus mengejan ataupun menekan-tekan perut terlebih dahulu supaya dapat 15 mengeluarkan tinja (bahkan sampai mengalami ambeien dan berkerengat dingin).
10. Terdengar bunyi-bunyian dalam perut
11. Bagian anus terasa penuh, dan seperti terganjal sesuatu disertai sakit akibat bergesekan dengan tinja yang panas dan keras
12. Frekuensi buang angin meningkat disertai bau yang lebih busuk daripada biasanya (bahkan terkadang penderita akan kesulitan atau sama sekali tidak bisa buang angin)
13. Menurunnya frekuensi buang air besar, dan meningkatnya waktu transit buang air besar (biasanya buang air besar menjadi 3 hari sekali atau lebih)
14. Terkadang mengalami mual bahkan muntah jika sudah parah.
15. Sakit punggung bila tinja yang tertumpuk cukup banyak

16. Bau mulut.

Sedangkan untuk gejala psikologis yang dapat terjadi pada para penderita konstipasi antara lain:

- a. Kurang percaya diri
- b. Lebih suka menyendiri atau menjauhkan diri dari orang sekitar
- c. Tetap merasa lapar tetapi ketika makan akan lebih cepat kenyang (apalagi ketika hamil perut akan terasa mulas) karena ruang dalam perut berkurang
- d. Emosi meningkat dengan cepat
- e. Sering berdebar-debar sehingga cepat emosi yang mengakibatkan stres sehingga rentan sakit kepala atau bahkan demam
- f. Tubuh tidak fit, tidak nyaman, lesu, cepat lelah, dan terasa berat sehingga malas mengerjakan sesuatu bahkan kadang-kadang sering mengantuk.
- g. Kurang bersemangat dalam menjalani aktivitas
- h. Aktivitas sehari-hari terganggu karena menjadi tubuh terasa terbebani yang mengakibatkan kualitas dan produktivitas kerja menurun
- i. Nafsu makan dapat menurun

F. Diagnosis Sembelit

Sembelit pada masa nifas bisa ditentukan dengan menanyakan terlebih dahulu gejala yang dialami, frekuensi BAB, konsistensi, bentuk dan warna tinja; serta frekuensi buang angin. Selanjutnya dilakukan evaluasi pemenuhan kebutuhan nutrisi, pola makan dan minum, pola eliminasi dan riwayat persalinan.

Agar pasti diagnosanya juga bisa dilakukan pemeriksaan tambahan seperti :

- 1) Tes darah : hitung darah lengkap, laju endapan darah (LED), fungsi tiroid, kalsium.
- 2) Barium enema : mungkin lebih bermanfaat daripada kolonoskopi karena dapat menyingkirkan keganasan kolorektal dan megakolon sekaligus
- 3) Fisiologi anorektal
- 4) Program defekasi
(Nurbadriyah, 2020)

G. Pencegahan

1. Memperbanyak konsumsi serat, misalnya dengan makan sayur, buah, beras merah, sereal, biji-bijian, serta kacang-kacangan.
 - i. Penelitian Kusumaningrum (2015) menyatakan bahwa makanan ibu nifas dengan komposisi serat yang tinggi berhubungan dengan kejadian konstipasi. (Kusumaningrum, 2015) Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ardhiyanti (2017) bahwa konstipasi dapat diatasi dengan mengkonsumsi buah pepaya. Pepaya merupakan buah yang kaya akan serat. Buah pepaya mengandung papain dapat meningkatkan massa air pada feces dan alkaloid yang melancarkan defekasi. (Ardhiyanti, 2017)
 - ii. Selain buah pepaya, menurut Indah dan Rohmania (2017) bahwa pisang raja juga berpengaruh dalam penanganan konstipasi. Pisang raja selain termasuk buah berserat tinggi juga mengandung antasida yang baik untuk penderita asam lambung. Vitamin B6 yang terdapat pada pisang raja juga efektif untuk mengurangi gejala diare. Menu makan ibu nifas harus terdiri dari makanan yang mengandung protein, kalsium, vitamin, zat besi, dan serat. Kandungan makanan tersebut membantu tubuh nifas dalam proses eksresi zat yang tidak diperlukan oleh tubuh dan memperlancar pengeluaran Air Susu Ibu.
2. Meningkatkan konsumsi cairan, setidaknya 1,5-2 liter tiap hari.
 - i. Ibu dengan keluhan sembelit sebaiknya minum 8 liter/hari karena sebagian besar bagian dari usus akan penuh dengan air yang akan mendorong feces keluar serta feces akan dapat dikeluarkan apabila komposisi lebih banyak terdiri dari makan dalam keadaan normal sebaiknya minum 8-10 gelas/hari (Rahayu dkk, 2010).
3. Menghindari terlalu banyak mengonsumsi susu dan kafein.
 - i. Konsumsi terlalu banyak susu dapat meningkatkan kemungkinan sembelit, sedangkan kafein dapat menimbulkan dehidrasi yang bisa memicu sembelit.
4. Rutin berolahraga setidaknya 30 menit sehari.
 - i. Hindari mengabaikan keinginan untuk buang air besar. Kebiasaan menahan keinginan buang air besar akan meningkatkan risiko sembelit.
5. Mengatur kebiasaan buang air besar agar dapat dilakukan dengan leluasa dan nyaman.

H. Pelaksanaan

Penatalaksanaan sembelit diantaranya meliputi :

1. Meningkatkan asupan serat yang cukup dan aktifitas fisik,
2. Menghindari makanan porsi besar tetapi makan dengan porsi kecil tapi sering
3. Menghindari ketegangan psikis seperti stres dan cemas
4. Tidak menahan rasa ingin buang air besar karena akan memperbesar resiko sembelit. (Sembiring,2017)
5. Makanan tinggi serat dengan gizi yang seimbang
6. Segera mungkin melakukan mobilisasi dini setelah melahirkan
7. Memberi konseling gizi tentang pentingnya asupan nutrisi pada ibu nifas
8. Memberikan laksan suppositoria

I. Komplikasi

Komplikasi konstipasi :

1. Hemoroid atau wasir
2. Pembengkakan dinding anus akibat pelebaran pembuluh darah yang biasanya disebabkan oleh proses mengjan yang terlalu lama.
3. Fisura ani
4. Mengejan terlalu lama dan tinja yang keras atau besar dapat mengakibatkan fisura atau robeknya kulit pada dinding anus.
5. 3)Impaksi feses Menumpuknya tinja yang kering dan keras di rektum akibat konstipasi yang berlarut-larut.
6. 4)Ploraps rektum Pada posisi ini, rektum pindah dari posisinya di dalam tubuh dan menonjol keluar dari anus akibat terlalu lama mengejan (Nurbadriyah, 2020)

J. Soal Vignette

1. Seorang ibu telah melahirkan anaknya yang pertama di TPMB 4hari yang lalu. Hasil pemeriksaan diperoleh data TD : 110/70mmHg, Suhu 37,2C, TFU pertengahan sympisis- pusat, tidak terdapat luka jahitan perinium. Ibu menyusui bayinya. Ibu tidak suka sayuran serta kurangnya mengkonsumsi makanan berserat, sehingga sampai saat ini ibu susah Buang Air Besar (BAB). Apakah diagnosa pada kasus diatas?
 - A. Obesitas
 - B. **Sembelit**

- C. Diuresis
 - D. Obstipasi
 - E. Dispareuni
2. Seorang perempuan berumur 23 tahun datang ke TPMB dengan keluhan susah Buang Air Besar (BAB). Ibu telah melahirkan anak pertama 3 hari yang lalu. Hasil pemeriksaan didapatkan yaitu Keadaan Umum (KU) Baik, TD : 120/70 mmHg, N:82x/mnt, P : 20x/mnt, S :36,8°C, ASI +/+, adanya jahitan luka perinium.
Ibu mengkonsumsi makanan rutin 3x sehari. Ibu minum minimal 8liter per hari. Bayi sering rewel dan menangis. Pengetahuan ibu tentang cara merawat bayi kurang, sehingga ibu sering bingung apa yang harus dilakukannya untuk dapat memberikan perawatan yang baik untuk bayinya.
- Apakah faktor penyebab terjadinya kasus diatas ?
- B. Stres**
- C. Fisik
 - D. Nutrisi
 - E. Dehidrasi
 - F. Nyeri Luka Perinium
3. Seorang perempuan berumur 25 tahun datang ke TPMB dengan keluhan perut terasa begah, penuh, dan bahkan terasa kaku serta sudah 1 minggu kesulitan Buang Air Besar (BAB), Hasil pemeriksaan didapatkan yaitu Keadaan Umum (KU) Baik, TD : 110/80 mmHg, N:84x/mnt, P : 20x/mnt, S :36,50C, ASI +/+, perut keras dan kembung, adanya jahitan luka perinium. Ibu makan makanan yang kurang serat dan kurang minum. Ibu lebih banyak berbaring di tempat tidur. Ibu belum bisa mengeluarkan angin sehingga perut terasa kembung.Apakah komplikasi yang terjadi dari kasus diatas?
- A. Diuresis
 - B. Sembelit
- C. Obstipasi**
- D. Konstipasi
 - E. Dispareuni

4. Seorang perempuan berumur 22 tahun datang ke TPMB dengan keluhan keluhan perut kembung, mual, pusing dan sudah 3 hari belum bisa Buang Air Besar (BAB). Hasil pemeriksaan didapatkan yaitu TD : 120/80 mmHg, N: 80x/mnt, P : 20x/mnt, S : 36,80C, ASI +/+, adanya jahitan luka perinium. Ibu makan 3 x sehari. Ibu tidak suka makan sayur. Ibu minum 8 gelas per hari. Apakah penanganan yang dapat dilakukan pada kasus diatas?

A. Memperbanyak konsumsi makanan berserat

- B. Meningkatkan konsumsi cairan
- C. Tidak menahan ingin BAB
- D. Rutin berolahraga
- E. Ambulasi Dini

5. Seorang perempuan berumur 22 tahun datang ke TPMB dengan keluhan perut kembung, mual, dan sudah 3 hari belum bisa Buang Air Besar (BAB). Hasil pemeriksaan didapatkan yaitu TD : 110/70 mmHg, N: 84x/mnt, P : 22x/mnt, S : 36,50C, ASI +/+, tidak ada jahitan luka perinium. Ibu makan 3 x sehari. Ibu tidak rutin makan makanan yang berserat. Ibu minum 8 gelas per hari. Ibu merawat bayinya sendiri.

Apakah konseling yang bisa diberikan pada kasus diatas?

- A. Gizi
- B. ASI Eksklusif
- C. Mobilisasi Dini
- D. Personal Hygiene
- E. Makanan Cukup Berserat**

K. SOAP

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Keputihan Patologis

a) Pengkajian Data

Tanggal : 9 April 2022
Tempat : Praktik Mandiri Bidan
Jam : 16.30WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan telah melahirkan anak ke 1 pada 4 hari yang lalu dan mengeluh perut terasa begah, penuh, dan sudah 3 hari kesulitan Buang Air Besar. Pada saat BAA tinja sulit dikeluarkan. Ibu menyusui bayinya. Ibu merawat bayinya sendiri. Ibu makan 3x sehari dengan menu nasi

dan ikan/ ayam, jarang makan sayur dan buah. Ibu minum 8-10 gelas per hari.

2. Objektif

Pemeriksaan fisik umum :

Keadaan umum : Baik

Tanda-tanda vital :

TD : 120/80 mmHg

N : 82 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,6°C

Pemeriksaan fisik khusus :

Muka : Tidak pucat

Mata : Simetris, tidak terdapat *secret, konjungtiva* merah muda, *sklera* berwarna putih, pupil normal terhadap rangsangan cahaya, *palpebrae* tidak *oedema*

Dada : Payudara simetris, Tidak ada nyeri tekan, Putting susu menonjol +/+, ASI +/+

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, terdapat strie dan linea nigra, TFU 3 jari diatas pusat,

Genitalia : bersih, adanya luka jahitan perineum, tidak ada tanda REEDA

b) Analisa Data

P1A0 dengan Sembelit

c) Penatalaksanaan

- | | |
|-----------|--|
| 16.40 WIB | Menjelaskan hasil pemeriksaan tentang kondisi ibu.
Ibu mengerti. |
| 16.45 WIB | Memberitahu ibu tentang penyebab sembelit pada ibu nifas, ibu mengerti. |
| 16.50 WIB | Menganjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dan makanan berserat secara cukup. Ibu mengerti dan bersedia |
| 16.55 WIB | Memberitahukan kepada ibu pentingnya menghindari stres berlebihan setelah melahirkan, |

- dengan mencukupi kebutuhan istirahat dan nutrisi.
Ibu mengerti dan memahaminya.
- 17.00 WIB Memberitahu ibu untuk tidak menahan keinginan
BAB. Ibu mengerti
- 17.00 WIB Menganjurkan pada ibu agar periksa kembali pada
16 April 2022 atau apabila sewaktu-waktu ada
keluhan. Ibu bersedia periksa kembali.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardhiyanti, Y. (2017). Hubungan Konsumsi Buah Pepaya dengan Kejadian Konstipasi pada Ibu Hamil di Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru. *Maternity and Neonatal : Jurnal Kebidanan*.
- Bahiyatun. (2016). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal. Jakarta: EGC.
- Christina. (2016). Perawatan Kebidanan. Bandung: Bharata.
- G, S., & Schey, a. (2015). Pregnancy and Postpartum Bowel Changes : Contipatons and fecal incontinence. *American Journal of Gastroenterology*.
- Indah, S, & Rohmania. (2017). Pengaruh Konsumsi Buah Pisang Raja, Minum Air Mineral dan Jalan - Jalan Pagi terhadap Kejadian Konstipasi Pada Ibu Hamil Trimester III di BPS Sunarsih Yudhawati.
- Kusumaningrum. (2015). HUBungan Pemenuhan Nutrisi Tinggi Serat dengan Kejadian Konstipasi Ibu Nifas 3 - 6 Hari. Stikesmuhalah.
- Laili, & Nisa. (2019). Pencegahan Konstipasi Paa Ibu Nifas dengan Early Exercise. *Jurnal Bidan Cerdas (JBC)*.
- Nurbadriyah, W. (2020). Asuhan Keperawatan Konstipasi dengan Pendekatan 3S (SDKI,SLKI dan SIKI). Malang: Literasi Nusantara.
- Nurjanah. (2015). Asuhan Kebidanan Postpartum (Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesaria). Jakarta: Refika Aditama.
- Potter, P. &. (2017). Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, S. (2014). Imu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sembiring. (2017). Konstipasi pada Kehamilan. *Jurnal Ilmu Kedokteran*.
- Walyani. (2015). Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Yogyakarta: Pustaka Baru.

BAB 3

PERDARAHAN HEBAT MASA NIFAS

Tonasih, SST.,M.Kes



BAB 3

PERDARAHAN HEBAT MASA NIFAS

Tonasih, SST.,M.Kes

A. Latar Belakang

Perdarahan merupakan masalah terbesar dalam obstetrik dan ginekologi yang menyebabkan kematian ibu. Perdarahan bisa terjadi pada saat hamil, bersalin dan masa nifas atau *postpartum*. Perdarahan terjadi paling banyak pada saat postpartum. Diperkirakan sebanyak 60% kematian ibu terjadi setelah persalinan (*postpartum*) dan kematian pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama sebesar 50%. (Yunadi, Andhika, and Septianingsing 2019)

Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Ambarwati, 2010). Penyebab langsung yang berkaitan dengan kematian ibu adalah komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas tidak ditangani dengan baik dan tepat waktu. Kematian ibu pada masa nifas biasanya disebabkan oleh infeksi nifas (10%), ini terjadi karena kurangnya perawatan luka, perdarahan (42%) akibat robekan jalan lahir, sisa plasenta dan atonia uteri, eklamsia (13%) dan komplikasi masa nifas (11%) (Suyono, 2011).(Lidya 2019)

Faktor-faktor ibu dengan resiko perdarahan postpartum atau perdarahan pada masa nifas yaitu usia, paritas, jarak persalinan dengan sebelumnya, riwayat perdarahan postpartum, partus yang sangat cepat. (Yunadi, Andhika, and Septianingsing 2019).

Perdarahan postpartum dapat ditangani dengan perawatan kebidanan dasar, namun keterlambatan dapat mengakibatkan komplikasi lebih lanjut sehingga membutuhkan pelayanan kebidanan darurat yang komprehensif. Bukti dan penelitian menunjukkan bahwa penanganan aktif pada persalinan kala III dapat menurunkan insidensi dan tingkat perdarahan *postpartum*. Tindakan pencegahan bukan hanya pada saat akan melahirkan tetapi juga dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan *antenatal care* yang baik. Seluruh ibu hamil harus didorong untuk mempersiapkan kelahiran dan kesiagaan terhadap komplikasi dan agar melahirkan dengan bantuan seorang bidan yang dapat memberikan perawatan pencegahan perdarahan postpartum (Sarwono, 2008). (Kristianingsih, Mukhlis, and Ermawati 2019)

B. Definisi

Perdarahan pervaginam atau *postpartum haemorrhage* (PPH) yaitu hilangnya darah sebanyak 500 ml atau lebih dari tractus genitalia sesudah persalinan. (Sutanto 2018)

Menurut Eniyati, 2013 dalam (Kristianingsih, Mukhlis, and Ermawati 2019) Perdarahan *postpartum* merupakan keluarnya darah yang sangat banyak antara 500 sampai 600 cc dalam 24 jam sesudah bayi lahir. Perdarahan postpartum yaitu perdarahan kala 4 (empat) antara 500 – 600 cc dalam 24 jam sesudah bayi lahir.

Menurut Anik dalam (Kristianingsih, Mukhlis, and Ermawati 2019) Perdarahan pervaginam yang lebih dari 500 cc sesudah persalinan mengakibatkan hilangnya darah yang sangat banyak merupakan masalah kegawatdaruratan yang serius di bidang kebidanan.

C. Klasifikasi Perdarahan

Perdarahan masa nifas diklasifikasikan menjadi dua (2) dalam (Walyani, Elisabeth Siwi & Purwoastuti 2017) yaitu:

1. Perdarahan pascapersalinan primer (*Early Postpartum Haemorrhage*) atau perdarahan pascapersalinan segera
 - a. Pengertian
Perdarahan pascapersalinan primer adalah perdarahan yang terjadi pada 24 jam pertama setelah melahirkan. Paling banyak terjadi pada dua (2) jam pertama setelah melahirkan.
 - b. Penyebab Utama
Penyebab utama terjadinya perdarahan primer yaitu:
 - 1) Atonia uteri
 - 2) Trauma Genitalia
 - 3) Koagulasi Intravaskuler Diseminata
 - 4) Inversi Uterus
2. Perdarahan pascapersalinan sekunder (*Late postpartum Haemorrhage*) atau perdarahan pascapersalinan lambat.
 - a. Pengertian
Perdarahan pascapersalinan sekunder yaitu perdarahan yang terjadi antara 24 jam setelah melahirkan sampai 6 minggu *postpartum*
 - b. Penyebab utama:
 - 1) Fragmen plasenta atau selaput ketuban tertahan

- 2) Pelepasan jaringan mati sesudah melahirkan macet (bisa terjadi di serviks, vagina, kandung kemih, rectum)
- 3) Terbukanya luka pada uterus (sesudah section caesaria, rupture uterus)

D. Faktor Risiko

Menurut Satriyandari & Hariyati, 2017 dalam (Yunadi, Andhika, and Septianingsing 2019), ada beberapa faktor risiko terjadinya perdarahan *postpartum* antara lain:

1. Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang mengalami perdarahan *postpartum* pada umur tidak berisiko (77,6%), paritas tidak berisiko (61,5%), tidak ada riwayat SC (96,5%), tidak ada riwayat perdarahan *postpartum* sebelumnya (95,1%), anemia (72,2%), dan jarak persalinan berisiko (69,9%).

Umur paling aman untuk hamil dan melahirkan bagi seorang perempuan adalah umur 20-35 tahun, karena usia 20-35 tahun berada dalam masa reproduksi yang sehat. Angka kematian ibu pada usia 35 tahun lebih tinggi karena komplikasi pada saat hamil, bersalin ataupun nifas lebih tinggi juga, sehingga secara teori umur merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan *postpartum*. Namun, dalam penelitian ini responden dengan perdarahan *postpartum* sebagian besar pada usia yang reproduktif atau usia yang tidak berisiko.

Hal ini bisa terjadi karena faktor yang menyebabkan terjadinya perdarahan tidak hanya dari usia saja tapi mungkin faktor lain yang menyebabkan perdarahan *postpartum* seperti jarak persalinan yang terlalu dekat atau jauh, anemia, paritas dan lain-lain.

2. Paritas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang mengalami perdarahan berada pada paritas yang tidak berisiko yaitu sebesar 61,5% dan ibu yang paritasnya berisiko sebesar 38,5%.

Polly.et. al. (2009) meneliti ibu dengan resiko perdarahan *postpartum* dan menghasilkan bahwa baik ibu yang primipara dan multipara memiliki kehilangan darah yang sama besarnya pada perdarahan *postpartum*.

Paritas berpengaruh terhadap kejadian perdarahan *postpartum* karena di setiap kehamilan dan persalinan akan terjadi perubahan serabut

otot pada uterus yang bisa melemahkan kemampuan uterus dalam melakukan kontraksi sehingga sulit untuk melakukan penekanan pembuluh-pembuluh darah yang membuka setelah lepasnya plasenta.

3. Jarak persalinan dengan sebelumnya

Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang mengalami perdarahan pasca persalinan paling banyak adalah dengan jarak persalinan yang beresiko yaitu 100 responden (69,9%). Jarak persalinan yang aman (tidak beresiko) adalah 2-5 tahun. Jarak persalinan yang beresiko untuk terjadinya perdarahan *postpartum* adalah yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) karena rahim masih belum pulih seutuhnya akibat persalinan sebelumnya sehingga belum bisa memaksimalkan pembentukan cadangan makanan bagi janin dan tenaga ibu sendiri. Sehingga, rahim belum siap untuk menghadapi proses kehamilan dan persalinan lagi karena his melemah.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sugi dan Yuli (2014) bahwa ibu yang memiliki jarak kehamilan kurang dari 2 tahun beresiko 6,467 kali lebih besar mengalami perdarahan karena atonia uteri dari pada ibu yang mempunyai jarak kehamilan lebih dari 2 tahun. Karena dengan jarak kehamilan yang aman dapat menurunkan resiko terjadinya perdarahan *postpartum*.

4. Riwayat perdarahan *postpartum*

Dari 143 ibu yang mengalami perdarahan *postpartum* hanya 7 responden (4,9%) saja yang mengalami riwayat perdarahan postpartum sebelumnya. Hasil ini tidak sama dengan teori jika ibu yang mengalami perdarahan postpartum sebelumnya lebih beresiko untuk mengalami perdarahan *postpartum* lagi. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratna (2010) yaitu ibu yang sudah pernah terjadi perdarahan postpartum bisa mempunyai peluang 7,4X untuk terjadi perdarahan postpartum pada persalinan berikutnya.

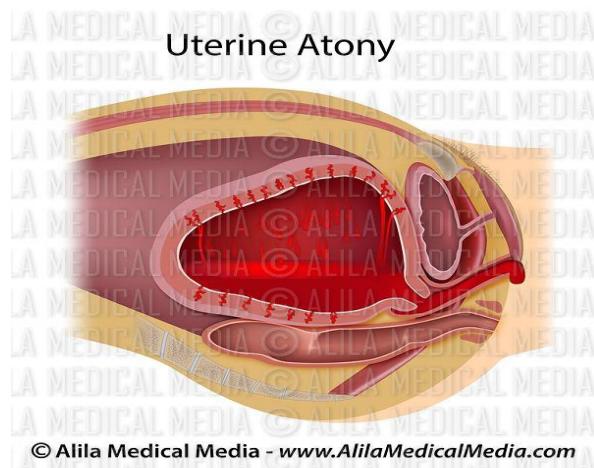
5. Status Anemia

Menunjukkan bahwa ibu nifas yang mengalami perdarahan *postpartum* dengan status anemia sebanyak 104 responden (72,7%). Anemia pada ibu hamil meningkatkan resiko *postpartum*. Anemia selama kehamilan dapat berpengaruh terhadap otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan baik sehingga terjadi perdarahan pasca persalinan.

Varney (2015, h. 781) juga mengatakan bahwa wanita yang mengalami anemia dalam persalinan dengan kadar hemoglobin.

E. Jenis-Jenis Perdarahan

1. Atonia Uteri



Gambar 3.1

<https://www.alilamedicalmedia.com/>

a. Pengertian

Atonia uteri yaitu perdarahan yang terjadi apabila serabut-serabut *myometrium* tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan fundus uteri (plasenta telah lahir). (Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Niswati dkk, (2012) dalam (Review et al. 2021), menyatakan bahwa atonia uteri adalah penyebab Perdarahan *Postpartum* yang lazim terjadi sekitar 70% kasus. Dalam keadaan ini otot polos rahim gagal melakukan kontraksi untuk menjepit pembuluh darah spiral tempat plasenta menempel sehingga perdarahan terjadi sangat cepat. Laju aliran darah dalam rahim diperkirakan 700 ml per menit sehingga bisa kita bayangkan bagaimana kecepatan keluarnya darah. Atonia uteri bisa terjadi sesudah melahirkan secara pervaginam, persalinan operatif atau persalinan melalui abdominal.

b. Faktor Risiko

- 1) *Overdistension* uterus seperti *gemelli*, *makrosomia*, *polihidramnion*, atau paritas tinggi
- 2) Usia terlalu muda atau terlalu tua

- 3) Paritas: multipara dengan jarak kelahiran pendek
- 4) Partus lama/partus terlantar
- 5) Malnutrisi
- 6) Penanganan salah dalam usaha melahirkan plasenta, contohnya plasenta belum lepas dari dinding rahim.

(Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Niswati dkk, 2012) dalam (Review et al. 2021), dengan menggunakan analisis regresi menunjukkan bahwa faktor kehamilan ganda, ras spesifik, diinduksi persalinan lebih dari 18 jam, janin besar, pemberian MgSO₄ dan adanya PROM berhubungan dengan risiko atonia uteri. Terkait dengan persalinan pervaginam, kejadian atonia uteri lebih banyak pada ibu dengan diabetes gestasional dan multipara (wanita yang telah melahirkan beberapa anak)

c. Tanda dan Gejala

- 1) Rahim tidak berkontraksi dan lunak
- 2) Perdarahan segera sesudah janin dan plasenta lahir
- 3) Fundus uteri naik
- 4) Terdapat tanda-tanda syok, antara lain:
 - a) Nadi cepat dan lemah (110 x/menit atau lebih)
 - b) Tekanan darah sangat rendah: Tekanan sistolik 90 mmHg
 - c) Pucat
 - d) Keringat/kulit terasa dingin dan lembab
 - e) Pernapasan cepat frekuensi 30 x/menit atau lebih
 - f) Gelisah, bingung, atau kehilangan kesadaran
 - g) Urin yang sedikit (< 30 cc/jam)

(Rukiyah 2018)

d. Diagnosis

Diagnosis yang dapat dilakukan dokter untuk mencari tahu adanya atonia uteri adalah dengan melihat apakah kontraksi rahim setelah melahirkan berjalan seperti yang seharusnya.

Ketika yang terjadi justru sebaliknya, yakni Anda mengalami perdarahan hebat setelah melahirkan akibat rahim gagal kontraksi, kondisi ini menandakan atonia uteri.

Melansir dari buku Uterine Atony yang dipublikasikan oleh StatPearls Publishing, diagnosa komplikasi melahirkan ini biasanya

diketahui karena banyaknya darah yang hilang. Jumlah darah yang hilang ini disertai dengan uterus yang membesar dan lemak alias tidak kontraksi setelah melahirkan.

Dokter dapat memperkirakan banyaknya perdarahan yang Anda alami dengan cara menghitung atau menimbang kain kassa yang digunakan untuk menyerap darah yang keluar. Dokter juga akan melakukan pemeriksaan fisik untuk menyingkirkan kemungkinan lain yang dapat menyebabkan perdarahan hebat.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan biasanya adalah memeriksa ada tidaknya robekan serviks atau vagina dan memastikan tidak ada sisa plasenta yang tertinggal di dalam rahim.

Dokter juga mungkin akan melakukan beberapa pemeriksaan berikut:

- 1) Denyut jantung
- 2) Tekanan darah
- 3) Hb
- 4) Faktor pembekuan

e. Pencegahan

Atonia uteri tidak bisa diprediksi sebelumnya sehingga tidak ada pencegahan pasti yang dapat dilakukan. Keadaan ini dapat diketahui setelah benar-benar dalam proses persalinan.

Upaya yang dilakukan untuk dapat mencegah terjadinya atonia uteri yaitu dengan melakukan pemantauan tanda-tanda vital klien. Adapun tanda-tanda vital yang dipantau antara lain:

- 1) Pemantauan denyut jantung
 - 2) Pemantauan tekanan darah
 - 3) Jumlah darah yang keluar
- (Andini n.d.)

f. Penatalaksanaan

(Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

- 1) Berikan 10 unit oksitosin IM
- 2) Lakukan *massage* rahim guna mengeluarkan gumpalan darah
- 3) Apabila kandung kemih ibu bisa diraba, gunakan teknik aseptic untuk memasang kateter ke dalam kandung kemih
- 4) Lakukan kompresi bimanual interna maksimal 5 menit atau hingga perdarahan bisa dikendalikan dan uterus berkontraksi dengan baik

- 5) Anjurkan keluarga untuk memulai proses rujukan
- 6) Jika perdarahan bisa dikendalikan dan kontraksi mulai membaik, maka lakukan hal berikut:
 - a) Teruskan kompresi bimanaul selama 1 – 2 menit atau lebih
 - b) Keluarkan tangan dari vagina dengan hati-hati
 - c) Pantau kala IV persalinan dengan seksama, termasuk sering melakukan massage uterus untuk memeriksa atonia, mengamati perdarahan dari vagina, serta tekanan darah dan nadi
- 7) Jika perdarahan tidak terkendali dan uterus tidak berkontraksi dengan baik dalam waktu lima (5) menit setelah dimulainya kompresi bimanual pada uterus, maka lakukan hal berikut:
 - a) Instruksikan salah satu anggota keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Interna (KBI)
 - b) Keluarkan tangan dari dalam vagina dengan hati-hati
 - c) Bila tidak ada tanda hipertensi dari ibu makan berikan ergometrin 0,2 mg IM

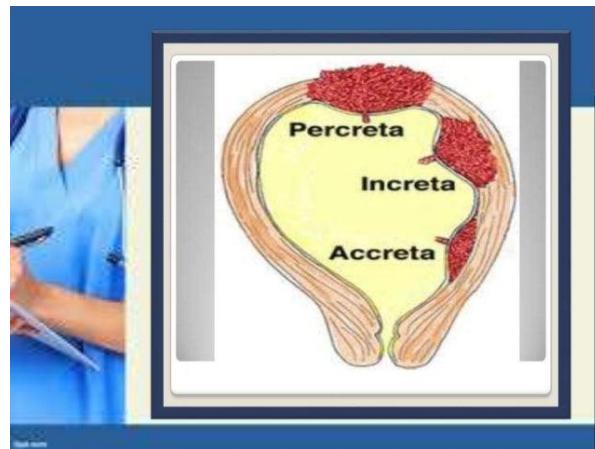
g. Komplikasi

Atonia uteri adalah komplikasi yang menjadi penyebab terbanyak pada kasus perdarahan pascamelahirkan. Perdarahan ini biasanya terjadi setelah plasenta berhasil dikeluarkan. Beberapa komplikasi dari atonia uteri antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Hipotensi ortostatik dengan gejala pusing karena rendahnya tekanan darah
- 2) Anemia
- 3) Kelelahan
- 4) Peningkatan risiko perdarahan pasca-melahirkan pada kehamilan berikutnya

Anemia dan kelelahan setelah melahirkan juga dapat meningkatkan risiko seorang ibu mengalami depresi postpartum. Komplikasi yang paling serius dari atonia uteri adalah terjadinya syok akibat perdarahan yang hebat. Kondisi ini bahkan dapat mengancam nyawa ibu. (Setiaputri 2022)

2. Retensio Plasenta



Gambar 3.2

<https://www.slideshare.net/annisalh/retensio-plasenta-46199914>

a. Pengertian

Menurut Sarwanto (2002) dalam (Marliandani, Yefi & Ningrum 2015), Retensio plasenta yaitu tertahannya plasenta di dalam uterus baik sebagian atau seluruhnya hingga melebihi 30 menit sesudah bayi lahir.

b. Penyebab

Dalam kelahiran normal, bayi yang sudah keluar akan segera mengeluarkan plasenta dari rahim secara spontan tanpa tarikan dari tenaga medis. Plasenta yang sudah lepas dari dinding rahim terjadi hambatan saat akan keluar. Beberapa faktor penyebab retensio plasenta dalam (Team 2019), antara lain:

- 1) Kandung kemih yang penuh
- 2) Kontraksi uteri yang kurang
- 3) Kesalahan pada proses melahirkan (kala 3)
- 4) Kontraksi serviks yang terlalu cepat sehingga menahan plasenta keluar
- 5) Plasenta yang lepas akibat tarikan mekanik
- 6) Ukuran plasenta yang sangat kecil

c. Tanda dan Gejala

- 1) Pada pemeriksaan pervaginam, plasenta tidak ditemukan di dalam kanalis servikalis tetapi secara parsial atau lengkap menempel di dalam Rahim
- 2) Fundus uteri lembek karena tidak berkontraksi setelah bayi lahir
- 3) Plasenta tidak kunjung keluar setelah 30 menit

- 4) Ibu terlihat pucat
- 5) Tinggi fundus uteri (TFU) masih setinggi pusat
(Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

d. Pencegahan

Ada beberapa upaya untuk mencegah terjadinya retensi plasenta menurut (Ruangmom 2020), antara lain:

- 1) Pemberian obat oksitosin
- 2) Oksitosin mampu merangsang rahim berkontraksi sehingga membantu keluarnya plasenta.
- 3) Dilakukannya CCT (Controlled Cord Traction)
- 4) CCT atau Controlled Cord Traction merupakan prosedur menjepit ari-ari yang sudah terlepas bersamaan dengan menarik tali pusar bayi dan menekan pelan perut ibu.
- 5) Pemberian pijat rahim

Pijatan ringan pada rahim sesaat setelah bayi keluar dapat mengembalikan rahim ke ukuran semula dan menghentikan pendarahan.

e. Penatalaksanaan

(Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

- 1) Jika plasenta belum lahir dalam 15 menit.
 - a) Berikan 10 unit oksitosin IM dosis kedua.
 - b) Periksa kandung kemih, bila penuh, gunakan teknik aseptik untuk memasukkan kateter nelaton Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau steril untuk mengosongkan kandung kemih
 - c) Teruskan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dengan hati-hati
 - d) Teruskan melakukan pelaksanaan aktif kala II selama 15 menit dan jika plasenta masih belum lahir, lakukan PTT untuk terakhir kalinya.
 - e) Bila plasenta masih belum lahir dan ibu tidak mengalami perdarahan hebat, rujuk ke Rumah Sakit (RS).
- 2) Jika terjadi perdarahan maka plasenta harus segera dilahirkan secara manual. Bila tidak berhasil, segera rujuk ke RS
- 3) Berikan cairan IV NaCL 0.9% atau RL dengan tetesan cepat jarum berlubang besar

- 4) Siapkan peralatan untuk melakukan teknik manual plasenta yang harus dilakukan secara aseptik
- 5) Baringkan ibu telentang dengan lutut ditekuk dan kedua kaki di tempat tidur (*dorsal recumbent*)
- 6) Jelaskan kepada ibu, apa yang akan dilakukan dan bila ada berikan Diazepam 10 mg IM
- 7) Lakukan teknik cuci tangan bedah, kemudian pakai sarung tangan bedah
- 8) Masukkan tangan kanan dengan hati-hati, jaga agar jari tetap merapat dan melengkung mengikuti tali pusat sampai mencapai plasenta (pegang tali pusat dengan tangan kiri untuk membantu)
- 9) Ketika tangan sudah mencapai plasenta, letakkan tangan kiri di atas fundus uteri agar uterus tidak naik. Dengan tangan kanan yang masih di dalam uterus, carilah tepi plasenta yang terlepas, telapak tangan kanan menghadap ke atas lalu lakukan Gerakan mengikis ke samping untuk melepaskan plasenta dari dinding uterus.
- 10) Bila plasenta telah lahir, segera lakukan *massage* uterus. Bila tidak ada kontraksi, lakukan langkah penanganan pada atonia uterus
- 11) Periksa plasenta dan selaputnya, jika tidak lengkap, periksa lagi kavum uterus dan keluarkan potongan plasenta yang tertinggal dengan cara seperti di atas
- 12) Periksa robekan vagina, kemudian jahit robekan
- 13) Bila tidak yakin plasenta dapat terlahir semua, rujuk ke RS
- 14) Lakukan dokumentasi tindakan dan obat yang sudah diberikan.

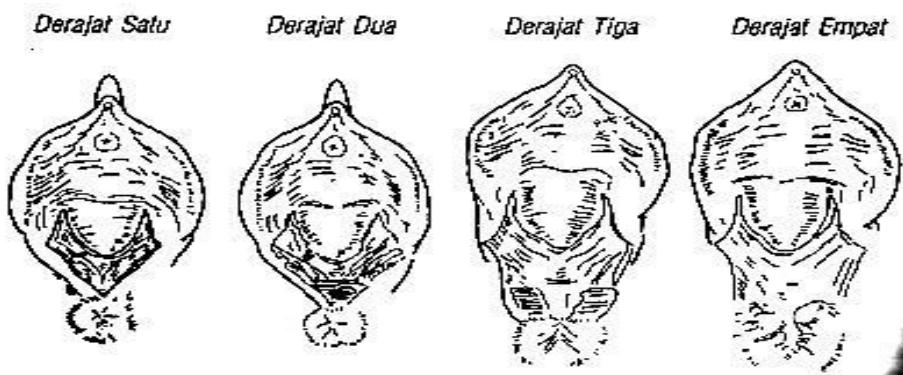
f. Risiko

Risiko yang dapat terjadi pada kasus retensi plasenta yang berkepanjangan adalah:

- 1) Perdarahan.
- 2) Syok yang disebabkan oleh:
 - a) Kehilangan darah
 - b) Kadang-kadang tidak berhubungan dengan kehilangan darah, terutama ketika perdarahan tersembunyi lebih dari satu jam
 - c) Upaya manipulasi perut untuk mengeluarkan plasenta.
- 3) Sepsis nifas
- 4) Risiko kekambuhan pada kehamilan berikutnya.³

- 5) Perdarahan masif akibat retensio plasenta dapat menyebabkan pasien perlu dilakukan histerektomi darurat, terutama apabila tindakan manual plasenta gagal dilakukan. Pasien dalam periode singkat dapat mengalami kolaps sirkulasi. Kematian dapat menjadi salah satu konsekuensinya. Angka *Case Fatality Rate* karena perdarahan langsung akibat retensio plasenta mencapai 10%. Retensio plasenta juga merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yang tertunda, dimana perdarahan berlangsung dengan onset lebih dari 24 jam setelah melahirkan. Komplikasi jangka panjang antara lain anemia, kegagalan menyusui, dan depresi pascapersalinan.

3. Laserasi atau Robekan Jalan Lahir



Gambar 3.3

wwwkaryakita.blogspot.com/2011/01/asuhan-kebidanan-kala-iv_14.html

a. Pengertian

Suatu kondisi di mana plasenta sudah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik tetapi terjadi perdarahan dari jalan lahir, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir. (Rukiyah 2018)

b. Derajat luka perineum

Menurut (Rukiyah 2018), terdapat empat (4) derajat luka perineum, antara lain:

1) Derajat I

Robekan yang terjadi hanya sebatas selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum

2) Derajat II

Robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinea *transversalis*, tetapi tidak mengenai *spincter ani*

3) Derajat III

Robekan mengenai seluruh perineum dan otot spincter ani

4) Derajat IV

Robekan sampai mukosa rectum

c. Faktor Risiko

1) Persalinan pervaginam dengan tindakan

2) Makrosomia janin

3) Tindakan episiotomy

(Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Review et al. 2021), laserasi pada jalan lahir seperti laserasi episiotomi, hematoma, ruptur uteri, perluasan sayatan selama operasi caesar dan inversio uteri adalah beberapa trauma yang menyebabkan perdarahan hebat. Risiko trauma jalan lahir bawah meningkat bila ada kala II yang lama, penggunaan forsep atau vakum, episiotomi atau adanya varises vulva.

Episiotomi merupakan risiko terbesar terjadinya hematoma di samping risiko lainnya seperti primipara, preeklampsia, kehamilan kembar, varises vulva dan gangguan koagulasi. Adanya trauma jalan lahir merupakan 20% penyebab perdarahan *postpartum*.

d. Tanda dan Gejala

1) Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir

2) Uterus berkontraksi keras

3) Plasenta lengkap

(Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

e. Pencegahan

Pencegahan terjadinya laserasi jalan lahir dalam (Trifiana 2020), antara lain:

1) Latihan mengejan

Apabila pembukaan sudah lengkap, mempersilakan ibu untuk mengejan. Sedapat mungkin lakukan secara terkontrol. Mengedanlah dengan perlahan sehingga jaringan sekitar jalan lahir bisa meregang maksimal dan memberi ruang untuk keluarnya bayi.

2) Jaga perineum tetap hangat

Menempelkan kain lembut yang sudah direndam air hangat dengan tujuan agar kulit di sekitar perineum semakin elastis. Lakukan hal ini saat tahap kedua sebelum mengejan.

3) Pijat perineum

Tindakan selanjutnya adalah memijat perineum. Tentu yang melakukannya adalah tenaga kesehatan yang mendampingi persalinan. Sembari mengenakan sarung tangan yang sudah terlubrikasi, dua jari dimasukkan ke dalam vagina dan digerakkan dari satu sisi ke sisi lainnya secara lembut.

Pijat perineum ini juga bisa dilakukan di akhir trimester 3 (tiga) ketika tanda persalinan sudah dekat semakin terasa.

4) Posisi persalinan tidak berbaring

Posisi persalinan yang searah dengan gravitasi seperti berdiri dan tidak berbaring juga bisa mengurangi risiko ruptur perineum

f. Penatalaksanaan

Penatalaksana yang dilakukan pada laserasi jalan lahir yaitu:

- 1) Kaji lokasi dan derajat robekan
- 2) Lakukan penjahitan sesuai dengan lokasi dan derajat robekan
- 3) Pantau kondisi klien
- 4) Berikan antibiotik profilaksis dan roborantia, serta diet tinggi kalori dan tinggi protein

(Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

g. Komplikasi

- 1) Pucat
- 2) Lemah
- 3) Menggigil

(Marliandani, Yefi & Ningrum 2015)

4. Sisa Plasenta dan Selaput Ketuban

a. Pengertian

Sisa Plasenta dan Selaput Ketuban yaitu suatu bagian dari plasenta, satu atau lebih lobus tertinggal di dalam uterus. (Rukiyah 2018)

b. Penyebab

- 1) Kontraksi yang kurang baik
- 2) Tindakan pelepasan plasenta yang salah
- 3) Plasenta akreta

(Rukiyah 2018)

- 4) Terburu-buru untuk mempercepat lahirnya plasenta. (Asrikudetyass 2015)

c. Prinsip Dasar

Sisa plasenta yang masih banyak tertinggal dalam rongga uterus dapat menimbulkan perdarahan *postpartum* dini atau perdarahan *postpartum* lambat (biasanya terjadi 6 – 10 hari).

Pada perdarahan *postpartum* dini akibat sisa plasenta ditandai dengan perdarahan dari rongga Rahim sesudah plasenta lahir dan kontraksi baik. Gejala pada *postpartum* lambat yaitu perdarahan yang berulang-ulang atau berlangsung terus.

(Rukiyah 2018)

d. Faktor Risiko

Ada beberapa faktor risiko terjadinya sisa plasenta dalam (Asrikudetyass 2015), antara lain:

- 1) Usia ibu
- 2) Paritas ibu
- 3) Status anemia dalam kehamilan

e. Tanda dan Gejala

(Asrikudetyass 2015)

- 1) Sewaktu suatu bagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Tetapi mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa plasenta. Tertinggalnya sebagian plasenta (rest plasenta)
- 2) Keadaan umum lemah
- 3) Peningkatan denyut nadi
- 4) Tekanan darah menurun
- 5) Pernafasan cepat
- 6) Gangguan kesadaran (Syok)
- 7) Pasien pusing dan gelisa
- 8) Tampak sisa plasenta yang belum keluar

f. Diagnosa

Menurut (Asrikudetyass 2015), diagnosa sisa plasenta ditegakkan atas dasar:

- 1) Anamnese

- 2) Pemeriksaan umum : tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan
- 3) Palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri
- 4) Memeriksa plasenta dan ketuban apakah lengkap atau tidak.
- 5) Lakukan eksplorasi cavum uteri untuk mencari
- 6) Sisa plasenta atau selaput ketuban
- 7) Robekan rahim
- 8) Plasenta suksenturiata
- 9) Inspekulo: untuk melihat robekan pada serviks, vagina, dan varises yang pecah

10) Pemeriksaan laboratorium : Hb, Hematokrit

11) Pemeriksaan USG

g. Komplikasi Sisa Plasenta

(Asrikudetyass 2015)

- 1) Sumber infeksi dan perdarahan potensial
- 2) Memudahkan terjadinya anemia yang berkelanjutan
- 3) Terjadi plasenta polip
- 4) Degenerasi korio karsinoma
- 5) Dapat menimbulkan gangguan pembekuan darah

h. Penjegahan Rest Plasenta (Manuaba,2008)

(Asrikudetyass 2015)

Pencegahan terjadinya perdarahan *postpartum* merupakan tindakan utama, sehingga dapat menghemat tenaga, biaya dan mengurangi komplikasi upaya preventif dapat dilakukan dengan :

- 1) Meningkatkan kesehatan ibu, sehingga tidak terjadi anemia dalam kehamilan.
- 2) Melakukan persiapan pertolongan persalinan secara legeartis.
- 3) Meningkatkan usaha penerimaan KB.
- 4) Melakukan pertolongan persalinan di rumah sakit bagi ibu yang mengalami perdarahan *postpartum*.
- 5) Memberikan uterotonika segera setelah persalinan bayi, kelahiran plasenta dipercepat.

i. Penatalaksanaan Sisa Plasenta

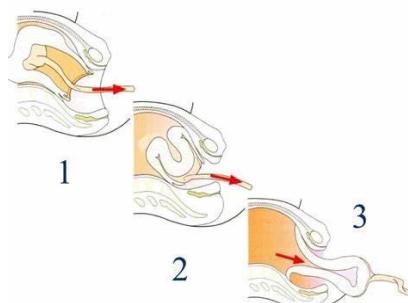
(Asrikudetyass 2015)

Apabila diagnosa sisa plasenta ditegakkan maka bidan boleh melakukan pengeluaran sisa plasenta secara manual atau digital, dg langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Perbaikan keadaan umum ibu (pasang infus)
- 2) Kosongkan kandung kemih
- 3) Memakai sarung tangan steril
- 4) Desinfeksi genetalia eksterna
- 5) Tangan kiri melebarkan genitalia eksterna, tangan kanan dimasukkan secara obstetri sampai servik
- 6) lakukan eksplorasi di dalam cavum uteri untuk mengeluarkan sisa plasenta
- 7) lakukan pengeluaran plasenta secara digital
- 8) Setelah plasenta keluar semua diberikan injeksi uterus tonika
- 9) Berikan antibiotik utk mencegah infeksi
- 10) Antibiotika ampicillin dosis awal 19 IV dilanjutkan dengan 3x1 gramoral dikombinasikan dengan metronidazol 1 gr suppositoria dilanjutkan dengan 3x500 mg oral.
- 11) Observasi tanda-tanda vital dan perdarahan
- 12) Antibiotika dalam dosis pencegahan sebaiknya diberikan.

Sisa plasenta bisa diduga bila kala urin berlangsung tidak lancar atau setelah melakukan plasenta manual atau menemukan adanya kotiledon yang tidak lengkap pada saat melakukan pemeriksaan plasenta dan masih ada perdarahan dari ostium uteri eksternum pada saat kontraksi rahim sudah baik dan robekan jalan lahir sudah terjahit. Untuk itu, harus dilakukan eksplorasi kedalam rahim dengan cara manual/digital atau kuret dan pemberian uterotonika. Anemia yang ditimbulkan setelah perdarahan dapat diberi transfuse darah sesuai dengan keperluannya (Sarwono Prawirohaardjo, 2008, hal: 527)

5. ***Inversion Uteri***



Gambar 3.4

<https://pt.slideshare.net/limgengyan/uterine-inversion-11495587/2?smtNoRedir=1>

a. Pengertian

Inversion uteri yaitu keadaan di mana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya masuk ke dalam kavum uteri. (Rukiyah 2018)

b. Klasifikasi

Ada 3 (tiga) klasifikasi inversion uteri: (Rukiyah 2018)

1) Inversio uteri ringan

Apabila fundus uteri terbalik menonjol ke dalam kavum uteri namun belum keluar dari rongga rahim

2) Inversio uteri sedang

Apabila fundus uteri terbalik dan sudah masuk ke dalam vagina

3) Inversio uteri berat

Apabila uterus dan vagina semuanya terbalik dan sebagian sudah keluar vagina

c. Penyebab

Spontan, terdiri dari:

1) Grandemultipara

2) Atonia uteri

3) Kelemahan alat kandungan

4) Tekanan *intraabdominal* (mengejan)

(Rukiyah 2018)

d. Faktor Risiko

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Review et al. 2021) menyatakan bahwa inversio uteri atau ruptur uteri juga dapat menyebabkan perdarahan hebat.

Inversio uteri biasanya terjadi karena:

1) Tarikan yang terlalu cepat atau kuat,

2) Tekanan fundus berlebih

3) Terjadi peningkatan pada plasenta yang ditanamkan di fundus

4) Makrosomia janin

5) Penggunaan oksitosin

6) Rwayat inversio uteri sebelumnya.

Pada kejadian inversio uteri, darah yang keluar paling sedikit 1000 ml, dan 65% kasus inversio uteri akan disertai dengan perdarahan *postpartum* dan lebih dari 45% akan memerlukan transfusi darah (Niswati dkk, 2012).

e. Tanda dan Gejala

- f. Pencegahan
- g. Penatalaksanaan
- h. Komplikasi

F. Pencegahan

Menurut Suryani (2008) dalam (Review et al. 2021), pengobatan terbaik untuk perdarahan *postpartum* adalah pencegahan. Kewaspadaan tidak hanya dilakukan selama persalinan, tetapi sudah dimulai sejak ibu hamil dengan asuhan antenatal (ANC) yang baik. Surveilans *antenatal* memberikan manfaat dengan menemukan berbagai kelainan secara dini, sehingga dapat dihitung dan disiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinan. Kunjungan ANC untuk ibu hamil minimal 4 kali kunjungan dengan pembagian 1 kali pada trimester pertama, sekali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III.

G. Penatalaksanaan

Menurut Sarwono (2010) dalam (Review et al. 2021), penanganan perdarahan *postpartum* adalah dengan penggantian cairan. Keterlambatan atau ketidaksesuaian dalam memperbaiki hipovolemia merupakan awal dari kegagalan dalam mengatasi kematian akibat perdarahan *postpartum*. Walaupun pada kasus perdarahan kedua komponen darah (plasma dan sel darah) hilang, namun penanganan pertama untuk menjaga tubuh dan memelihara *homeostasis* perfusi cairan adalah dengan pemberian jaringan. Pada paritas rendah (paritas 1), menyebabkan ibu tidak siap dalam menghadapi persalinan sehingga ibu hamil tidak mampu menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan dan persalinan. Dengan paritas tinggi (lebih dari 3), fungsi reproduksi menurun, otot rahim terlalu kencang dan kurang dapat berkontraksi dengan baik sehingga kemungkinan terjadinya perdarahan *postpartum* menjadi lebih besar. Makrosomia (≥ 4000 gram) dapat menyebabkan perdarahan *postpartum* karena uterus meregang secara berlebihan dan mengakibatkan kontraksi yang lemah sehingga menyebabkan perdarahan *postpartum* (Sarwono, 2010).

H. Komplikasi

Menurut Satriyandari & Hariyati, 2017 dalam (Yunadi, Andhika, and Septianingsing 2019), komplikasi perdarahan antara lain:

1. Syok.

Apabila perdarahan terjadi sesudah melahirkan yang tak tertangani dengan adekuat.

2. Kehilangan banyak darah

Dapat mengakibatkan kehilangan nyawa. Kondisi ini dapat menimbulkan gangguan sirkulasi darah ke seluruh tubuh yang menyebabkan hipovolemia berat.

3. Kematian ibu

Apabila perdarahan terjadi secara terus menerus tanpa penanganan yang baik

I. Soal Vignette

1. Seorang perempuan, umur 25 tahun, P2 A0, 1 jam postpartum, telah melahirkan di Poned dengan keluhan lemas. Hasil anamnesis: melahirkan spontan dan normal, BB lahir 5000 gram, PB 50 cm, LK 38 cm, merasa keluar darah banyak dari jalan lahir, tidak ada mulas. Hasil pemeriksaan: KU gelisah, TD 90/60 mmHg, N 110 x/menit, P 30 x/menit, S 36 °C, kulit terasa dingin dan lembab, wajah pucat, TFU 2 jari di atas pusat, uterus teraba lunak, kandung kemih kosong, pengeluaran darah 500 ml, tidak ada laserasi jalan lahir. Apa diagnosa yang paling mungkin pada kasus tersebut?

- A. Atonia uteri
- B. Sisa plasenta
- C. Inversio plasenta
- D. Retensio plasenta
- E. Laserasi jalan lahir

2. Seorang perempuan, umur 35 tahun, P4 A0, baru melahirkan 15 menit yang lalu di TPMB. Setelah dilakukan PTT selama 15 menit, plasenta belum lahir sehingga bidan memberikan suntikan oksitosin kedua. Bidan melanjutkan melakukan PTT sampai 15 menit berikutnya dan plasenta belum lahir juga. hasil anamnesis: Ibu tidak merasa mules. Hasil pemeriksaan: KU gelisah, TD 100/70 mmHg, N 88 x/menit, P 24 x/menit, S

- 36.5 °C, TFU setinggi pusat dan lembek, kandung kemih kosong, tidak ada laserasi jalan lahir. Apa diagnosa yang paling mungkin pada kasus tersebut?
- A. Atonia uteri
 - B. Inversio uteri
 - C. Sisa plasenta
 - D. Retensio plasenta
 - E. Laserasi jalan lahir
3. Seorang perempuan, umur 37 tahun, P5 A0, baru melahirkan 30 menit yang lalu dibawa keluarganya ke RS dengan keluhan keluar darah banyak dari jalan lahir. Hasil anamnesis: melahirkan di rumah dan ditolong oleh Paraji, plasenta susah lahir dan dilakukan penarikan yang kuat oleh Paraji. Hasil pemeriksaan: KU gelisah, TD 90/60 mmHg, N 115 x/menit, P 30 x/menit, S 36 °C, TFU tidak teraba, tidak ada laserasi jalan lahir, terlihat uterus di vagina. Apa diagnosa yang paling mungkin pada kasus tersebut?
- A. Atonia uteri
 - B. Inversio uteri
 - C. Sisa plasenta
 - D. Retensio plasenta
 - E. Laserasi jalan lahir
4. Seorang perempuan, umur 38 tahun, P5 A2, baru melahirkan 15 menit yang lalu di TPMB secara normal, plasenta lahir spontan. Hasil pemeriksaan: KU lemah, TD 90/70 mmHg, N 100 x/menit, P 28 x/menit, S 36.4 °C, TFU setinggi pusat, kontraksi uterus lembek, kandung kemih kosong, tidak ada laserasi jalan lahir, lobus plasenta tidak lengkap, keluar darah yang mengalir terus menerus dari jalan lahir. Apa diagnosa yang paling mungkin pada kasus tersebut?
- A. Atonia uteri
 - B. Inversio uteri
 - C. Sisa plasenta
 - D. Retensio plasenta
 - E. Laserasi jalan lahir

5. Seorang perempuan, umur 19 tahun, P1 A0, baru melahirkan 15 menit yang lalu di Poned. Hasil pemeriksaan: KU baik, plasenta telah lahir lengkap, TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 37 °C, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, terlihat darah mengalir dari jalan lahir, terdapat laserasi pada mukosa vagina. Apa diagnosa yang paling mungkin pada kasus tersebut?
- A. Atonia uteri
 - B. Inversio uteri
 - C. Sisa plasenta
 - D. Retensio plasenta
 - E. Laserasi jalan lahir

KUNCI JAWABAN:

- 1. A
- 2. D
- 3. B
- 4. C
- 5. E

J. SOAP

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. V DENGAN LASERASI JALAN LAHIR

Hari / tanggal : Selasa, 20 Desember 2022

Waktu : 07.45 WIB

Rungangan : Puskesmas XXX

1. Data Subjektif

a. Identitas Pasien

	: Ibu	Suami
Nama	: Ny. V	Tn. A
Umur	: 30 tahun	29 tahun
Pendidikan	: SMU	SMU
Pekerjaan	: IRT	Karyawan Swasta
Alamat	: Desa YYY	

b. Riwayat Kehamilan

NY. V datang ke PONED pada hari Selasa tanggal 20 Desember 2022 pukul 05.30 WIB diantar oleh suami dan keluarga dengan keluhan

mulus-mulus. Ibu mengatakan hamil anak kedua, umur kehamilan 9 bulan, Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) tanggal 02-04-2022 dan Hari Perkiraan Lahir (HPL) tanggal 09-01-2023. Gerakan janin pertama kali dirasakan aktif sejak usia kehamilan 4 bulan sampai sekarang. Pola makan dan minum teratur sebanyak 3 kali sehari dengan menu bervariasi. Makan dan minum terakhir sekitar pukul 19.30 WIB. Buang air besar dan Buang air kecil terakhir sekitar jam 01.30 WIB. Ibu mengatakan baik ibu, suami dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit berat seperti Asthma, Jantung, Tekanan darah tinggi, kencing manis, malaria, ginjal, penyakit kelamin seperti HIV/AIDS dan penyakit lainnya. Respon suami dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan baik.

c. Riwayat Persalinan

Bayi lahir spontan pukul 07.40 WIB segera menangis, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, plasenta dan selaput lahir spontan lengkap. Ibu masih merasa mulus dan merasa senang bayinya sudah lahir.

2. Data Objektif

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Tanda-tanda Vital :TD 103/70 mmHg, N 86x/menit, P 20 x/menit, S 36,5°C
- c. Abdomen : TFU Sepusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong.
- d. Vagina : Pengeluaran darah ± 100 CC, terdapat luka robekan di mukosa vagina, komisura posterior, kulit dan otot perineum.

3. Analisa

P2 A0 Kala IV persalinan keadaan ibu baik dengan laserasi derajat II

4. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengetahui keadaan ibu baik.
- b. Memeriksa dan mengajarkan ibu cara menilai kontraksi uterus dengan melakukan *massage* fundus, ibu mengerti dan memahaminya
- c. Memberitahu ibu bahwa akan dijahit, ibu bersedia untuk dilakukan penjahitan.

- d. Melakukan penjahitan luka robekan dengan anastesi lidokain 2:1 dengan teknik jelujur, hecting secara jelujur
- e. Memasang tampon di vagina, tampon terpasang.
- f. Melepas tampon, tampon terlepas.
- g. Membersihkan ibu dengan air DTT dan mengganti ibu dengan kain bersih, ibu sudah merasa nyaman
- h. Melakukan pemrosesan alat bekas pakai (Dekontaminasi, Cuci bilas, Desinfeksi Tingkat Tinggi), alat sudah siap pakai.
- i. Menganjurkan ibu untuk istirahat (2 jam) dan makan minum, ibu istirahat.
- j. Melakukan pemantauan Kala IV, hasil terlampir pada lembar belakang partografi.

DAFTAR PUSTAKA

Andini, Rian. "Waspadai Atonia Uteri, Perdarahan Pasca Persalinan Yang Banyak Dialami Ibu Melahirkan." <https://id.theasianparent.com/tonia-uteri> (February 14, 2023).

Asriku detyass. 2015. "Makalah Sisa Plasenta." <https://asrikudetyass.wordpress.com/2015/02/04/makalah-sisa-plasenta/> (February 14, 2023).

Darmawan,Budi.2019.*Retensio Plasenta*.

[Kristianingsih, Ani, Hamid Mukhlis, and Ely Ermawati. 2019. "Wellness and Healthy Magazine." 1: 139–49.](https://www.academia.edu/38904881/Referat_Retensio_Plasenta_revisi_21_april_2019_#:~:text=Retensio plasenta merupakan suatu komplikasi yang terjadi dari,kasus%2C retensio plasenta dapat disebabkan akibat plasenta akreta.</p>
</div>
<div data-bbox=)

Lidya. 2019. "Analisis Pelaksanaan Pencegahan Komplikasi Nifas Di Wilayah Kerja Puskesmas Paal V Kota Jambi Tahun 2018." *SCIENTIA JOURNAL* 8(1): 197–204. <https://media.neliti.com/media/publications/286580-analisis-pelaksanaan-pencegahan-komplika-83d176d6.pdf>.

Marliandani, Yefi & Ningrum, Nyna Puspita. 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Dan Menyusui*. I. ed. Aklia Suslia. Jakarta Selatan: Salemba Medika.

Review, Literature et al. 2021. "Pendahuluan." 10: 326–31.

Ruangmom, Redaksi. 2020. "Retensio Plasenta - Jenis, Penyebab, Gejala, Penanganan." *19 Oktober 2020*. <https://www.ruangmom.com/retensio-plasenta.html#:~:text=Bagaimana%20pencegahan%20retensi%20plasenta%3F> 1 1. Pemberian obat,pelan perut ibu. 3 3. Pemberian pijat rahim (February 14, 2023).

Rukiyah, Ai Yeyeh & Yulianti Lia. 2018. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Masa Nifas*. I. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.

Setiaputri, Karinta Ariani. 2022. "Mengenal Atonia Uteri, Penyebab Perdarahan Hebat Pasca Melahirkan." *31-10-2022*. <https://hellosehat.com/kehamilan/melahirkan/tonia-uteri-kontraksi-rahim-melahirkan/> (February 14, 2023).

Sutanto, Andina Vita. 2018. *Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui*. 1st ed. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.

Team, Honestdoc Editorial. 2019. "Retensio Plasenta - Tanda, Penyebab, Gejala, Cara Mengobati." *17 Januari 2019*. <https://www.honestdocs.id/retensio-plasenta> (February 14, 2023).

Trifiana, Azelia. 2020. "Mengenal Derajat Ruptur Perineum Dan Cara Pencegahannya." *03 Maret 2020*. <https://www.sehatq.com/artikel/tingkatan-ruptur-perineum-adakah-cara-mencegah-robekan-jalan-lahir> (February 14, 2023).

Walyani, Elisabeth Siwi & Purwoastuti, Endang. 2017. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. I. Yogyakarta: PUSTAKABARUPRESS.

Yunadi, Frisca Dewi, Rully Andhika, and Rochany Septyaningsing. 2019. "Identifikasi Faktor Ibu Dengan Perdarahan Post Partum Identification Of Mother Factors With Post Partum Hemoragge." *6(2): 119–26*.

<https://www.alilamedicalmedia.com/-/galleries/images-only/female-reproductive-system-images/-/medias/0d117cbf-82ed-495e-baba-d703b9598283-uterine-aton-y-lying-down-position>

BAB 4

INFEKSI LUKA JAHITAN

Dwi Rahmawati, SST.,M.Keb



BAB 4

INFEKSI LUKA JAHITAN

Dwi Rahmawati, SST.,M.Keb

A. Latar Belakang

Pada masa nifas banyak perubahan fisiologis maupun patologis yang dialami ibu, mulai dari perubahan fisik yang memerlukan tingkat penyembuhan yang berbeda. Secara umum, masa nifas terkait dengan proses mengembalikan tubuh ibu ke keadaan sebelum hamil dan termasuk proses involusi uterus yang melibatkan penyembuhan uterus mulai luka dari bekas insersi plasenta, luka jahitan perenium yang dialami oleh ibu melahirkan per vaginam. Secara total, 85% wanita yang melahirkan per vaginam mengalami cedera perineum, dengan 69% membutuhkan penjahitan. Penyembuhan luka pada perenium bisa berlangsung normal, namun ada juga yang mengalami keterlambatan penyembuhan (Padilah, 2021).

Keterlambatan penyembuhan luka perenium erat kaitannya dengan kejadian infeksi yang dapat berpotensi berkembang menjadi sepsis berat dan syok septik. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa infeksi, menjadi penyebab utama kematian ibu secara global, terhitung sekitar 5% dan 11% kematian di negara berpenghasilan tinggi dan berpenghasilan rendah. Infeksi luka perineum menyebabkan rasa sakit dan ketidaknyamanan, dan mengurangi kemampuan wanita untuk menikmati pengalamannya menjadi ibu. (Mohamed-ahmed et al., 2018 : Mbbs et al., 2022)

Faktor risiko paling signifikan untuk kejadian infeksi postpartum adalah infeksi pasca operasi Caesar 20-25%, infeksi luka heating, infeksi saluran kemih. Tindakan yang terkait dengan peningkatan resiko infeksi bisa karena Penggunaan instrumen yang dapat memindahkan mikro-organisme ke dalam saluran kelamin antara lain persalinan dengan forceps, pemeriksaan vagina dan kateterisasi kandung kemih, penggunaan episiotomi selama persalinan (Mohamed-ahmed et al., 2018).

Infeksi luka jahitan dapat dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya karakteristik ibu bersalin, status gizi, kondisi perlukaan dan perawatannya. Dampak perawatan luka perineum yang tidak tepat dapat menyebabkan infeksi dan menghambat proses penyembuhan luka perineum. Munculnya infeksi pada perineum dapat menyebar ke saluran kemih atau pada jalan lahir

yang dapat menimbulkan komplikasi infeksi kandung kemih atau infeksi pada jalan lahir. Sehingga perlunya langkah-langkah yang memadai untuk mencegah dan mengobati infeksi postpartum dengan menjaga lingkungan yang bersih, penggunaan instrument yang steril, selain itu bidan juga memiliki peran penting untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan luka post partum sebelum pasien pulang (Ratnasari et al., 2022)

B. Definisi

Infeksi post partum didiagnosis ketika seorang wanita memiliki suhu lebih dari 38°C dan tanda-tanda infeksi lainnya seperti nyeri dibagian perut, rahim, panggul atau payudara setelah persalinan pervaginam, caesar atau selama menyusui (Mbbs et al., 2022)

Gambaran klinis non-spesifik, mungkin sulit diidentifikasi saat berlangsung periode postpartum tetapi seringkali termasuk demam, sakit perut dan hipotensi. Gejala lainnya Lebih sering juga adanya peningkatan jumlah sel darah putih serta takikardia. Infeksi dapat muncul dalam 2 sampai 48 jam pascapersalinan. Sindrom syok toksik streptokokus dapat terjadi pada 20% kasus, dan ciri-cirinya meliputi hipotensi dan disfungsi organ, mis. gagal ginjal, distres pernapasan akut, koagulopati, nekrosis jaringan lunak, ruam makula dan deskuamasi (Webb & Sherburn, 2014).

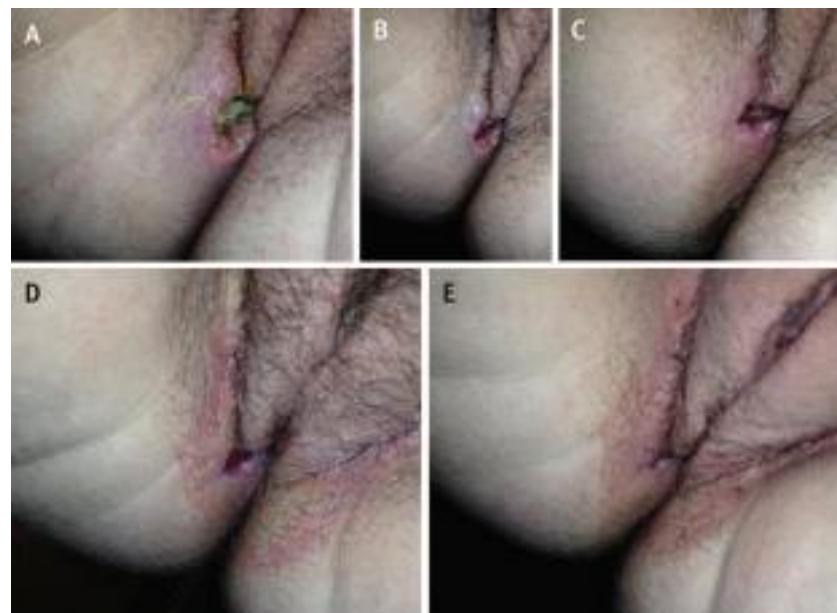
Pencegahan infeksi setelah persalinan pervaginam operatif dengan Teknik steril dasar adalah kegiatan rutin pada persalinan pervaginam, tetapi seperti disebutkan di atas, apapun luka vagina/perineum masih akan terkontaminasi dan ada potensi untuk terjadinya infeksi. (Webb & Sherburn, 2014)

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka perineum

1. Kegemukan
2. Malnutrisi
3. Merokok
4. Stres dan kurang tidur
5. Kondisi medis yang mendasari atau kebutuhan untuk perawatan obat berkelanjutan yang dapat mengganggu penyembuhan luka
6. Perbaikan penjahitan awal yang buruk—bahan atau metode, atau keduanya
7. Misdiagnosis atau klasifikasi yang tidak akurat tentang luasnya trauma



Gambar 4.1
Penyembuhan luka episiotomi “normal” pada hari ke 3 setelah lahir



Gambar 4.2

Dehisensi luka episiotomi setelah infeksi. Wanita ini datang ke dokternya dengan rasa sakit yang meningkat dari jahitan perineum dan keluarnya cairan yang berbau menyengat. Dia awalnya diberi resep co-amoxiclav oral tetapi swab luka mengungkapkan pertumbuhan tinggi organisme anaerobik. Antibiotik oral diganti dengan metronidazole dengan respon baik: (A) hari ke-

7 pascakelahiran, (B) hari ke-9 pascakelahiran, (C) hari ke-13 pascakelahiran, (D) hari ke-17 pascakelahiran, dan (E) hari ke-21 pascakelahiran.



Gambar 4.3

Pembentukan jaringan granulasi yang berlebihan pada hari ke-35 pascakelahiran setelah infeksi dan luka perineum yang mengalami dehisensi sembuh dengan intensi sekunder. Area tersebut berhasil diobati dengan dua perawatan perak nitrat yang dioleskan secara topikal selama lima minggu

C. Penyebab

Dimitrov et al (2000) menunjukkan bahwa lamanya waktu antara pecahnya ketuban dan persalinan meningkatkan risiko penyembuhan episiotomi yang buruk, Macleod et al (2008) melakukan studi kohort prospektif dan menunjukkan bahwa adanya episiotomi berhubungan dengan tingkat infeksi perineum yang lebih tinggi. Larsson et al (1991) menunjukkan secara prospektif bahwa infeksi terjadi pada 10% wanita dengan episiotomi dibandingkan dengan 2% wanita yang mengalami robekan spontan. $p<0,001$. Seditlaone et al (2008) dalam uji coba terkontrol acak tersamar ganda pada wanita dengan human immunodeficiency virus melaporkan bahwa wanita dengan episiotomi memiliki insiden morbiditas infeksi yang jauh lebih tinggi ($p=0,041$).

Kabiru et al (2001) melaporkan bahwa wanita yang melahirkan dengan forsep mengalami peningkatan risiko infeksi postpartum; Namun, infeksi postpartum termasuk endometritis, infeksi saluran kemih dan infeksi episiotomy. Penggunaan vakum atau forsep dapat menyebabkan infeksi dengan adanya mikroorganisme yang ditemukan di dalam flora cervikovaginal atau saluran pencernaan dan endometritis klinis terutama karena peningkatan intervensi, di samping itu perlunya menjaga kebersihan perineum/vagina.

Dalam beberapa kasus, infeksi dapat berkembang menjadi sepsis berat atau syok septik, yang menjadi penyebab morbiditas dan kematian ibu yang signifikan (Johnson et al., 2012).

Setiap studi mengidentifikasi peningkatan risiko yang berkaitan dengan sosio-demografis, medis dan faktor yang berhubungan dengan kehamilan. Faktor sosial-demografi seperti usia, etnis dan berat badan, ditemukan menjadi faktor risiko untuk hasil yang merugikan dari sepsis terkait kehamilan. Demikian pula, banyak kondisi medis seperti diabetes, kardiovaskular penyakit, anemia dan imunosupresi ditemukan terkait dengan risiko infeksi. Temuan ini menyoroti perlunya indeks kecurigaan yang lebih tinggi untuk potensi komplikasi pada wanita dengan kondisi medis. Beberapa penelitian mengidentifikasi faktor kebidanan atau terkait kehamilan yang terkait dengan infeksi seperti operasi caesar, persalinan pervaginam atau induksi persalinan. Namun, intervensi kebidanan dapat menjadi penyebab dan konsekuensi dari infeksi ibu dan ini khususnya sulit dibedakan dalam analisis yang menganalisis wanita dengan antenatal, intrapartum dan infeksi postpartum (Johnson et al., 2012)

D. Faktor Risiko

Untuk memastikan faktor risiko infeksi wanita harus dinilai secara individual. Faktor risiko yang diketahui untuk infeksi luka perineum meliputi:

1. Episiotomi garis tengah atau mediolateral
2. Ketuban pecah berkepanjangan
3. Penggunaan catgut untuk menjahit robekan
4. Pengalaman praktisi

Bidan diharapkan memantau infeksi luka perineum pascakelahiran, tidak menemui ibu setiap hari, namun biasanya melakukan kunjungan dengan perawatan nifas sekitar 10 hari setelah melahirkan. Oleh karena itu, penting untuk mengukur tingkat infeksi luka perineum dan mengidentifikasi faktor risiko sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan manajemen yang tepat. (Johnson et al., 2012)

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa 1 dari 10 wanita mengalami infeksi luka perineum setelah persalinan pervaginam menggunakan instrumental, episiotomi, dan pecahnya selaput ketuban yang berkepanjangan juga dapat menjadi predisposisi wanita terhadap infeksi luka perineum. (Johnson et al., 2012)

E. Tanda dan Gejala

Infeksi dicurigai bila ada eksudat berlebihan yang berubah warna (bukan kuning normal), berbau menyengat, abses, eritema, atau selulitis. Dalam kasus seperti itu, penyeka luka harus diambil untuk mengidentifikasi organisme penyebab dan antibiotik dimulai sesuai dengan pedoman lokal. Kami akan merekomendasikan penggunaan antibiotik spektrum luas yang mencakup berbagai organisme, termasuk anaerob. Mengambil penyeka luka secara rutin tanpa adanya tanda-tanda klinis infeksi kemungkinan akan mengungkapkan bakteri dan flora non-penyebab dan oleh karena itu tidak dianjurkan. (Webb & Sherburn, 2014)

Penting untuk membuat wanita sadar akan tanda dan gejala kemungkinan infeksi, seperti peningkatan rasa sakit, pembengkakan, kehilangan darah yang lebih banyak, dan keluarnya cairan berbau menyengat. (Webb & Sherburn, 2014)

Alat penilaian REEDA (Redness/Kemerahan, oEdema/bengkak, Ecchymosis, Discharge, and Approximation) diformulasikan untuk mendeteksi infeksi. Ini juga memberikan kerangka kerja yang baik untuk penilaian semua luka untuk mengukur penyembuhan normal. Meskipun peningkatan rasa sakit merupakan indikator kemungkinan infeksi, kebanyakan wanita mengalami berbagai tingkat nyeri perineum atau ketidaknyamanan dalam dua minggu pertama setelah kelahiran vagina yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk bergerak. Wanita harus diyakinkan bahwa gejala tersebut normal pada tahap penyembuhan tertentu. Dilaporkan bahwa hingga 20% wanita yang mengalami trauma perineum terus mengalami rasa sakit pada delapan minggu pasca persalinan. Oleh karena itu penting untuk membahas analgesia yang memadai, dengan mempertimbangkan riwayat medis wanita dan metode menyusui yang dipilih. Perawatan non-obat seperti aplikasi es topikal dan kompres gel dingin yang dioleskan ke area perineum dapat memberikan pereda nyeri jangka pendek. (Webb & Sherburn, 2014)

1. Penilaian luka perenium menggunakan Alat REEDA

Skor Edema kemerahan Ekimosis Discharge Approximation

0 Tidak ada gejala dan luka tertutup

1 Ringan: <0,5 cm Ringan: <1 cm Ringan: <1 cm Serum Pemisahan kulit ≤3 mm

2 Sedang: 0,5-1 cm Sedang: 1-2 cm Sedang: 1-2 cm Serosanguineous Pemisahan kulit dan lemak subkutan

- 3 Parah: >1 cm Parah: >2 cm Parah: >2 cm Purulen Pemisahan lapisan kulit dan lemak subkutan dan fasia
Keparahan diukur dalam jarak (cm) dari setiap sisi tepi luka
2. Tanda dan gejala infeksi luka perineum
 - a. Tanda dan Gejala Menurut Webb & Sherburn (2014)
 - 1) Peningkatan rasa sakit
 - 2) Odema/Bengkak
 - 3) Pembentukan abses
 - 4) Selulitis
 - 5) Pelepasan yang berlebihan atau ofensif
 - 6) Keadaan umumnya tidak sehat
 - 7) pireksia
 - 8) Dehisensi luka (Webb & Sherburn, 2014)



Gambar 4.4 Dehisensi luka perineum.

Pasien mengalami dehisensi robekan derajat dua 10 hari setelah melahirkan. Luka didebridemen dan dijahit kembali dengan hasil yang baik

- b. Tanda dan Gejala Menurut Johnson et al (2012)
Kehadiran dari dua atau lebih kriteria berikut telah digunakan untuk mengindikasikan sepsis berat.
 - 1) Suhu >38°C atau <36°C diukur pada dua kesempatan, dengan selang waktu minimal 4 jam
 - 2) Denyut jantung >100 denyut/menit diukur pada dua kali pemeriksaan, minimal 4 jam terpisah
 - 3) Tingkat pernapasan >20/menit diukur pada dua kesempatan, minimal 4 jam terpisah
 - 4) Jumlah leukosit >17 x 10⁹/l atau <4 x 10⁹/l atau dengan >10% bentuk pita imatur, diukur pada dua kesempatan (Johnson et al., 2012)

F. Pencegahan

Menurut Webb & Sherburn (2014) Anjuran ibu pasca melahirkan dengan trauma perineum, antara lain:

1. Pastikan kebersihan perineum yang baik, jaga agar area tetap bersih dan kering sebanyak mungkin dan ganti pembalut secara teratur
2. Cuci tangan secara teratur, terutama sebelum dan sesudah mengganti pembalut atau selama pembersihan perineum
3. Mandi setiap hari, pastikan perineum dicuci dengan sabun lembut dan air saja dan dibilas dengan air jernih. Penting agar luka dikeringkan dengan baik dengan menepuk-nepuk lembut dengan handuk bersih yang lembut atau tissue.
4. Waspadai tanda dan gejala infeksi perineum, seperti peningkatan rasa sakit, keluarnya cairan berlebihan yang berubah warna atau berbau menyengat, pembengkakan, kerusakan jahitan, dan hematoma.
5. Minum analgesia yang diresepkan secara teratur, dan sesuai petunjuk
6. Pertahankan diet seimbang dengan asupan cairan yang cukup untuk membantu mempercepat penyembuhan dan membantu produksi ASI.
7. Lakukan aktivitas fisik yang teratur dan lembut seperti berjalan dan mulai latihan otot dasar panggul dalam 5-7 hari setelah melahirkan

Rekomendasi WHO untuk pencegahan dan pengobatan Infeksi ibu post partum

1. Tidak Dianjurkan melakukan pencukuran rutin perineum/kemaluan sebelum persalinan pervagina, tidak berlaku untuk wanita yang sedang dipersiapkan operasi caesar
2. Dianjurkan pemeriksaan vagina touch dengan interval empat jam, interval waktu sesuai dengan partografi
3. Tidak dianjurkan Pembersihan vagina secara rutin dengan chlorhexidine selama persalinan untuk tujuan pencegahan infeksi
4. Pemberian antibiotik intrapartum pada wanita yang terinfeksi Streptococcus grup B.
5. Tidak dianjurkan pemberian rutin antibiotik profilaksis selama kehamilan untuk semua wanita dengan tujuan mengurangi morbiditas menular.
6. Pemberian antibiotik secara rutin tidak dianjurkan untuk wanita dalam persalinan prematur dengan selaput ketuban utuh, ketuban pecah dini, air ketuban bercampur meconium.

7. Profilaksis antibiotik rutin direkomendasikan untuk wanita dengan robekan perineum tingkat ketiga atau keempat.
8. filaksis antibiotik rutin direkomendasikan untuk wanita yang menjalani pengangkatan plasenta secara manual.
9. Profilaksis antibiotik rutin tidak dianjurkan untuk wanita dengan episiotomi.
10. Profilaksis antibiotik rutin tidak dianjurkan untuk wanita dengan persalinan pervaginam tanpa komplikasi.
11. Segera bersihkan vagina dengan povidone-iodine sebelum operasi caesar dianjurkan.
12. Profilaksis antibiotik rutin direkomendasikan untuk wanita yang menjalani operasi caesar elektif atau darurat.
13. Untuk operasi caesar, antibiotik profilaksis harus diberikan sebelum sayatan kulit, bukan intraoperatif setelah penjepitan tali pusat. (WHO, 2015)

Langkah-langkah Pencegahan dan pengendalian infeksi:

1. Menghindari infeksi dengan mengidentifikasi dan mengoreksi faktor predisposisi infeksi (misalnya dengan memberikan saran gizi dan mengatasi kekurangan gizi, anemia dan kondisi medis ibu lainnya (mis. diabetes) selama perawatan antenatal; mempromosikan kebersihan tangan dan penggunaan produk bersih (mis. mengikuti teknik penggunaan antiseptik yang tepat untuk pembedahan); dan perbaikan umum lingkungan rumah sakit (misalnya air bersih, pembuangan limbah dan sanitasi yang tepat). Protokol pencegahan infeksi dan praktek pengendalian harus dilaksanakan sesuai SOP yang ada
2. Pemantauan klinis wanita untuk tanda-tanda infeksi selama persalinan dan periode postpartum dan deteksi dini infeksi dengan pemeriksaan laboratorium sesuai kebutuhan. Hal ini sangat penting bagi wanita dengan segala bentuk penyakit saat persalinan, sebagai pemantauan yang buruk dan keterlambatan deteksi infeksi parah sehingga dapat mengetahui faktor penyebab infeksi terkait morbiditas dan kematian ibu. Sebelum pulang dari rumah sakit, wanita harus diberi konseling tentang cara mengidentifikasi dan segera mencari perawatan untuk tanda-tanda bahaya infeksi selama periode postpartum.
3. Pengurangan transmisi infeksi nosocomial

Perawatan harus diatur sedemikian rupa dengan memfasilitasi tim medis dan mendorong kepatuhan terhadap tindakan pengendalian infeksi, berupa pelatihan staf, diskusi dan pendidikan, distribusi yang tepat dari peralatan dan bahan pengendalian infeksi, pembentukan SOP, pengawasan infeksi, dan audit klinis, penggunaan peralatan bersih dan steril, mempromosikan praktik bedah aseptic.

G. Penatalaksanaan

Antibiotik jika diperlukan, dan dipantau secara teratur selama proses penyembuhan. Pengamatan berkelanjutan harus dilakukan oleh dokter umum atau bidan di fasilitas perawatan primer atau dengan rujukan ke klinik perineum khusus, yang disediakan oleh beberapa rumah sakit tersier untuk komplikasi perineum jangka pendek dan jangka panjang. Penyembuhan luka perineum dapat menyebabkan pembentukan jaringan granulasi yang berlebihan Wanita yang mudah berdarah saat disentuh dan menghasilkan cairan yang berlebihan. Dalam kebanyakan kasus, ini dapat dengan mudah dikelola oleh ginekolog menggunakan perak nitrat dalam pengaturan rawat jalan. (Webb & Sherburn, 2014)

kasus infeksi Jarang yang membutuhkan eksisi bedah atau kauterisasi dengan anestesi. Sebaliknya, pembentukan jaringan parut yang berlebihan atau susunan jaringan yang buruk pada perbaikan awal mungkin memerlukan pembedahan rekonstruktif tambahan dalam bentuk prosedur Fenton yang dimodifikasi, perineum refashioning, atau perineorrhaphy (Webb & Sherburn, 2014)

Sebagai bagian dari upaya global untuk mengurangi resistensi antimikroba, antibiotik harus diberikan hanya bila ada medis yang jelas indikasi dan di mana manfaat yang diharapkan lebih besar daripada potensi kerugian dalam konteks lokal. Pembentukan komite rumah sakit itu memantau penggunaan antimikroba, termasuk kuantitas dan pola penggunaan, umpan balik hasil ke resep dan secara teratur update formularium antimikroba rumah sakit Se bisa mungkin, profilaksis dan penggunaan terapeutik antibiotik harus diinformasikan oleh spektrum antibakteri tersempit, yaitu riwayat wanita (termasuk intoleransi obat), dosis efektif paling sederhana dalam hal antibiotic kelas dan rejimen, efektivitas biaya, bakteri agen yang paling mungkin menyebabkan infeksi dan local pola kerentanan di rumah sakit dan di masyarakat. Sampel kultur bakteri seharusnya diperoleh sebelum memulai

terapi antibiotik, tetapi ini seharusnya tidak mencegah administrasi yang cepat antibiotik. Selain itu, pilihan antiseptic dan antibiotik harus dipandu untuk menghindari efek samping. Idealnya, penggunaan antimikroba dalam pengaturan apa pun harus diinformasikan oleh resistensi lokal atau nasional data surveilans dan pedoman pengobatan (Webb & Sherburn, 2014)

Konsultasi teknis WHO mengadopsi 20 rekomendasi yang mencakup pertanyaan-pertanyaan yang diprioritaskan terkait dengan pencegahan dan pengobatan ibu infeksi peripartum. Aspek pencegahan dari rekomendasi difokuskan pada penggunaan rutin minor prosedur (misalnya pencukuran perineum/kemaluan), antiseptic agen untuk persalinan pervaginam dan caesar, dan antibiotic profilaksis untuk mencegah infeksi bakteri di kondisi rawan infeksi dan prosedur kebidanan ketuban pecah sebelum persalinan, mekonium bercampur cairan ketuban, tindakan manual plasenta, persalinan pervaginam operatif dan operasi caesar (Webb & Sherburn, 2014)

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2007) dan National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (2007) merekomendasikan pedoman bagi profesional kesehatan untuk diikuti saat merawat wanita selama periode intrapartum dan postnatal. Tindakan intrapartum yang disorot termasuk penggunaan episiotomi yang terbatas, penjahitan segera semua robekan (kecuali robekan tingkat pertama yang tidak berdarah), bahan jahitan, standar teknik penjahitan, prosedur penjahitan aseptik, dan penggunaan antibiotik profilaksis untuk cedera sfingter anal kebidanan (OASIS). Langkah-langkah pada periode postpartum meliputi pemeriksaan rutin trauma perineum oleh bidan untuk mengidentifikasi tanda-tanda infeksi, dan pendidikan ibu tentang kebersihan perineum, diet, dan latihan dasar panggul (NICE, 2007; 2008 dan Johnson et al., 2012)

Rekomendasi praktek klinis Untuk meminimalkan efek infeksi luka perineum, profesional kesehatan harus memprioritaskan kunjungan pascakelahiran untuk mendukung ibu agar bisa memberdayakan diri terkait perawata luka perenium dengan memberikan nasihat terus tentang kebersihan perineum menjaga luka tetap kering dan bersih, dengan mandi secara teratur, dan untuk memastikan kebersihan tangan yang baik dan pengganti pembalut secara teratur untuk menghindari kontaminasi perineum serta diet yang baik, latihan dasar panggul.

Oleh karena itu, wanita dengan persalinan dengan alat, ketuban pecah lama dan episiotomi harus diperiksa luka perineumnya oleh bidan selama

kunjungan postnatal mereka untuk mencari tanda-tanda infeksi, memastikan tindakan pencegahan untuk mengurangi infeksi luka seperti memastikan lingkungan aseptik untuk semua persalinan pervaginam yang dibantu. Harus ada rujukan segera ke dokter umum, triase rumah sakit atau klinik perineum jika penanda infeksi luka terbukti (Johnson et al., 2012 dan Webb & Sherburn, 2014)

H. Komplikasi

Selain infeksi, komplikasi luka perenium seperti perlengketan dan area jaringan granulasi berlebihan dapat timbul dan menyebabkan morbiditas jangka panjang, yang dapat berdampak buruk pada kesejahteraan fisik, psikososial, dan seksual wanita (Webb & Sherburn, 2014)

Beberapa faktor sistemik dapat menunda penyembuhan, seperti anemia, pola makan yang buruk, merokok, dan kondisi kesehatan yang mendasarinya. (Webb & Sherburn, 2014)

Komplikasi persalinan terkait trauma perineum

1. Nyeri perineum
2. Infeksi
3. Dehisensi luka—sebagian atau seluruhnya
4. Adhesi
5. Area jaringan granulasi berlebihan
6. Depresi pasca kelahiran—gangguan menyusui dan gangguan ikatan
7. Morbiditas jangka panjang
8. Dispareunia
9. Masalah psikoseksual—perubahan citra tubuh atau rasa malu, atau keduanya
10. Sakit syaraf
11. Disfungsi urin
12. Inkontinensia feses atau flatus, atau keduanya
13. Prolaps organ panggul
14. Implikasi finansial—keterlambatan untuk kembali bekerja
15. Takut akan persalinan pervaginam berulang (Webb & Sherburn, 2014)

Apa dampak trauma perineum terkait persalinan pada fungsi seksual? Nyeri perineum, dispareunia terkait, dan gangguan dorongan seksual dapat berlanjut hingga enam bulan setelah trauma perineum terkait persalinan dan kadang-kadang hingga tiga tahun. Waktu yang disarankan untuk dimulainya

kembali aktivitas seksual dan hubungan seksual bervariasi tergantung pada negara, pola budaya, dan kepercayaan.

Apa peran latihan otot dasar panggul untuk wanita dengan trauma perineum? Rekomendasi untuk latihan otot dasar panggul terstruktur selama periode antenatal dan setelah persalinan pervaginam operatif, terkait dengan trauma perineum.

Penatalaksanaan awal trauma perineum menyangkut "RICE"—Istirahat, Es, Kompresi, dan Latihan. Kontraksi dan relaksasi otot dini meningkatkan penyembuhan dengan revaskularisasi serat otot yang rusak, promosi faktor pertumbuhan otot, dan resorpsi jaringan ikat jaringan parut. Oleh karena itu, aktivasi otot dasar panggul harus dimulai dalam 24 jam setelah lahir untuk meningkatkan penyembuhan jaringan lunak. Meskipun demikian, latihan otot dasar panggul yang aktif mungkin tidak dapat dilakukan selama beberapa hari setelah perbaikan perineum. Rehabilitasi tahap selanjutnya dari dasar panggul kemudian mengikuti prinsip-prinsip pelatihan ulang otot untuk mencocokkan pelatihan dengan fungsi yang dibutuhkan dari dasar panggul. Tujuan latihan otot dasar panggul setelah trauma perineum adalah untuk membangun kembali otot dasar panggul yang berfungsi penuh yang mampu berkontraksi dan rileks sesuai keinginan, memiliki daya tahan untuk bertahan selama aktivitas yang berkepanjangan, dan memiliki kekuatan yang sesuai (Webb & Sherburn, 2014)

I. SOAP

Langkah I (Pengumpulan Data)

Pada studi kasus ini dilakukan pengkajian pada Ny "N". Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan yang dilakukan pada Ny "S" dengan Nyeri Luka Jahitan Perineum hari pertama masa nifas ditemukan data ibu dengan adanya ruptur perineum karena posisi ibu yang kurang baik dan benar, pada saat meneran dimana ibu sudah dipimpin mengedan dengan baik. Setelah kala II berakhir dilakukan manajemen aktif kala III, setelah plasenta lahir utuh dan lengkap, dilakukanlah penjahitan luka perineum dengan anastesi, penjahitan menggunakan benang plain catgut ukuran 2/0. Penjahitan pada mukosa vagina menggunakan teknik jelujur, sementara pada perineum menggunakan teknik satu-satu dengan jumlah jahitan sebanyak 4 dengan jarak setiap jahitan adalah 1 cm dan jarak antara jahitan terakhir dengan pangkal luka adalah 0,5 cm. Penjahitan dilakukan oleh bidan. Didapatkan keadaan umum ibu baik,

kesadaran komosmentis, ekspresi ibu tampak meringis apabila bergerak. Pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 kali/menit dan teratur, pernafasan 22 kali/menit, suhu 36,6°C. Pemeriksaan fisik pada wajah ibu tidak ditemukan oedema, tidak pucat dan ibu tampak meringis, konjungtiva tampak merah muda dan sklera tidak ikterus, payudara simetris kiri dan kanan, putting susu menonjol, tampak hiperpigmentasi areola mammae, tidak ada nyeri tekan dan terdapat pengeluaran colostrum. Tidak ada luka bekas operasi, tampak linea nigra dan striae livide, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar). Pada vulva dan perineum tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lochea rubra, terdapat luka jahitan yang masih lembab dan tidak berbau serta ekstremitas tidak ada varices dan tidak ada oedema. Pada kasus Ny "S" data yang diperoleh tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus yang ditemukan.

Langkah II (Identifikasi Diagnosa atau Masalah Aktual)

Kasus yang dialami oleh Ny "S", Pasien mengeluh merasakan nyeri pada jahitan bekas robekan pada jalan lahir pada saat setelah melahirkan. Persalinan ibu adalah persalinan anak pertama, dari hasil pemeriksaan vulva dan perineum didapatkan jahitan bekas robekan secara spontan pada perineum ibu, keadaan luka tersebut masih lembab, jahitan masih dalam keadaan basah, kondisi luka tidak menunjukkan adanya oedema dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka perineum seperti adanya pus/nanah, bau busuk dan suhu sekitar luka lebih tinggi dari pada suhu tubuh ibu. Pada hari pertama sampai hari kedua masa nifas sangatlah rentan akan terjadinya infeksi, karena pada waktu inilah luka masih dalam keadaan lembab dan keadaan luka masih basah diakibatkan karena lochea yang keluar dari jalan lahir akan melewati luka tersebut. Infeksi nifas yaitu infeksi bakteri pada dan melalui traktus genetalia yang terjadi sesudah melahirkan, ditandai dengan kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama. Dengan demikian penerapan tinjauan teori pada studi kasus Ny "S" tidak temukan kesenjangan antara teori dengan kasus yang ditemukan.

Langkah III (Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial)

Berdasarkan kasus Ny "S" saat ini dengan nyeri luka perineum akibat rusaknya otototot dari terjadinya robekan secara spontan, terdapat pegeluaran

lochea pada jalan lahir, hal inilah yang dapat memicu terjadinya infeksi luka perineum. Vagina merupakan organ terbuka yang mudah dimasuki kuman dan mengakibatkan terjadinya infeksi berdasarkan data yang ada pada studi kasus Ny "S" dapat diidentifikasi masalah potensial yaitu antisipasi terjadinya infeksi. Dengan demikian penerapan teori dan manajemen asuhan kebidanan pada studi kasus Ny "S" nampak ada persamaan dan tidak ditemukan adanya kesenjangan.

Langkah IV (Tindakan Emergency atau Kolaborasi)

Berdasarkan kasus Ny "S" selama pemantauan, masa nifas ibu berjalan normal dan tidak ada komplikasi yang menyertai sehingga tidak diperlukan adanya tindakan segera atau emergency.

Langkah V (Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh)

Berdasarkan kasus yang terjadi pada Ny "S" yaitu memberitahu ibu penyebab dari nyeri yang dirasakan oleh ibu, nyeri pada luka perineum disebabkan oleh karena terputusnya jaringan atau otot-otot perineum akibat terjadinya robekan baik disengaja maupun robekan spontan maka aliran darah pada jaringan tersebut terhambat dan mengantarkan respon nyeri ke hypothalamus dan presepsikan ke saraf perifer dan menimbulkan nyeri Rencana asuhan yang diberikan adalah memberitahu ibu penyebab dari nyeri yang dirasakan oleh ibu selain menjelaskan penyebab nyeri yang dirasakannya, dilakukan pula observasi kontraksi uterus karena dengan mengobservasi kontraksi uterus yang baik merupakan salah satu upaya pencegahan postpartum yang diakibatkan oleh atonia uteri dan memperlambat proses involusi. Observasi pengeluaran lochea yang merupakan cairan ekskresi selama nifas juga hal penting yang harus dilakukan. Pengeluaran lochea ini menjadi salah satu tanda berjalannya proses involusi uterus. Melakukan perawatan luka perineum dapat mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat proses penyembuhan. Luka perineum merupakan rusaknya jaringan otot-otot perineum, dimana luka tersebut berada di daerah yang lembab dan rentan akan masuknya kuman. Adapun tanda-tanda infeksi pada luka perineum ialah pada luka jahitan terdapat pus/nanah, adanya bau busuk, suhu perineum lebih hangat dari suhu sekitarnya. Berdasarkan kasus Ny "S" bidan melakukan pemberian obat analgetik, antibiotik dan multi vitamin sebagai upaya untuk mencegah terjadinya infeksi. Obat analgetik dapat mengurangi rasa nyeri yang

dialami ibu dan obat antibiotik dapat menghambat mikroba atau jenis lain penyebab infeksi. Serta dengan pemberian zat besi pada ibu nifas karena di masa nifas kebutuhan Fe meningkat akibat kehilangan darah pada saat proses persalinan (Saleha, 2013:131-132).

Langkah VI (Implementasi)

Berdasarkan kasus yang terjadi pada Ny "S" Kunjungan di rumah sakit dilakukan sebanyak tiga kali yaitu pada tanggal 24 Juli 2023 didapatkan nyeri yang dirasakan ibu dalam kategori nyeri berat terkontrol dimana ibu masih respon terhadap tindakan, sifat nyeri lebih terasa jika banyak bergerak. Asuhan yang diberikan yaitu menjelaskan penyebab nyeri yang dirasakan, menganjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi, selalu menjaga kebersihan diri (Personal hygiene). Hari kedua tanggal 25 Juli 20123 setelah dilakukan implementasi didapatkan nyeri yang dirasakan ibu dalam kategori nyeri sedang, ibu belum dapat beraktivitas seaktif biasanya. Asuhan yang diberikan yaitu menganjurkan ibu untuk tetap melakukan teknik relaksasi dan mobilisasi untuk mengurangi rasa nyeri dan pada hari ketiga kunjungan rumah sakit tanggal 26 Juli 2013 hasil ibu sudah mampu beradaptasi dengan nyeri yang di rasakan dan selain mengobservasi keadaan ibu tambahan informasi yang diberikan yaitu perawatan bayi, anjuran untuk tidak melakukan hubungan seksual selama 6 minggu, konseling KB. Kunjungan dilanjutkan ke rumah ibu dilakukan sebanyak empat kali dimulai pada tanggal 29 Juli 2023-03 September 2023 hasil keadaan ibu kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital dalam batas normal mengobservasi tinggi fundus uteri, kontraksi uterus dan pengeluaran lochea. Mengajarkan ibu massase fundus, personal hygiene terutama vulva hygiene, health education, anjuran untuk makan makanan bergizi untuk mempercepat proses penyembuhan dan berkaitan dengan produksi ASI, melakukan teknik relaksasi, mobilisasi dan menyusui anaknya agar membantu proses involusi uterus, anjuran untuk tidak melakukan hubungan seksual selama 6 minggu, konseling KB, pemberian support dari keluarga khususnya suami sangat penting untuk membantu proses adaptasi terkait nyeri yang dirasakan ibu dan selalu mengingat dan berserah diri kepada Allah SWT dengan cara berdoa dan mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an. Adapun beberapa tambahan asuhan yang diberikan yaitu perawatan bayi baru lahir serta jadwal pemberian imunisasi.

Langkah VII (Evaluasi)

Pada kasus Ny "S" dari hasil evaluasi setelah asuhan kebidanan yang dilaksanakan selama 42 hari dengan 7 kali kunjungan pada kasus nyeri luka jahitan perineum yang dialami Ny "S" yakni pada tanggal 24 Juli 2023 sampai dengan tanggal 26 Juli 2023 dilakukan di rumah sakit dan kunjungan rumah pada tanggal 29 Juli 2023 sampai dengan berakhirnya masa nifas tanggal 03 September 2023 tidak di temukan adanya komplikasi yang signifikan dan hasil yang didapatkan setelah dilakukan implementasi secara keseluruhan ibu mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan ditandai dengan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik lainnya dalam batas normal dan ekspresi ibu tampak ceria. Hal ini sesuai dengan manajemen asuhan sesuai dengan teori dan sesuai dengan wewenang bidan.

J. Soal Vignette

1. Seorang perempuan berumur 32 tahun datang ke Poli Kebidanan RS dengan keluhan rasa sakit dibagian luka jahitan sejak setelah bersalin 3 Hari yang lalu. Riwayat makanan ibu pantang makanan ikan dan telur. Keluhan disertai badan tidak sehat. KU baik, CM, TD 100/ 80 mmhg, N 105 x/ menit, S 38 0C, P 25x/menit. Pemeriksaan fisik pasien ada odema, pembentukan abses, dehisensi luka jahitan perenium. Hasil pemeriksaan laboratorium jumlah leukosit $> 17 \times 10^9/l$.

Apakah diagnosa pada kasus di atas

- A. Infeksi luka jahitan nifas
- B. Parametritis
- C. Tromboflebitis
- D. Peritonitis
- E. Endometritis

2. Hasil pemeriksaan ibu post partum di Puskesmas PONED, saat kunjungan nifas ibu menunjukkan adanya peningkatan rasa sakit. Hasil pemeriksaan adanya pembengkakan, kehilangan darah yang lebih banyak, dan keluarnya cairan berbau menyengat divagina. KU baik, CM, TD 110/ 70 mmhg, N 107 x/ menit, S 38.5 0C, P 27x/menit. Riwayat persalinan spontan dengan bidan kemudian dirujuk ke puskesmas karena adanya perlengketaan plasenta.

Tindakan apa yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Penilaian luka perenium menggunakan Alat REEDA
- B. Memberikan therapy antibiotik
- C. Melakukan penjahitan ulang

- D. Membersihkan luka jahitan
E. Memberikan obat analgetic
3. Seorang perempuan berumur 26 tahun datang ke PMB dengan keluhan nyeri luka jahitan saat bergerak dan merasa demam. Ibu dengan Riwayat persalinan 1 hari yang lalu dengan luka rupture perenium derajat III. Hasil pemeriksaan KU baik, CM, TD 100/ 70 mmhg, N 107 x/ menit, S 38,3 °C, P 25x/menit. Pemeriksaan fisik pasien pada perenium ada odema, kemerahan. Pendidikan kesehatan apa yang paling tepat pada kasus di atas?
- A. Menjaga Kesehatan ibu dengan istirahat cukup
 - B. Menjaga kebersihan kemaluan terutama dibagian jahitan perenium
 - C. Tetap memberikan ASI pada bayi sesuai kemauan bayi
 - D. Menjelaskan gizi seimbang untuk penyembuhan luka
 - E. Lakukan aktivitas fisik yang teratur dan lembut seperti berjalan dan mulai latihan otot dasar panggul dalam 5-7 hari setelah melahirkan
4. Seorang perempuan berumur 32 tahun, P1A0 Post Partum hari ke 2, datang ke Puskesmas (mengeluh) dengan keluhan terasa sakit luka jahitan di bagian kemaluan. Hasil anamnesis: ibu susah tidur dari setelah melahirkan dan ibu peroko aktif. Hasil pemeriksaan: KU baik, CM, TD 90/70 mmHg, N 108x/menit, P 26 x /menit, S 38.2°C, ada Odema dan Pembentukan abses di perenium. Apa yang menyebabkan terjadinya infeksi pada luka perenium ibu?
- A. Kurangnya mobilisasi
 - B. Kurang menjaga kebersihan perineum
 - C. Kurang tidur dan asap perokok aktif
 - D. Kurang asupan gizi protein
 - E. Kurang sering menyusui bayinya
5. Hasil pemeriksaan ibu nifas hari ke 3 dilahirkan di Puskesmas PONED, menunjukkan ibu kesakitan pada luka jahitan di genetalinya dan pengeluaran darah nifas lebih banyak. Hasil pemeriksaan diikuti adanya pembengkakan dan keluarnya cairan berbau menyengat, 90/70 mmHg, N 100x/menit, P 24 x /menit, S 38°C. Riwayat persalinan spontan, Tindakan episiotomi mediolateral serta menggunakan catgut untuk menjahit robekan. Riwayat Ketuban pecah berkepanjangan. Bersalin di PMB, tidak ada kogawatdaruratan persalinan. Faktor resiko apa yang menyebabkan terjadinya infeksi pada kasus tersebut?
- A. Perawatan luka saat di fasilitas kesehatan
 - B. Tindakan proses persalinan

- C. Kondisi anemia pada kehamilan
- D. Kondisi Kesehatan ibu secara umum
- E. Kondisi Kesehatan bayi

Kunci Jawaban

1. A. Infeksi luka jahitan nifas
2. A. Penilaian luka perenium menggunakan Alat REEDA
3. E. Lakukan aktivitas fisik yang teratur dan lembut seperti berjalan dan mulai latihan otot dasar panggul dalam 5-7 hari setelah melahirkan
4. C. Kurang tidur dan asap perokok aktif
5. B. Tindakan proses persalinan

DAFTAR PUSTAKA

- Boyle, M. 2008 Pemulihan Luka. Jakarta :EGC
- Johnson, A., Thakar, R., & Sultan, A. H. (2012). *Obstetric perineal wound infection: is there underreporting?* 21(5).
- Mbbs, A. B. C. H., Dphil, L. L., & Dphil, M. K. (2022). birth — a secondary analysis of a randomized controlled infection following operative vaginal birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.08.037>
- Mohamed-ahmed, O., Hinshaw, K., & Knight, M. (2018). SC. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.09.005>
- Padilah, A. (2021). *FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENYEMBUHAN LUKA JAHITAN PERINEUM PADA IBU POSTPARTUM DI KLINIK HJ. DERMAWATI MEDAN.* 09(01), 93–102. file:///C:/Users/Administrator/Downloads/afrahul-fadilah-siregar.pdf
- Ratnasari, R., Yunola, S., Angraini, H., Kader, U., & Palembang, B. (2022). *Relationship of Parity, Knowledge and Anemia Status with Perineal Wound Healing in Postpartum Mothers at PMB Bukit Sangkal Palembang Working Area in 2021.* 10(2), 580–586.
- Webb, S., & Sherburn, M. (2014). *Managing perineal trauma after childbirth.* 6829(November), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmj.g6829>
- WHO. (2015). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf?sequence=1

BAB 5

ENDOMETRITIS

Bd. Tetty Junita Purba, SST, M.Kes



BAB 5

ENDOMETRITIS

Bd. Tetty Junita Purba, SST, M.Kes

A. Latar Belakang

Infeksi nifas mencakup semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman-kuman ke dalam alat-alat genital pada saat kehamilan dan persalinan. Di negara-negara berkembang dengan pelayanan kebidanan yang masih jauh dari keadaan sempurna kejadian infeksi nifas masih besar. Infeksi nifas umumnya disebabkan oleh bakteri yang dalam keadaan normal berada dalam usus dan jalan lahir.

Salah satu contoh infeksi nifas yang akan dibahas endometritis. Endometritis yaitu peradangan yang terjadi pada endometrium pada lapisan sebelah dalam. Sama-sama kita ketahui bahwa peradangan endometrium pada masa nifas diindonesia masih tinggi karena kurangnya ketelitian dan kecermatan dalam penanganan mengenai hal ini baik dalam masa kehamilan maupun persalinan.

Masih kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga personal higiene, kurangnya pengetahuan tentang dampak jangka pendek dan jangka panjang endometritis bagi ibu menjadi salah faktor atau dasar bagi penulis untuk membahas tentang infeksi nifas mengenai endometritis.

Penelitian menunjukan bahwa infeksi pasca operasi terjadi hanya 47% infeksi potensial yang terjadi pada hari ke tujuh, dengan 78% infeksi terjadi pada hari ke – 14 dan 90% terjadi setelah hari ke – 21 (Boyle M. 2007; h 113-117). Sedangkan menurut penelitian Sandy dkk, infeksi luka operasi dapat terjadi dalam waktu 30 hari ketika mikroorganisme dari kulit, bagian tubuh yang lain atau lingkungan masuk ke dalam luka insisi (Sandy FTP. 2015; h 15)

B. Definisi

1. Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang paling sering terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium.
2. Endometritis adalah suatu peradangan endometrium yang biasanya

disebabkan oleh infeksi bakteri pada jaringan (Ben-zion Tuber, 1994).

3. Endometritis adalah infeksi pada endometrium atau yang disebut lapisan dalam dari rahim. (Prof. dr. Ida Bagus).
4. Endometritis adalah infeksi pada endometrium (lapisan dalam dari rahim). (Manuaba, I.B. G., 1998)- Endometritis adalah suatu infeksi yang terjadi di endometrium, merupakan komplikasi pascapartum, biasanya terjadi 48 sampai 72 jam setelah melahirkan.
5. Endometritis adalah infeksi atau desidua endometrium, dengan ekstensi ke miometrium dan jaringan parametrial. Endometritis dibagi menjadi kebidanan dan nonobstetric endometritis. Penyakit radang panggul (PID) adalah sebuah Common nonobstetric pendahulunya dalam populasi.
6. Endometritis dapat juga terjadi karena kelanjutan dari kelahiran yang tidak normal, seperti abortus, retensi sekundinarum, kelahiran premature, kelahiran kembar, keahiran yang sukar (distokia), perlukaan yang disebabkan oleh alat-alat yang dipergunakan untuk pertolongan pada kelahiran yang sukar.

C. Etiologi

Mikroorganisme yang menyebabkan endometritis selang lain Campylobacter foetus, Brucella sp., Vibrio sp. dan Trichomonas foetus. Endometritis juga dapat diakibatkan oleh bakteri oportunistik spesifik seperti Corynebacterium pyogenes, Eschericia Coli dan Fusobacterium necrophorum. Organisme penyebab biasanya mencapai vagina pada ketika perkawinan, kelahiran, sesudah melahirkan atau menempuh sirkulasi darah.

Terdapat banyak faktor yang berkaitan dengan endometritis, adalah retensi sekundinarum, distokia, faktor penanganan, dan siklus birahi yang tertunda. Selain itu, endometritis biasa terjadi setelah perihal acinya aborsi, kelahiran kembar serta kerusakan perlintasan kelahiran sesudah melahirkan. Endometritis dapat terjadi untuk kelanjutan kasus distosia atau retensi plasenta yang mempunyai kesudahan suatu peristiwa involusi uterus pada periode sesudah melahirkan menurun. Endometritis juga sering berkaitan dengan beradanya Korpus Luteum Persisten (CLP)

D. Patogenesis

Rahim merupakan organ yang steril sedangkan di vagina terdapat banyak mikroorganisme oportunistik. Mikroorganisme dari vagina ini dapat secara asenden masuk ke rahim terutama pada ketika perkawinan atau melahirkan. Bila banyak mikroorganisme terlalu banyak dan kondisi rahim mengalami gangguan maka dapat terjadi endometritis. Perihal endometritis kemungkinan terjadi pada ketika proses persalinan yang kurang higienis sehingga banyak bakteri yang masuk seperti bakteri non spesifik (E. coli, Staphylococcus, Streptococcus dan Salmonella) maupun bakteri spesifik (Brucella sp, Vibrio foetus dan Trichomonas foetus)

E. Tanda dan Gejala Endometritis

Tanda dan gejala endometritis antara lain :

1. Peningkatan demam secara persisten hingga 40 derajat celcius. Tergantung pada keparahan infeksi.
2. Takikardia
3. Menggigil dengan infeksi berat
4. Nyeri tekan uteri menyebar secara lateral
5. Nyeri panggul dengan pemeriksaan bimanual
6. Subinvolusi
7. Lokhia sedikit, tidak berbau atau berbau tidak sedap, lokhia seropurulenta
8. Hitung sel darah putih mungkin meningkat di luar leukositosis puerperium fisiologis
9. Perdarahan pervaginam
10. Shock sepsis maupun hemoragik
11. Abdomen distensi atau pembengkakan.
12. Abnormal pendarahan vagina
13. Discomfort dengan buang air besar (sembelit mungkin terjadi)
14. Terjadi ketidaknyamanan, kegelisahan, atau perasaan sakit (malaise)

F. Klasifikasi Endometritis

1. Endometritis akuta

Terutama terjadi pada masa post partum / post abortum. Pada endometritis post partum regenerasi endometrium selesai pada hari ke-9, sehingga endometritis post partum pada umumnya terjadi sebelum hari

ke-9. Endometritis post abortum terutama terjadi pada abortus provokatus.

Pada endometritis akut, endometrium mengalami edema dan hiperemi, dan pada pemeriksaan mikroskopik terdapat hiperemi, edema dan infiltrasi leukosit berinti polimorf yang banyak, serta perdarahan-perdarahan interstisial. Sebab yang paling penting ialah infeksi gonorea dan infeksi pada abortus dan partus.

Infeksi gonorea mulai sebagai servitis akut, dan radang menjalar ke atas dan menyebabkan endometritis akut. Infeksi gonorea akan dibahas secara khusus.

Pada abortus septik dan sepsis puerperalis infeksi cepat meluas ke miometrium dan melalui pembuluh-pembuluh darah limfe dapat menjalar ke parametrium, ketuban dan ovarium, dan ke peritoneum sekitarnya. Gejala-gejala endometritis akut dalam hal ini diselubungi oleh gejala-gejala penyakit dalam keseluruhannya. Penderita panas tinggi, kelihatan sakit keras, keluar leukorea yang bernanah, dan uterus serta daerah sekitarnya nyeri pada perabaan. Sebab lain endometritis akut ialah tindakan yang dilakukan dalam uterus di luar partus atau abortus, seperti kerokan, memasukan radium ke dalam uterus, memasukan IUD (intra uterine device) ke dalam uterus, dan sebagainya. Tergantung dari virulensi kuman yang dimasukkan dalam uterus, apakah endometritis akut tetap berbatas pada endometrium, atau menjalar ke jaringan di sekitarnya.

Endometritis akut yang disebabkan oleh kuman-kuman yang tidak seberapa patogen pada umumnya dapat diatasi atas kekuatan jaringan sendiri, dibantu dengan pelepasan lapisan fungsional dari endometrium pada waktu haid. Dalam pengobatan endometritis akut yang paling penting adalah berusaha mencegah, agar infeksi tidak menjalar.

Gejalanya:

- a. Demam
- b. Lochea berbau : pada endometritis post abortum kadang-kadang keluar lochea yang purulent.
- c. Lochea lama berdarah malahan terjadi metrorrhagi.
- d. Kalau radang tidak menjalar ke parametrium atau parametrium tidak nyeri.

Penatalaksanaan:

Dalam pengobatan endometritis akut yang paling penting adalah berusaha mencegah agar infeksi tidak menjalar.

Terapi :

- a) Uterotonika.
- b) Istirahat, letak fowler.
- c) Antibiotika.
- d) Endometritis senilis perlu dikuret untuk menyampingkan corpus carsinoma. Dapat diberi estrogen.

2. Endometritis Kronika

Radang ini jarang dijumpai, namun biasanya terjadi pada wanita yang masih menstruasi. Dimana radang dapat terjadi pada lapisan basalis yang tidak terbuang pada waktu menstruasi. Endometritis kronik primaria dapat terjadi sesudah menopauase, dimana radang tetap tinggal dan meluas sampai ke bagian endometrium lain. Endometritis kronik ditandai oleh adanya sel-sel plasma pada stroma. Penyebab yang paling umum adalah Penyakit Radang Panggul (PID), TBC, dan klamidia. Pasien yang menderita endometritis kronis sebelumnya mereka telah memiliki riwayat kanker leher rahim atau kanker endometrium. Gejala endometritis kronis berupa noda darah yang kotor dan keluhan sakit perut bagian bawah, leukorea serta kelainan haid seperti menorhagia dan metrorhagia. Pengobatan tergantung dari penyebabnya.

Endometritis kronis ditemukan:

- a. Pada tuberkulosis.
- b. Jika tertinggal sisa-sisa abortus atau partus
- c. Jika terdapat korpus alineum di kavum uteri.
- d. Pada polip uterus dengan infeksi.
- e. Pada tumor ganas uterus.
- f. Pada salpingo – oofaritis dan selulitis pelvik.

Endometritis tuberkulosa terdapat pada hampir setengah kasus-kasus TB genital. Pada pemeriksaan mikroskopik ditemukan tuberkel pada tengah-tengah endometrium yang meradang menahun.

Pada abortus inkomplitus dengan sisa-sisa tertinggal dalam uterus terdapat desidua dan vili korealis di tengah-tengah radang menahun endometrium.

Pada partus dengan sisa plasenta masih tertinggal dalam uterus, terdapat peradangan dan organisasi dari jaringan tersebut disertai gumpalan darah, dan terbentuklah apa yang dinamakan polip plasenta.

Endometritis kronika yang lain umumnya akibat infeksi terus-menerus karena adanya benda asing atau polip/tumor dengan infeksi di dalam kavum uteri.

Gejalanya :

- a. Flour albus yang keluar dari ostium.
- b. Kelainan haid seperti metrorrhagi dan menorrhagi.

Terapi :

Perlu dilakukan kuretase.

G. Gambaran Klinis

Gambaran klinis dari endometritis tergantung pada jenis dan virulensi kuman, daya tahan penderita dan derajat trauma pada jalan lahir. Kadang-kadang lokhea tertahan oleh darah, sisa-sisa plasenta dan selaput ketuban. Keadaan ini dinamakan lokiometra dan dapat menyebabkan kenaikan suhu yang segera hilang setelah rintangan dibatasi. Uterus pada endometrium agak membesar, serta nyeri pada perabaan, dan lembek.

Pada endometritis yang tidak meluas penderita pada hari-hari pertama merasa kurang sehat dan perut nyeri, mulai hari ke 3 suhu meningkat, nadi menjadi cepat, akan tetapi dalam beberapa hari suhu dan nadi menurun, dan dalam kurang lebih satu minggu keadaan sudah normal kembali, lokhea pada endometritis, biasanya bertambah dan kadang-kadang berbau. Hal yang terakhir ini tidak boleh menimbulkan anggapan bahwa infeksinya berat. Malahan infeksi berat kadang-kadang disertai oleh lokhea yang sedikit dan tidak berbau.

Gambaran klinik dari endometritis:

1. Nyeri abdomen bagian bawah.
2. Mengeluarkan keputihan (leukorea).
3. Kadang terjadi pendarahan.

4. Dapat terjadi penyebaran :
 - a. Miometritis
 - b. Parametritis
 - c. Salpingitis
 - d. Ooforitis
 - e. Pembentukan penahanan sehingga terjadi abses

Menurut Varney, H (2001), tanda dan gejala endometritis meliputi:

1. Takikardi 100-140 bpm.
2. Suhu 30 – 40° celcius.
3. Menggigil.
4. Nyeri tekan uterus yang meluas secara lateral.
5. Peningkatan nyeri setelah melahirkan.
6. Sub involusi.
7. Distensi abdomen.
8. Lokea sedikit dan tidak berbau/banyak, berbau busuk, mengandung darah seropurulen.
9. Awitan 3-5 hari pasca partum, kecuali jika disertai infeksi streptococcus.
10. Jumlah sel darah putih meningkat.

H. Diagnosis

Endometritis dapat terjadi secara klinis dan subklinis. Diagnosis endometritis dapat didasarkan pada riwayat kesehatan, pemeriksaan rektal, pemeriksaan vaginal dan biopsi. Keluhan kasus endometritis biasanya beberapa kali dikawinkan tetapi tidak bunting, siklus birahi diperpanjang kecuali pada endometritis yang sangat ringan. Pemeriksaan vaginal dapat dilakukan dengan menggunakan vaginoskop dengan melihat adanya lendir, lubang leher rahim (serviks) agak terbuka dan kemerahan di daerah vagina dan leher rahim. Pada palpasi per rektal akan teraba dinding rahim agak kaku dan di dalam rahim ada cairan tetapi tidak dirasakan sebagai fluktiasi (tergantung derajat infeksi).

Secara klinis karakteristik endometritis dengan adanya pengeluaran mucopurulen pada vagina, dihubungkan dengan ditundanya involusi uterus. Diagnosa endometritis tidak didasarkan pada pemeriksaan histologis dari biopsy endometrial. Tetapi pada kondisi lapangan pemeriksaan vagina dan palpasi traktus genital per rectum adalah teknik yang sangat bermanfaat untuk diagnosa endometritis. Pemeriksaan visual atau manual pada vagina untuk

abnormalitas pengeluaran uterus adalah penting untuk diagnosa endometritis, meski isi vagina tidak selalu mencerminkan isi dari uterus. Flek dari pus pada vagina dapat berasal dari uterus, cervik atau vagina dan mukus tipis berawan sering dianggap normal. Sejumlah sistem penilaian telah digunakan untuk menilai tingkat involusi uterus dan cervik, pengeluaran dari vagina alami. Sistem utama yang digunakan adalah kombinasi dari diameter uterus dan cervik, penilaian isi dari vagina.

Sangat penting untuk dilakukan diagnosa dan memberi perlakuan pada kasus endometritis di awal periode post partum. Setiap ibu harus mengalami pemeriksaan postpartum dengan segera pada saat laktasi sebagai bagian dari program kesehatan yang rutin. Kejadian endometritis dapat didiagnosa dengan adanya purulen dari vagina yang diketahui lewat palpasi rektal. Diagnosa lebih lanjut seperti pemeriksaan vaginal dan biopsi mungkin diperlukan. Yang harus diperhatikan pada saat palpasi dan pemeriksaan vaginal meliputi ukuran uterus, ketebalan dinding uterus dan keberadaan cairan beserta warna, bau dan konsistensinya. Sejarah tentang trauma kelahiran, distosia, retensi plasenta atau vagina purulenta saat periode postpartum dapat membantu diagnosa endometritis. Pengamatan oleh inseminator untuk memastikan adanya pus, mengindikasikan keradangan pada uterus. Sejumlah kecil pus yang terdapat pada pipet inseminasi dan berwarna keputihan bukanlah suatu gejala yang mangarah pada endometritis.

Keradangan pada cervix (cervicitis) dan vagina (vaginitis) juga mempunyai abnormalitas seperti itu. Bila terdapat sedikit cairan pada saat palpasi uterus, penting untuk melakukan pemeriksaan selanjutnya yaitu dengan menggunakan spekulum. Untuk beberapa kasus endometritis klinis atau subklinis, diagnosa diperkuat dengan biopsy uterin. Pemeriksaan mikroskopis dari jaringan biopsy akan tampak adanya peradangan akut atau kronik pada dinding uterus. Pemeriksaan biopsi uterin dapat untuk memastikan terjadinya endometritis dan adanya organisme di dalam uterus. Tampak daerah keradangan menunjukkan terutama neutrofil granulocyte dan dikelilingi jaringan nekrosis dengan koloni coccus.

Cara sederhana juga adalah dengan melakukan pemeriksaan manual pada vagina dan mengambil mukus untuk di inspeksi. Keuntungan teknik ini adalah murah, cepat, menyediakan informasi sensory tambahan seperti deteksi laserasi vagina dan deteksi bau dari mukus pada vagina. Satu prosedur adalah pembersihan vulva menggunakan paper towel kering dan bersih, sarung

tangan berlubrican melalui vulva ke dalam vagina. Pinggir, atas dan bawah dinding vagina dan os cervik eksterna dipalpasi dan isi mukus vagina diambil untuk diperiksa. Tangan biasanya tetap di vagina untuk sekurangnya 30 detik. Pemeriksaan vagina manual telah sah dan tidak menyebabkan kontaminasi bakteri uterus, menimbulkan phase respon protein akut atau menunda involusi uterus. Tetapi operator sadar bahwa vaginitis dan cervicitis mungkin memberikan hasil yang salah. Vaginoscopy dapat dilakukan dengan menggunakan autoclavable plastik, metal atau disposable foil- lined cardboard vaginoscope, yang diperoleh adalah inspeksi dari isi vagina. Tetapi mungkin ada beberapa resistensi menggunakan vaginoscop karena dirasa tidak mudah, potensial untuk transmisi penyakit dan harganya. Alat baru untuk pemeriksaan mukus vagina terdiri dari batang stainless steel dengan hemisphere karet yang digunakan untuk mengeluarkan isi vagina.

I. Komplikasi

Komplikasi yang potensial dari endometritis adalah sebagai berikut:

1. Luka infeksi

Infeksi luka biasanya terjadi pada hari kelima pasca operasi sebagai demam menetap meskipun pasien mendapat terapi antimikroba yang adekuat. Biasanya dijumpai eritema, indurasi, dan drainase insisi.

2. Karena peritonitis

Peritonitis pasca sesar mirip dengan peritonitis bedah, kecuali rigiditas abdomen biasanya tidak terlalu mencolok karena peregangan abdomen yang berkaitan dengan kehamilan. Nyeri mungkin hebat. Jika infeksi berawal di uterus dan meluas hanya ke peritonium di dekatnya (peritonitis panggul), terapi biasanya medis. Sebaliknya peritonitis abdomen generalisata akibat cedera usus atau nekrosis insisi uterus, sebaiknya diterapi secara bedah.

3. Parametrial phlegmon

Pada sebagian wanita yang mengalami metritis setelah sesar, terjadi selulitis parametrium yang intensif. Hal ini menyebabkan terbentuknya daerah indursi yang disebut flegmon, di dalam lembar-lembar ligamentum latum (parametria)atau dibawah lipatan kandung kemih yang berada di atas insisi uterus. Selulitis ini umumnya unilateral dan dapat meluas ke lateral ke dinding samping panggul. Infeksi ini harus dipertimbangkan jika

demam menetap setelah 72 jam meskipun pasien sudah mendapat terapi untuk endomiometritis pasca sesar.

4. Panggul abses

Flegmon parametrium dapat mengalami supurasi, membentuk abses ligamentum latum yang fluktuatif. Jika abses ini pecah, dapat timbul peritonitis yang mengancam nyawa. Dapat dilakukan drainase abses dengan menggunakan tuntunan computed tomography, kolpotomi, atau melalui abdomen, bergantung pada lokasi abses.

5. Abses subfasia dan Terbukanya jaringan parut uterus

Kompilaksi serius endometritis pada wanita yang melahirkan sesar adalah terbukanya insisi akibat infeksi nekrosis disertai perluasan ke dalam ruang subfasia di sekitar dan akhirnya pemisahan insisi fasia. Hal ini bermanifestasi sebagai drainase subfasia pada wanita dengan demam lama. Di perlukan eksplorasi bedah dan pengangkatan uterus yang terinfeksi.

6. Septik panggul thrombophlebitis

Di dahului oleh infeksi bakteri di tempat implantasi plasenta atau insisi uterus. Infeksi dapat meluas di sepanjang rute vena dan mungkin mengenai vena-vena di ovarium.

J. Penatalaksanaan

1. Antibiotika ditambah drainase yang memadai merupakan pojok sasaran terapi. Evaluasi klinis dari organisme yang terlihat pada pewarnaan gram, seperti juga pengetahuan bakteri yang diisolasi dari infeksi serupa sebelumnya, memberikan petunjuk untuk terapi antibiotik.
2. Cairan intravena dan elektrolit merupakan terapi pengganti untuk dehidrasi ditambah terapi pemeliharaan untuk pasien-pasien yang tidak mampu mentoleransi makanan lewat mulut. Secepat mungkin pasien diberikan diit per oral untuk memberikan nutrisi yang memadai.
3. Pengganti darah dapat diindikasikan untuk anemia berat dengan post abortus atau post partum.
4. Tirah baring dan analgesia merupakan terapi pendukung yang banyak manfaatnya.
5. Tindakan bedah: endometritis post partum sering disertai dengan jaringan plasenta yang tertahan atau obstruksi serviks. Drainase lokia yang memadai sangat penting. Jaringan plasenta yang tertinggal dikeluarkan

dengan kuretase perlahan-lahan dan hati-hati. Histerektomi dan salpingo – oofaringektomi bilateral mungkin ditemukan bila klostridia telah meluas melampaui endometrium dan ditemukan bukti adanya sepsis sistemik klostridia (syok, hemolisis, gagal ginjal)

K. SOAP

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. M USIA 30 TAHUN P4A0 POSTPARTUM 6 HARI DENGAN ENDOMETRITIS

Tanggal Masuk	: 08-04-2020
Tgl Pengkajian	: 08-04-2020
Tempat	: Klinik
Pengkaji	: Bidan

1. Pengumpulan Data

1) BIODATA/IDENTITAS

Nama Pasien	: Ny. M	Nama Suami	: Tn.J
Umur	: 30 Tahun	Umur	: 33Tahun
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen
Suku/bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/bangsa	: Batak/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta

2) ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Keluhan utama/Alasan utama masuk : Ibu postpartum dengan keluhan demam dan nyeri di perut bagian bawah, keluar darah yang berbau busuk dari daerah kemaluan.
2. Riwayat menstruasi :

Menarche	: 13 tahun
Siklus	: 28 -30 hari
Lamanya	: 4 - 5 hari
Banyaknya	: 2x ganti doek /hari
Disminore	: Ada
Keluhan lain	: Tidak ada
Teratur	: Tidak ada
Sifat darah	: Berbau

3. Riwayat kehamilan / persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl Lahir/ Umur	UK	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
				Ibu	Bayi	PB/BB/JK	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	9 thn	36 minggu	Bidan	-	-	50 cm/3200 gr/LK	Baik	Baik	Baik
2	6 thn	34 minggu	Bidan	-	-	48 cm/3400 gr/LK	Baik	Baik	Baik
3	3 thn	36 minggu	Bidan	-	-	49 cm/3200 gr/PR	Baik	Baik	Baik
4	6 hr	36 minggu	Bidan	-	-	50 cm/3300 gr/LK	Baik	Baik	Baik

4. Riwayat persalinan

P4A0

UK : 36 Minggu

Tanggal/Jam persalinan : 2-4-2018 Jam : 10.30 WIB

Tempat persalinan : Klinik

Penolong persalinan : Bidan

Jenis persalinan : Spontan

● Komplikasi persalinan

Ibu : Tidak ada

Bayi : Tidak ada

Ketuban pecah : Spontan

Keadaan plasenta : Baik

Tali pusat : Baik

● Lama persalinan

Kala I : 8 Jam

Kala II : 30 Menit

Kala III : 15 Menit

Kala IV : 2 Jam

● Jumlah perdarahan

Kala I : 70 cc

Kala II : 150cc

Kala III : 150 cc

Kala IV : 150 cc

Selama operasi : Tidak ada

● Bayi

- BB : 3300 gr
 PB : 50 Cm
 Apgar Score : 8/9
 Cacat bawaan : tidak ada
 Masa gestasi : 36 minggu
5. Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/yang lalu
- Jantung : Tidak ada
 Hipertensi : Tidak ada
 Diabetes melitus : Tidak ada
 Malaria : Tidak ada
 Ginjal : Tidak ada
 Asma : Tidak ada
 Hepatitis : Tidak ada
 Riwayat operasi abdomen/sc : Tidak ada
6. Riwayat penyakit keluarga
- Hipertensi : Tidak ada
 Diabetes melitus : Tidak ada
 Asma : Tidak ada
 Lain – lain : Tidak ada
7. Riwayat KB :
8. Riwayat sosial ekonomi dan psikologi
- Status perkawinan : sah
 Kawin : 1 kali
 Lama nikah : 10 tahun,
 Menikah pertama pada umur 20 tahun Kehamilan ini direncanakan/tidak : direncanakan
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan: senang
 Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami
 Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS
 Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas: tidak ada
9. Activity daily living
- a. Pola makan dan minum
- Frekuensi : 3x/hari
 Jenis makanan : Nasi+lauk pauk
 Porsi : 1 Piring
 Pantang /keluhan : Tidak ada
- b. Pola istirahat
- Tidur siang : + 1,5jam/hari
 Tidur malam : + 8 jam/hari
- c. Pola eliminasi

BAK	:+8-9x /hari
Konsistensi	: Cair , Warna: Khas
BAB	:+1x/hari
Konsistensi	: Lembek , Warna : Khas
d. Personal hygiene	
Mandi	:2 x/hari
Ganti pakaian/pakaian dalam	:+ 2 x / hari atau kapan ibu merasa tidak nyaman.
e. Pola aktivitas	
Pekerjaan sehari-hari	: IRT
Keluhan	: Tidak ada
Menyusui	: Aktif
Keluhan	: Tidak ada
Hubungan seksual	: Tidak ada
Hubungan seksual terakhir	: Tidak ada
f. Kebiasaan hidup	
Merokok	: Tidak ada
Minum-minuman keras	: Tidak ada
Obat terlarang	: Tidak ada
Minum jamu	: Tidak ada

3) DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
Status Emosional	: Stabil
Tanda vital	: Sign
Tekanan Darah	: 110/80 mmHg
Pernapasan	: 22 x/menit
Nadi	: 100 x/menit
T	: 38,8 0 C
TB	: 152 cm
BB	: 56 kg
2. Pemeriksaan fisik

Postur tubuh	: Normal
Kepala	: Simetris
Mata	: Simetris, Conjungtiva :
Merah muda sklera	: Tidak ikterik
Wajah	: Bersih Cloasma: Tidak ada Oedema : Tidak ada

Hidung : Bersih Polip : Tidak ada peradangan
Mulut dan gigi : Bersih tidak ada caries
Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tiroid
Payudara
Bentuk : Simetris
Putting susu : Menonjol
Areola mamae : Hiperpigmentasi
Pengeluaran kolostrum : +/+

- Palpasi
 - Colostrum : +/+
 - Benjolan : Tidak ada
 - Abdomen
- Inspeksi
 - Bekas luka / operasi : Tidak ada
- Palpasi
 - TFU : Pertengahan pusat – shympisis
 - Kontraksi uterus : Baik
 - Kandung kemih : Kosong
- Genitalia
 - Varises : Tidak ada
 - Oedema : Tidak ada
 - Pembesaran kelenjar bartolin : Tidak ada
 - Pengeluaran pervaginam : Lochea purulenta
 - Bau : Berbau busuk
 - Anus : Tidak ada hemorhoid
- Ekstremitas
 - Tangan dan kaki : Simetris
 - Oedema Pada tungkai bawah : Tidak ada
 - Varices : Tidak ada
 - Pergerakan : Aktif
 - Perkus : +/+

4) PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : -
Jenis pemeriksaan : -
Hasil : Tidak dilakukan

5) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ny. M umur 30 Tahun P4 A0 post partum 6 hari dengan Endometritis
Data Dasar

DS :

- Ibu mengatakan melahirkan anak keempat 6 hari yang lalu dan tidak pernah keguguran.
- Ibu mengatakan melahirkan 6 hari yang lalu.
- Ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah
- Ibu mengatakan keluar pervaginam yang berbau

DO :

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Status Emosional : Stabil

Tanda vital Sign

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

RR : 22 x/menit

Nadi : 100 x/menit

T : 38,8 0 C

TB : 152 cm

BB : 56 kg

- Pengeluaran pervaginam : Lochea Purulenta
- Bau : Berbau Busuk
- Masalah : Perut ibu masih nyeri, lochea berbau busuk
- Kebutuhan :
 - Anjurkan ibu untuk istirahat.
 - Pemberian Terapi pada ibu
 - Pantau TTV

6) Identifikasi Masalah Potensial

- Infeksi pada suluran kencing
- Sepsis

7) Tindakan Segera dan Kolaborasi

Tidak ada

8) Intervensi

No	Intervensi	Rasional
1	Beritahu ibu keadaan dan hasil pemeriksaanya	Agar ibu mengetahui keadaanya saat ini
2	Memberitahu pada ibu mengenal penyakit Endometritis	Agar ibu mengetahui apa yang sedang deritanya

3	Pantau TTV pada ibu	Untuk memastikan apakah TTV ibu masih dalam keadaan normal
4	Beri Terapi obat sesuai dengan keadaan ibu	Mengurangi rasa sakit yang dirasakan ibu
5	Mengajarkan ibu tentang teknik personal hygiene	Agar tidak terjadi infeksi yang mendalam
6	Beri ibu makan dan minum	Sebagai sumber energi dan mencegah dehidrasi
7	Pantau pengeluaran Lochea	Agar dapat mengetahui keadaan pengeluaran pervaginam
8	Kaji uterus pada ibu	Agar dapat mengkaji tingkat nyeri yang dialami ibu

9) Implementasi

Tgl/Pukul	Tindakan	Paraf
8-4-2018 14.20 Wib	Memberitahu ibu keadaan dan hasil pemeriksannya. Keadaan : baik Kesadaran : comosmentis TTV : TD :110/80 mmHg, HR : 100 x / i, RR : 22 x/i, Temp : 38,8 o C Ev : Ibu sudah mengetahui kondisinya saat ini	
14.40 Wib	Membersihkan dan mengajarkan ibu bagaimana cara merawat atau menjaga personal hygiene. Yaitu dengan cara mengelap dari depan ke belakang, mengganti pakaian dalam yang basah atau lembab agar tidak terjadinya infeksi lain. Ev : Ibu mengatakan ia sudah mengerti dan akan melaksanakannya	
15.00 Wib	Memberikan ibu terapi obat antibiotik Ampisilin500 mg per oral 4 kali/ hari selama 10 hari Dan obat penurun demam seperti PCT Ev : Ibu mengatakan bersedia meminum obat atau therapy yang telah dianjurkan	
15.20 Wib	Memantau pengeluaran lochea dan menilai bau lochea Ev : Lochea yang keluar merupakan lochea purulenta dan lochea berbau busuk	
15.40 Wib	Mengkaji uterus dan menilai rasa nyeri yang dialami oleh ibu Ev : Ibu mengatakan masih ada rasa nyeri di perut bagian Bawah	

10) Evaluasi

S :

- Ibu mengatakan telah mengetahui keadaannya saat ini.
- Ibu mengatakan nyeri masih terasa

- Ibu mengatakan masih merasakan demam
- O :**
 - keadaan umum : Baik.
 - kesadaran : Composmentis
 - TTV
 - TD : 110/80mmHg
 - RR : 22 kali/menit
 - HR : 100 kali/menit
 - T : 38,5 oC
 - pengeluaran pervaginam : Locea purulenta (berbau)

A :

Diagnosa : Ibu P4 A0 Post Partum 6 hari dengan Endometritis.

Masalah : Belum teratasi.

P :

- Pantau TTV
- Tetap pantau pengeluaran Lochea
- Mengajurkan ibu untuk istirahat dan tidur miring ke kiri
- Lakukan Rujukan

2. Pembahasan

a) Identifikasi masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Berdasarkan pada kasus ini nifas Ny. M dengan endometritis, masalah yang akan timbul yaitu infeksi saluran kencing. Untuk mengatasi masalah tersebut ibu membutuhkan informasi mengenai keadaannya, menjelaskan tentang endometritis, anjurkan ibu untuk istirahat dan menjaga personal hygiene.

b) Pembahasan masalah

Pada pembahasan ini, penulis akan menguraikan mengenai pembahasan kasus yang telah diambil tentang kesenjangan yang ada, dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut verney mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Pembahasan ini dilakukan agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada ibu nifas dengan endometritis.

L. Soal Vignette

1. Seorang Perempuan berumur 28 tahun, P1AO nifas 6 hari yang lalu di tolong oleh dukun datang ke PMB dengan keluhan badan terasa panas, nyeri perut bagian bawah, dan mengeluarkan cairan kental, berbau dari vagina. Hasil pemeriksaan TD : 90/70 mmHg, S:39 Derajat Celcius, R : 20 x/menit, N : 110 x/menit, TFU 1 jari di bawah pusat. Apakah diagnosa dari kasus tersebut?
 - A. Peritonitis
 - B. Endometriosis
 - C. Vulvitis
 - D. Endometritis**
 - E. Vaginitis
2. Seorang Perempuan berumur 28 tahun, P1AO nifas 6 hari yang lalu di tolong oleh dukun datang ke PMB dengan keluhan badan terasa panas, nyeri perut bagian bawah, dan mengeluarkan cairan kental, berbau dari vagina. Hasil pemeriksaan TD : 90/70 mmHg, S:39 Derajat Celcius, R : 20 x/menit, N : 110 x/menit, TFU 1 jari di bawah pusat. Komplikasi apakah yang mungkin bisa terjadi pada kasus tersebut?
 - A. Syok Hemoragik
 - B. Syok Septik**
 - C. Syok Neurogenik
 - D. Syok Hipovolemik
 - E. Syok Anapilatik
3. Seorang Perempuan berumur 32 tahun, P2AO nifas hari ke 7 riwayat persalinan di dukun datang ke PMB, dengan keluhan badan terasa panas, nyeri perut bagian bawah, dan mengeluarkan cairan kental, berbau dari vagina. Hasil pemeriksaan TD : 100/70 mmHg, S:39,3 Derajat Celcius, R : 20 x/menit, N : 80 x/menit, TFU 1 jari di bawah pusat. Pemeriksaan penunjang apakah yang diperlukan pada kasus tersebut?
 - A. Haemoglobin
 - B. Hematokrit
 - C. Golongan darah
 - D. Trombosit
 - E. Leukosit**
4. Seorang Perempuan berumur 32 tahun, P2AO nifas hari ke 7 riwayat persalinan di dukun datang ke PMB, dengan keluhan badan terasa panas, nyeri perut bagian bawah, dan mengeluarkan cairan kental, berbau dari vagina. Hasil pemeriksaan TD : 100/70 mmHg, S:39,3 Derajat Celcius, R : 20 x/menit, N : 80 x/menit, TFU 1 jari di bawah pusat. Apakah Faktor penyebab kasus tersebut?

A. Multipara

B. Tempat persalinan

C. Involusi Uteri

D. Sub Involusi

E. Usia Ibu

5. Seorang perempuan berumur 20 tahun, P1A0, nifas hari ke-6, dirujuk dari puskesmas ke RS dengan kemungkinan infeksi nifas Hasil anamnesis nyeri perut bawah sejak 3 hari yang lalu riwayat persalinan dengan plasenta manual Hasil pemeriksaan. TD 100/70 mmHg. N 58x/menit. S 38 °C. P 20ment, TFU 3 jari di bawah pusat lokia purulen dan berbau. Diagnosis apa yang paling mungkin pada kasus tersebut?

A. **Endometritis**

B. Salpingitis

C. Parametitis

D. Subinvolusi

E. Servisitis

DAFTAR PUSTAKA

Ai Yeyeh Rukiah, dkk. Asuhan Kebidanan 4 (patologi). Penerbit : Trans Info Media, Jakarta 2018

Ambarwati dan Wulandari. 2017. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Ben-zion Taber, MD. Kapita selekta. *Kedaruratan Obstetri & Ginecologi*; Alih bahasa; Teddy Supriyadi; Johanes Gunawan; Editor Melfiawati S, Ed 2, Jakarta, EGC.1994

Cunningham, F G,dkk., 2018. *Obstetri Williams* Volume I. Jakarta : EGC

Departemen Kesehatan RI. 2015. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia dan Angka Kematian Ibu*. Dari <http://www.depkes.go.id> diakses pada Januari 2015

Geri, Morgan dan Carol Hamilton. 2019. *Obstetri dan Ginekologi Panduan Praktik*. Jakarta: EGC

Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. EGC: Jakarta.

Mochtar, Rustam.2016. *Synopsis Obstetri: Obstetri Fisiologis Dan Obstetric Patologis*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Notoatmodjo, S. 2017. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Prawirohardjo, Sarwono (2015). *Ilmu kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.

Sulistyawati, Ari.2019.*Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada ibu nifas*.Jogjakarta: Andi Offset

Varney, Helen., Kriebs, Jan M., & Gegor, Carolyn L. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC

BAB 6

PERDARAHAN NIFAS

Bd. Novita Br Ginting Munthe, SST, M.Keb



BAB 6

PERDARAHAN NIFAS

Bd. Novita Br Ginting Munthe, SST, M.Keb

A. Latar Belakang

Indikator kesehatan suatu negara ditentukan dengan perbandingan tinggi rendahnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Indonesia dilingkungan ASEAN merupakan negara dengan angka kematian ibu tertinggi, yang berarti kemampuan negara memberikan pelayanan kesehatan masih memerlukan perbaikan yang bersifat menyeluruh dan lebih bermutu (Manuaba, 2007).

Perdarahan post partum bukanlah suatu diagnosis akan tetapi suatu kejadian yang harus dicari penyebabnya. Misalnya perdarahan post partum karena atonia uteri, perdarahan post partum oleh karena robekan jalan lahir, perdarahan post partum oleh karena sisa plasenta atau oleh karena gangguan pembekuan darah. Sifat perdarahan pada perdarahan post partum bisa banyak, bergumpal-gumpal sampai menyebabkan syok atau terus merembes sedikit demi sedikit tanpa henti (Sarwono, 2008).

Perdarahan, khususnya perdarahan post partum yang disebabkan karena retensio sisa plasenta dimana tertinggalnya sisa plasenta atau selaput plasenta didalam rongga rahim yang mengakibatkan perdarahan post partum dini (early postpartum hemorrhage) atau perdarahan post partum lambat (late postpartum hemorrhage) yang biasanya terjadi dalam 6-10 hari pasca persalinan. Apabila pada pemeriksaan USG diperoleh kesimpulan adanya sisa plasenta tahap pertama bisa dilakukan eksplorasi digital (jika servik terbuka) untuk mengeluarkan bekuan darah atau jaringan. Bila servik hanya dapat dilalui oleh instrument, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan kuretase. Bidan dapat berkolaborasi dengan dokter untuk melakukan kuretase (Sarwono, 2008).

B. Tinjauan Teori Medis

1. Nifas

a. Definisi

Masa nifas dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu berikutnya (JHPEIGO, 2002). Masa melahirkan selama 6 minggu atau 40 hari menurut hitungan awam

merupakan masa nifas. Masa ini penting sekali untuk terus dipantau. Nifas merupakan masa pembersihan rahim (Saleha, 2009).

Komplikasi masa nifas adalah keadaan abnormal dalam masa nifas yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman kedalam alat genetalia pada waktu persalinan dan nifas (Saleha, 2009).

- b. Klasifikasi masa nifas terbagi dalam 3 periode menurut Suherni, dkk (2009), yaitu:

- 1) Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genetal, kira-kira antara 6-8 minggu.
- 3) Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulan atau tahun.

- c. Involusio alat-alat kandungan

Menurut Sarwono (2006) dalam masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil.

Perubahan-perubahan genetalia dalam keseluruhannya disebut involusi.

- 1) Uterus

Setelah bayi dilahirkan, uterus yang selama persalinan mengalami kontraksi dan relaksasi, akan menjadi keras sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi placenta. Ukuran uterus mengecil kembali setelah 2 hari pasca persalinan setinggi sekitar umbilikus, setelah 2 minggu masuk panggul, setelah 4 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil.

- 2) Vagina

Pada minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul rugae (lipatan – lipatan atau kerutan-kerutan) kembali.

- 3) Perlukaan vagina

Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan spekulum. Sering terjadi sebagai akibat ekstrasi dengan cunam, terlebih apabila kepala janin harus diputar.

4) Perubahan pada perineum

Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

5) Servik

Perubahan-perubahan yang terdapat pada servik ialah segera postpartum bentuk servik menganga seperti corong. Bentuk ini desebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah perbatasan antara korpus dan servik uteri berbentuk seperti cincin. Warna servik sendiri merah dan kehitam-hitaman karena pembuluh darah, konsistensinya lunak.

6) Endometrium

Pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah 3 hari, permukaan endometrium mulai rata akibat lepasnya sel-sel dari bagian yang mengalami degenerasi. Sebagian besar endometrium terlepas. Regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basali, yang memakan waktu 2-3 minggu. Jaringan-jaringan ditempat implantasi plasenta mengalami proses yang sama, ialah degenerasi dan kemudian terlepas. Pelepasan jaringan berdegenerasi ini berlangsung lengkap. Dengan demikian, tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas tempat implantasi plasenta. Bila yang terakhir ini terjadi, maka ini dapat menimbulkan kalainan pada kehamilan berikutnya.

2. Perdarahan Post Partum

a. Definisi

Perdarahan post partum yaitu perdarahan yang terjadi lebih dari 500 – 600 ml dalam jangka 24 jam pertama setelah anak lahir (Sarwono, 2008). Menurut waktu terjadinya dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Perdarahan post partum primer (*early postpartum hemorrhage*) ialah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah anak lahir.
- 2) Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) ialah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah 24 jam

pertama setelah anak lahir, biasanya antara hari ke 5 sampai 15 hari post partum.

b. Etiologi

Hal-hal yang menyebabkan perdarahan post partum adalah:

1) Atonio uteri

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

2) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina (Saifuddin, 2002). Setelah persalinan harus selalu dilakukan pemeriksaan vulva dan perineum. Pemeriksaan vagina dan serviks dengan spekulum juga perlu dilakukan setelah persalinan.

3) Retensio plasenta

Menurut Winjosastro (2005) retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir. Hal tersebut disebabkan oleh :

a) Plasenta belum lepas dari dinding uterus.

b) Plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan.

Bila plasenta belum lepas sama sekali tidak akan terjadi perdarahan, tapi bila sebagian plasenta sudah lepas akan terjadi perdarahan dan ini merupakan indikasi untuk segera mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus disebabkan :

a. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva)

b. Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus desidua sampai miometrium (plasenta akreta)

c. Plasenta merekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus sampai di bawah peritoneum (plasenta perkreta). Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk

melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran kontriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (inkarserasio plasenta).

4) Sisa plasenta

Sewaktu suatu bagian dari plasenta tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan.

5) Kelainan darah

Menurut Sarwono (2008) gangguan pembekuan darah baru dicurigai bila penyebab yang lain dapat disingkirkan apalagi terdapat kejadian yang serupa dengan persalinan yang lalu. Pada pemeriksaan penunjang ditemukan hasil pemeriksaan faal hemostasis yang ab-normal. waktu perdarahan dan waktu hipofibrinogenemia, dan terdektesi adanya FDP (*fibrin degration product*) serta perpanjangan tes protrombin dan PTT (*partial tromboplastin time*).

Presdisposisi untuk terjadinya hal ini adalah solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan, eklamsi, emboli cairan ketuban, dan epsis. Terapi yang dilakukan adalah dengan transfusi darah dan produknya seperti plasma beku segar, trombosit, fibrinogen dan heparinisasi atau pemberian EACA (*epsilon amino caproic acid*).

Berdasarkan penyebabnya diperoleh sebaran sebagai berikut:

- a) Atonia uteri 50%-60%
- b) Retensio plasenta 16%-17%
- c) Sisa plasenta 23%-24%
- d) Laserasi jalan lahir 4%-5%
- e) Kelainan darah 0,5%-0,8%

c. Diagnosis

Gambaran klinisnya merupakan perdarahan terus menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi jelek. Denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah pucat dan dingin, dan nafasnya menjadi sesak, terengah-engah, kemudian coma serta meninggal.

Tabel 6.1 Diagnosis Perdarahan Pasca Persalinan

Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda-tanda yang kadang ada	Diagnosis kemungkinan
<ul style="list-style-type: none">• Uterus tidak berkontraksi dan lembek• Perdarahan segera setelah anak lahir	<ul style="list-style-type: none">• Syok	Atonia uteri
<ul style="list-style-type: none">• Perdarahan segera• Darah segar yang mengalir segar setelah bayi lahir• Uterus berkontraksi baik• Plasenta lengkap	<ul style="list-style-type: none">• Pucat• Lemah• Menggigil	Robekan jalan lahir
<ul style="list-style-type: none">• Plasenta belum lahir setelah 30 menit• Perdarahan segera• Uterus kontraksi baik	<ul style="list-style-type: none">• Tali pusat putus akibat traksi berlebihan• Inversio uteri akibat tarikan• perdarahan lanjut	Retensio plasenta

3. Retensio Sisa Plasenta

a. Pengertian

Retensio sisa plasenta adalah tertinggalnya potongan-potongan plasenta seperti kotiledon dan selaput plasenta yang menyebabkan terganggunya kontraksi uterus sehingga sinus-sinus darah tetap terbuka dan menimbulkan perdarahan post partum.

b. Etiologi

1) Penanganan kala III yang salah

Dengan pendorongan dan pemijatan uterus akan mengganggu mekanisme pelepasan plasenta dan menyebabkan pemisahan sebagian plasenta.

2) Abnormalitas plasenta

Abnormalitas plasenta meliputi bentuk plasenta dan penanaman plasenta dalam uterus yang mempengaruhi mekanisme pelepasan plasenta.

3) Kelahiran bayi yang terlalu cepat

Kelahiran bayi yang terlalu cepat akan mengganggu pemisahan plasenta secara fisiologis akibat gangguan dari retraksi sehingga dapat terjadi gangguan retensi sisa plasenta.

c. Diagnosa

- 1) Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan penemuan melakukan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus retensi sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagai besar pasien akan kembali lagi ke tempat persalinan dengan keluhan perdarahan setelah 6-10 hari pulang ke rumah (Saifuddin, 2002).
- 2) Perdarahan berlangsung terus menerus atau berulang.
- 3) Pada palpasi dapatkan fundus uteri masih teraba yang lebih besar dari yang diperkirakan.
- 4) Pada pemeriksaan dalam didapat uterus yang membesar, lunak, dan dari ostium uteri keluar darah (Wiknjosastro, 2006).

d. Penanganan

- 1) Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan.
- 2) Berikan antibiotik yang adekuat.
- 3) Berikan uterotonik, oksitosin, dan /atau metergin.
- 4) Lakukan eksplorasi digital (bila servik terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan. Bila servik hanya dapat dilalui alat kuretase, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan kuretase.
- 5) Bila kadar Hb < 8 gr% beri transfusi darah, bila kadar Hb > 8 gr% berikan sulfas ferosus 600 mg/hari selama 10 hari (Saifuddin, 2002).

C. SOAP

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. N UMUR 31 TAHUN P2A0, 3 JAM
POSTPARTUM DENGAN RETENSI SISA PLASENTA**

Tanggal Masuk : 14-01-2023

Tgl Pengkajian : 14-01-2023

Tempat : TPMB

Pengkaji : Bidan

I. PENGUMPULAN DATA

Tanggal: 14 Januari 2023

Pukul: 10.00 WIB

1) BIODATA/IDENTITAS

Nama Pasien	:	Ny. N	Nama Suami	:	Tn.J
Umur	:	31 Tahun	Umur	:	33 Tahun
Agama	:	Katolik	Agama	:	Katolik
Suku/bangsa	:	Batak Karo/Indonesia	Suku/bangsa	:	Batak Karo/Indonesia
Pendidikan	:	SMA	Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Wiraswasta
Alamat	:	Jln. Sudirman No.38 Lubuk Pakam Kabupaten Deli Serdang			

II. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1) Keluhan utama/Alasan utama masuk : Ibu postpartum dengan keluhan lemah, mengantuk, menggigil dan mengeluarkan darah segar dari jalan lahir serta 5-6 kali ganti pembalut.

2) Riwayat menstruasi :

Menarche	:	12 tahun
Siklus	:	28 -30 hari
Lamanya	:	5 - 6 hari
Banyaknya	:	3x ganti doek /hari
Disminore	:	Ada, tetapi tidak mengganggu aktivitas sehari-hari
Keluhan lain	:	Tidak ada
Teratur	:	Tidak ada
Sifat darah	:	merah kecoklatan, kadang terdapat gumpalan

3) Riwayat perkawinan: Kawin Syah, 1 kali

4) Riwayat kehamilan / persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl Lahir/ umur	UK	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
				Ibu	Bayi	PB/BB/ JK	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	2 thn	36 ming gu	Bidan	-	-	49 cm/30 00 gr/LK	Baik	Baik	Baik
2	Hamil Sekarang								

5) Riwayat Hamil ini

- HPHT : 10 April 2022
- HPL : 17 Januari 2023

- c) Keluhan-keluhan pada :
- Trimester I : Ibu mengatakan sering mual dan muntah di pagi hari
- Trimester II : Ibu mengatakan tidak ada keluhan
- Trimester III : Ibu mengatakan sering BAK dan pegel-pegel.
- d) ANC
- Ibu mengatakan selama hamil ini memeriksakan kehamilannya ke bidan sebanyak 9 secara teratur.
- Trimester 1 : 2 kali
- Trimester 2 : 3 kali
- Trimester 3 : 4 kali
- e) Penyuluhan yang pernah didapat
- Ibu mengatakan mendapatkan penyuluhan tentang tanda bahaya kehamilan pada saat usia kehamilan 16 minggu.
- f) Imunisasi TT : 3 kali
- TT1 : Pranikah 1 kali
- TT2 : pada usia kehamilan 16 minggu TT3 : pada usia kehamilan 20 minggu.

6) Riwayat persalinan

P2A0

UK : 37 Minggu

Tanggal/Jam persalinan : 14-01-2023 Jam : 07.00 WIB

Tempat persalinan : Klinik

Penolong persalinan : Bidan

Jenis persalinan : Spontan

● Komplikasi persalinan

Ibu : Tidak ada

Bayi : Tidak ada

Ketuban pecah : Spontan

Keadaan plasenta : Baik

Tali pusat : Baik

● Lama persalinan

Kala I : 9 Jam

Kala II : 30 Menit

Kala III : 12 Menit

Kala IV : 2 Jam

● Jumlah perdarahan

Kala I : 70 cc
Kala II : 150cc
Kala III : 190 cc
Kala IV : 250 cc +
660 cc
Selama operasi : Tidak ada

● Bayi

BB : 3300 gr
PB : 49 Cm
Apgar Score : 8/9
Cacat bawaan : tidak ada
Masa gestasi : 37 minggu

7) Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/yang lalu

Jantung : Tidak ada
Hipertensi : Tidak ada
Diabetes melitus : Tidak ada
Malaria : Tidak ada
Ginjal : Tidak ada
Asma : Tidak ada
Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen/sc : Tidak ada

8) Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada
Diabetes melitus : Tidak ada
Asma : Tidak ada
Lain – lain : Tidak ada

9) Riwayat KB : Ibu mengatakan sampai saat ini belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun

10) Riwayat sosial ekonomi dan psikologi

Status perkawinan : sah
Kawin : 1 kali
Lama nikah : 3 tahun,
Menikah pertama pada umur : 20 tahun
Kehamilan ini direncanakan/tidak : direncanakan
Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan: senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami
Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS
Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas:
tidak ada

11) Pola kebiasaan sehari-hari

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3x/hari
Jenis makanan : Nasi+lauk pauk
Porsi : 1 Piring
Pantang /keluhan : Tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang :+1,5 jam/hari
Tidur malam :+ 8 jam/hari

c. Pola eliminasi

BAK :+8-9 x /hari
Konsistensi : Cair , Warna: Khas
BAB :+1x/hari
Konsistensi : Lembek, Warna: Khas

d. Personal hygiene

Mandi : 1 x/hari
Ganti pakaian/pakaian dalam :+ 2 x / hari atau kapan ibu merasa tidak nyaman.

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT
Keluhan : Tidak ada
Menyusui : Aktif
Keluhan : Tidak ada
Hubungan seksual : Tidak ada
Hubungan seksual terakhir : Tidak ada

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada
Minum-minuman keras : Tidak ada
Obat terlarang : Tidak ada
Minum jamu : Tidak ada

III. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
Status Emosional : Stabil
Tanda vital Sign
Tekanan Darah : 90/60 mmHg
Pernapasan : 22 x/menit
Nadi : 104 x/menit
T : 36,8 °C
TB : 157 cm
BB : 59 kg

2. Pemeriksaan fisik

Postur tubuh : Normal
Kepala : Simetris
Mata : Simetris, Conjungtiva: Merah muda, sklera: Tidak ikterik
Wajah : Bersih Cloasma: Tidak ada Oedema : Tidak ada
Hidung : Bersih Polip: Tidak ada peradangan
Mulut dan gigi : Bersih tidak ada caries
Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tiroid
Payudara :
Bentuk : Simetris
Putting susu : Menonjol
Areola mamae : Hiperpigmentasi
Pengeluaran kolostrum : +/+
● Palpasi
Colostrum : +/+
Benjolan : Tidak ada
Abdomen :
● Inspeksi
Bekas luka / operasi : Tidak ada
● Palpasi
TFU : Pertengahan pusat – shymopsis
Kontraksi uterus : Baik
Kandung kemih : Kosong

- Genitalia
 - Varises : Tidak ada
 - Oedema : Tidak ada
 - Pembesaran kelenjar bartolin : Tidak ada
 - Pengeluaran pervaginam : Lochea purulenta
 - Bau : Berbau busuk
 - Anus : Tidak ada hemorhoid
- Ekstremitas
 - Tangan dan kaki : Simetris
 - Oedema Pada tungkai bawah : Tidak ada
 - Varices : Tidak ada
 - Pergerakan : Aktif
 - Perkusi : +/+

IV. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan laboratorium : Hb : 9,5 gr%
- 2) Pemeriksaan penunjang lain : Tidak dilakukan

V. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ny. N umur 31 tahun P2A0, 3 jam postpartum dengan retensi plasenta

Data Dasar

Data Subyektif:

- Ibu mengatakan banyak mengeluarkan darah encer dari vagina
- Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya yang kedua pada tanggal 17 Juli 2012, pukul 07.00 WIB, merasakan nyeri pada luka jahitan, dan mengeluh lemah.
- Ibu mengatakan sudah 5-6 kali ganti pembalut.

Data Obyektif:

- Keadaan umum: Cukup
- Kesadaran : Somnolen
- Tanda vital Sign

Tekanan Darah : 90/60 mmHg

RR : 22 x/menit

Nadi : 104 x/menit

T : 36,8 °C

TB : 157 cm

BB : 59 kg

- TFU : setinggi pusat.
- Plasenta lahir tidak lengkap, masih tertinggal selaput plasenta.
- Hb : 9, 5 gr%
- Pengeluaran darah encer + 500 cc.

Masalah :

Ibu mengatakan merasa lemah, mengantuk, mengigil dan merasa cemas dengan pengeluaran darah yang banyak dari kemaluannya

Kebutuhan :

Memberikan dukungan moril pada ibu, pemenuhan kebutuhan cairan, penghentian perdarahan dan pengeluaran sisa plasenta

VI. Identifikasi Masalah Potensial

- *Syok haemorrhage*

VII. Tindakan Segera dan Kolaborasi

- a. Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemasang infuse RL drip oksitosin 20 IU.
- b. Lakukan kuretase.

VIII. Intervensi

- a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
- b. berikan dukungan moril.
- c. Minta keluarga menandatangani *inform consent*.
- b. Lakukan katerisasi
- c. Siapkan alat kuretase dan lakukan kuretase.
- d. Beri oksigen 2 liter/menit.
- e. Kolaborasi dengan dokter, advis dokter :
 - 1) Rehidrasi atau cairan : memasang infuse RL drip ergometrin 0,2 mg 20 tpm.
 - 2) Berikan antibiotika : Amoxilin 500 mg 3x1, Metergin tablet 3x1, Viliron 2x1

IX. Implementasi

Tanggal 14 Januari 2023

Pukul 10.50 WIB

- a. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa perdarahan yang telah dialaminya disebabkan karena masih tertinggalnya sisa plasenta.
- b. Memberikan dukungan moril pada ibu.

- c. Meminta keluarga menandatangani inform consent.
- d. Melakukan katerisasi.
- e. Menyiapkan alat kuretase dan melakukan kuretase.
- f. Memberikan oksigen 2 liter/menit.
- g. Berkolaborasi dengan dokter, advis dokter untuk :
 - 1) Rehidrasi atau cairan : memasang infuse RL drip ergometrin 0,2 mg 20 tpm.
 - 2) Memberikan antibiotika : Amoxilin 500 mg 3x1, Metergin tablet 3x1, Viliron 2x1.

X. Evaluasi

Tanggal 14 Januari 2023 Pukul 11.36 WIB

- a. Ibu sudah mengerti tentang hasil pemeriksaan yang telah disampaikan.
- b. Ibu sudah tenang dan bersedia di kurtetase
- c. Keluarga sudah menandatangani inform consent
- d. Kandung kemih kosong
- e. Kuretase sudah dilakukan, hasil kesan kavum uteri sudah bersih, sisa selaput plasenta sudah dikeluarkan.
- f. Terpasang oksigen 2 liter/menit.
- g. Sudah dilakukan kolaborasi dengan dokter dan ibu telah diberikan infuse RL drip ergometrin 0,2 mg 20 tpm dan pemberian antibiotika : Amoxilin 500 mg 3x1, Metergin tablet 3x1, Viliron 2x1

S : Subyektif

Ibu mengatakan mules pada perutnya.

Ibu mengatakan darah yang keluar dari kemaluannya seperti menstruasi biasa.

Ibu mengatakan badannya masih lemas.

Ibu mengatakan takut turun dari tempat tidur karena takut jahitannya lepas.

Ibu mengatakan air susunya sudah mulai keluar dan bersedia menyusui bayinya.

Ibu mengatakan BAB 1 kali sehari, BAK 4-5 kali sehari.

O : Obyektif

Keadaan umum : baik.

Kesadaran : compostentis.

TTV : TD 100/80 mmHg, N : 82 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,5°C

TFU 2 jari bawah pusat

Kontraksi baik
Luka jahitan perineum basah
ASI sudah keluar, warna kekuning-kuningan.
Terpasang infus RL 20 tpm.
Perdarahan + 75 cc , lochea rubra.

A : Assesment

Ny. N P2A0, umur 31 tahun, 1 hari post partum pasca kuretase karena retensi sisa plasenta.

P : Planning

Tanggal 15 Januari 2021 Pukul 07.30 WIB

1. Kaji keadaan umum ibu dan TTV setiap 30 menit sekali.
2. Anjurkan ibu untuk makan dan minum serta tidak pantang makanan.
3. Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini, miring kiri, miring kanan, duduk, berdiri dan berjalan.
4. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand atau setiap 2 jam sekali pada payudara yang berbeda.
5. Beri terapi pengobatan dari dokter
6. Observasi kontraksi uterus, perdarahan, dan TFU setiap 3 kali sehari
7. Jelaskan tentang keadaan ibu saat ini

Evaluasi

Tanggal 15 Januari 2023 Pukul 08.00 WIB

1. Keadaan umum baik, kesadaran compostentis
TTV : TD 100/80 mmHg, N : 82 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,5°C.
2. Ibu sudah makan dan minum serta tidak pantang makana.
3. Ibu bersedia untuk mobilisasi dini, miring kanan, kiri, duduk, berdiri dan berjalan.
4. Ibu bersedia untuk menyusui bayinya secara on demand atau setiap 2 jam sekali secara bergantian.
5. Infuse RL drip ergometrin 0,2 mg 20 tpm dan pemberian antibiotika : Amoxilin 500 mg 3x1, Metergin tablet 3x1, Viliron 2x1, sulfas ferosus 60 mg/hari selama 10 hari.
6. Kontraksi uterus keras, TFU : 2 jari di bawah pusat, perdarahan + 75 cc
7. Ibu mengatakan tidak merasa cemas dengan keadaannya saat ini.

D. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara praktek yang dilakukan di lahan dengan teori yang ada menurut langkah-langkah dalam manajemen kebidanan yaitu dari pengkajian sampai evaluasi. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada pasien ibu nifas post partum dengan retensio sisa plasenta.

1. Pengkajian

Keluhan yang terjadi pada ibu nifas dengan perdarahan post partum karena retensio sisa plasenta adalah mengalami perdarahan yang lebih banyak, pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil (Saifuddin, 2006). Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh tenaga kesehatan yang meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan sistematis (Nursalam, 2004). Data objektif yang di dapat pada ibu nifas dengan perdarahan post partum karena retensio sisa plasenta adalah KU sedang, TTV: TD 110/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 360 C, R: 22x/menit, sisa plasenta belum lahir, perdarahan + 500 cc, kontraksi uterus lemah (Saifuddin, Wiknjosastro, 2002).

Pengkajian pada kasus didapatkan data subjektif yaitu Ibu mengatakan merasakan nyeri pada luka jahitan, mengeluh lemah, mengantuk, menggigil dan mengeluarkan darah segar pervaginam yang banyak serta 4-5 kali ganti pembalut dalam waktu 3 jam. Sedangkan data objektif didapatkan keadaan umum cukup, kesadaran: samnolen, TTV : TD : 90/60 mmHg, N : 82 x/menit, S : 36,7°C, R : 20 x/menit, kontraksi lemah, TFU setinggi pusat, plasenta tidak lengkap, masih tertinggal selaput plasenta, Hb 9,5 gr%, pengeluaran darah + 600 cc.

Pada tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek yang ada dilapangan.

2. Interpretasi Data

Menurut Varney (2004), interpretasi data (data dari hasil pengkajian) mencangkup diagnosa masalah dan kebutuhan. Masalah yang muncul pada ibu nifas dengan perdarahan post partum karena retensio sisa plasenta adalah kecemasan terhadap keadaan yang dialami ibu karena perdarahan (Halloway, 2003). Kebutuhan yang diberikan pada ibu nifas dengan

perdarahan post partum karena retensio sisa plasenta menurut Varney (2004) adalah : informasi tentang keadaan ibu, informasi tentang tindakan yang akan dilakukan oleh bidan, dorongan moril dari keluarga dan tenaga kesehatan, pemenuhan kebutuhan cairan, penghentian perdarahan.

Pada kasus didapatkan diagnosa kebidanan Ny. N P2A0 umur 31 tahun post partum dengan perdarahan retensio sisa plasenta. Masalah yang muncul yaitu ibu mengatakan merasa lemah, mengantuk, menggigil dan merasa cemas dengan pengeluaran darah yang banyak dari kemaluannya. Kebutuhan yang diberikan yaitu memberikan dukungan moril pada ibu, pemenuhan kebutuhan cairan, penghentian perdarahan dan pengeluaran sisa plasenta.

Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang ada dilahan.

3. Diagnosa Potensial

Menurut Wiknjosastro (2007), diagnosa potensial yang mungkin muncul yaitu potensial terjadi infeksi puerperium : pada tindakan manual plasenta. Potensial terjadi syok haemorrhage : karena adanya perdarahan post partum karena retensio sisa placenta. Pada kasus diagnosa potensial yang muncul yaitu syok haemorrhage, namun karena adanya penanganan yang tetap diagnosa potensial tidak muncul.

Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang ada dilahan.

4. Antisipasi

Menurut Saifuddin (2002), dalam kasus ibu nifas dengan perdarahan post partum karena retensio sisa plasenta, antisipasi yang dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter SpOG, pemberian infus drip oksitosin 20 IU dalam 500 cc cairan infus dan antibiotik serta dilakukan manual plasenta.

Pada kasus ibu nifas dengan post partum karena retensio sisa plasenta antisipasi yang dilakukan yaitu kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemasang infuse drip oksitosin 20 IU dan lakukan kuretase.

Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

5. Rencana Tindakan

Menurut Saifuddin (2002), dalam membuat rencana tindakan diusahakan untuk memberikan kenyamanan pada ibu dan disisi lain bidan dapat melakukan observasi dan pengobatan sebagai berikut : lakukan

pemeriksaan kelengkapan plasenta, berikan antibiotik yang adekuat, berikan uterotonik, oksitosin atau metergin, lakukan eksplorasi digital (bila serviks terbuka) dan keluarkan bekuan darah atau jaringan, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan kuretase bila serviks hanya dapat dilalui alat kuretase, beri transfusi darah bila Hb < 8 gr% dan berikan sulfas ferosus 60 mg/hari selama 10 hari.

Pada kasus rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu : observasi KU dan vital sign, kontraksi uterus, TFU dan perdarahan tiap 15 menit atau sesuai keadaan pasien, jelaskan keadaan ibu dan berikan dukungan moril, minta keluarga menandatangani inform consend, lakukan katerisasi, lakukan persiapan kuretase, kolaborasi dengan dokter, advis dokter : rehidrasi atau cairan : memasang infuse RL drip ergometrin 0,2 mg 20 tpm, berikan antibiotika : Amoxilin 500 mg 3x1, Metergin tablet 3x1, Viliron 2x1.

Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

6. Pelaksanaan

Menurut Varney (2004), pada langkah ini rencana asuhan dilakukan secara menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima, dilaksanakan secara efisien dan aman. Pada kasus pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Pada langkah ini penulis tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

7. Evaluasi

Menurut Varney (2004), evaluasi diharapkan adalah keadaan umum dan TTV normal, sisa plasenta sudah lahir lengkap, kontraksi uterus baik, perdarahan berkurang.

Pada kasus evaluasi yang diperoleh yaitu KU : cukup, kesadaran : samnolen, TTV : TD : 90/60 mmHg, S : 36,5°C, N : 82 x/menit, R : 20 x/menit, kontraksi uterus sedang, TFU : setinggi pusat, perdarahan + 500 cc, kandung kemih kosong, telah dilakukan kolaborasi dengan dokter dan ibu telah diberikan infuse RL drip ergometrin 0,2 mg 20 tpm dan pemberian antibiotika : Amoxilin 500 mg 3x1, Metergin tablet 3x1, Viliron 2x1, telah dilakukan kuretase dengan hasil sisa plasenta sudah lahir lengkap, ibu sudah merasa tenang dan dapat beristirahat

E. Soal Vignette

1. Seorang perempuan, umur 28 tahun, P2A1 nifas 7 jam di TPMB, riwayat HPP 420 cc. Hasil anamnesis: pusing dan lemas. Hasil pemeriksaan: TD 100/60 mmHg, N 86 x/menit, P22 x/menit, S 36,5 °C, TFU 2 jari bawah pusat, uterus teraba lembek, kandung kemih kosong, jumlah darah satu pembalut penuh. Apakah rencana asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - A. Beri analgetika.
 - B. Observasi tanda vital
- C. Observasi perdarahan**
- D. Penuhi kebutuhan nutrisi
 - E. Observasi keadaan umum

Jawaban: **C. Observasi perdarahan**

Pembahasan

C (observasi perdarahan)

Asuhan ibu selama masa nifas antara lain: periksa TD, Perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin. Karena kasus diatas menunjukkan pasien dengan riwayat HPP, sehingga yang paling penting observasi perdarahan untuk mencegah terjadinya komplikasi.

2. Seorang perempuan, umur 28 tahun, P1A0, nifas 6 hari, datang ke BPM mengeluh perdarahan satu hari yang lalu. Hasil anamnesis: darah keluar sedikit berwarna kecoklatan. Hasil pemeriksaan: TD 100/60 mmHg, N 86 x/menit, P 22 x/menit, S 36,7 °C, TFU 1/2 pusat simfisis, tampak gumpalan dengan jumlah darah sekitar 200 cc. Bidan belum pernah memiliki pengalaman menangani ibu dengan perdarahan post partum sekunder. Apakah tindakan yang paling tepat dilakukan pada kasus tersebut?
 - A. Memasang infus
- B. Merujuk ke rumah sakit**
- C. Melakukan eksplorasi uterus
 - D. Berkonsultasi dengan bidan yang lebih senior
 - E. Mempelajari kembali buku sumber untuk penanganan HPP

Jawaban: **B. Merujuk ke rumah sakit**

Pembahasan

B (merujuk ke rumah sakit)

Pentingnya Inisiasi Menusui Dini (IMD) : Mendukung Pertumbuhan Optimal dan Kesehatan Bayi

Lochea adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Dibawah ini adalah tahapan keluarnya lochea pada masa nifas:

- a. Lochea Rubra: Lochea ini muncul pada hari ke 1-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa – sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan mekonium.
- b. Lochea Sanguinolenta : Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai ke 7 post partum.
- c. Lochea Serosa: Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai ke 14 post partum.
- d. Lochea Alba: Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea ini berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Tanda dan gejala terjadinya Pendarahan Post Partum Skunder antara lain sebagai berikut:

- Pendarahan terjadi secara terus menerus setelah seharusnya lokhia rubra berhenti
 - Pendarahan dapat terjadi secara mendadak, seperti pendarahan post partum primer dan diikuti gangguan sistem kardiovaskuler sampai syok.
 - Mudah terjadi infeksi skunder sehingga dapat menimbulkan: lochea keruh dan berbau dan kejadian sub involusi
3. Seorang perempuan, umur 26 tahun, P2A1 nifas 3 hari dikunjungi bidan ke rumah. Hasil anamnesis: keluar darah banyak. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, S 38°C, N 84 x/menit, P 19 x/menit, TFU 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus lembek, kandung kemih penuh dan tegang, lochea rubra. Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?
- A. Distensi kandung kemih
 - B. Infeksi kandung kemih
 - C. Infeksi saluran kemih

D. Subinvolusio

- E. Infeksi nifas

Jawaban: D. Subinvolusio

Pembahasan:

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi/proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilan uterus terhambat.

Biasanya tanda dan gejala subinvolusi tidak tampak, sampai kira-kira 4 – 6 minggu postpartum.

- a. Fundus uteri letaknya tetap tinggi didalam abdomen/pelvis dari yang diperkirakan/penurunan fundus uteri lambat dan tonus uterus lembek.
 - b. Keluarnya lochia seringkali gagal berubah dari bentuk rubra ke bentuk serosa, lalu ke bentuk lochia alba
 - c. Lochia bisa tetap dalam bentuk rubra dalam waktu beberapa hari postpartum/lebih dari 2 minggu postpartum
 - d. Lochia bisa lebih banyak daripada yang diperkirakan
 - e. Leukore dan lochia berbau menyengat, bisa terjadi jika ada infeksi.
 - f. Pucat, pusing, dan tekanan darah rendah
 - g. Bisa terjadi perdarahan postpartum dalam jumlah yang banyak (500 ml) Nadi lemah, gelisah, letih, ekstrimitas dingin.
4. Seorang perempuan, umur 23 tahun, P2A0 nifas 9 jam di TPMB, riwayat HPP 350 cc. Hasil anamnesis: pusing dan lemas. Hasil pemeriksaan: TD 90/60 mmHg, N 90 x/menit, P20 x/menit, S 36,8 °C, TFU 2 jari bawah pusat, uterus teraba lembek, kandung kemih kosong, jumlah darah satu pembalut penuh. Apakah diagnosis yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Atonia uteri**
- B. Rupture uteri
 - C. Inversio uteri
 - D. Laserasi portio
 - E. Laserasi perineum

Jawaban: A. Atonia uteri

Pembahasan:

Atonia uteri adalah kondisi ketika rahim gagal berkontraksi setelah melahirkan. Kondisi ini bisa menyebabkan perdarahan pascamelahirkan atau post partum hemorrhage.

Tanda dan Gejala:

- Keluarnya darah yang sangat banyak dan tidak terkontrol setelah bayi dilahirkan
- Tekanan darah menurun
- Peningkatan denyut jantung
- Jumlah sel darah merah di dalam tubuh ibu menurun
- Rasa nyeri dan muncul pembengkakan pada vagina
- Nyeri punggung

5. Seorang Perempuan, umur 24 tahun P2A0, telah melahirkan bayi secara spontan 30 menit yang lalu di TPMB. Bidan telah melakukan penyutikan oksitosin 1 dan 2, massae uterus. Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg, S 36,8°C, N 86 x/menit, P 19 x/menit dari hasil pemeriksaan didapatkan ibu mengalami perdarahan, plasenta lahir lengkap dan kandung kemih kosong. Apakah diagnosis paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Solutio plasenta
- B. Robekkan serviks
- C. Sisa plasenta**
- D. Atonia uteri
- E. Inversion uteri

Jawaban: C. **Sisa plasenta**

Pembahasan:

Sisa plasenta merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam rongga rahim yang dapat menimbulkan perdarahan post partum dini atau perdarahan post partum lambat yang biasanya terjadi dalam 6 hari sampai 10 hari pasca persalinan

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeyeh Rukiah, dkk. Asuhan Kebidanan 4 (patologi). Penerbit : Trans Info Media, Jakarta 2018
- Ambarwati dan Wulandari. 2017. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Ben-zion Taber, MD. Kapita selekta. *Kedaruratan Obstetri & Ginecologi*, Alih bahasa; Teddy Supriyadi; Johannes Gunawan; Editor Melfiawati S, Ed 2, Jakarta, EGC.1994
- Cunningham, F G,dkk., 2018. *Obstetri Williams* Volume I. Jakarta : EGC
- Departemen Kesehatan RI. 2015. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia dan Angka Kematian Ibu*. Dari <http://www.depkes.go.id> diakses pada Januari 2015
- Geri, Morgan dan Carol Hamilton. 2019. *Obstetri dan Ginekologi Panduan Praktik*. Jakarta: EGC
- Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. EGC: Jakarta.
- Mochtar, Rustam.2016. *Synopsis Obstetri: Obstetri Fisiologis Dan Obstetric Patologis*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Prawirohardjo, Sarwono (2015). *Ilmu kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Sulistyawati,Ari.2019.*Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada ibu nifas*.Jogjakarta: Andi Offset
- Varney, Helen., Kriebs, Jan M., & Gegor, Carolyn L. 2016. *Buku Ajar Asuhan*

BAB 7

RASA NYERI PADA BETIS

Anindhita Yudha Cahyaningtyas, SST.,M.Kes



BAB 7

RASA NYERI PADA BETIS

Anindhita Yudha Cahyaningtyas, SST.,M.Kes

A. Latar Belakang

Proses hamil, bersalin dan nifas merupakan rangkaian yang dialami seorang wanita ketika menjadi seorang ibu. Selama melewati proses tersebut tidak sedikit wanita yang mengalami gangguan terkait kesehatannya. Pada masa nifas, seorang wanita bisa saja mengalami masalah-masalah kesehatan maupun ketidaknyamanan sehubungan dengan perubahan fisiologis dan psikologis didalam tubuhnya. Salah satu masalah yang dialami seorang wanita setelah melahirkan yaitu rasa nyeri pada daerah betis. Penyebab nyeri betis setelah kelahiran banyak jenisnya. Nyeri betis bisa dikarenakan gangguan otot, tulang, pembuluh darah atau persarafan. Salah satu penyebab nyeri betis saat masa nifas peradangan pada pembuluh darah balik (vena). Kondisi ini biasa disebut dengan Thromboflebitis.

B. Definisi

Thromboflebitis adalah proses peradangan yang menyebabkan bekuan darah terbentuk dan menyumbat satu atau lebih pembuluh darah, biasanya terjadi di kaki atau ekstrimitas bawah (Mayo Clinic, 2020)

C. Klasifikasi Thromboflebitis Menurut Posisi Vena

Thromboflebitis pada masa nifas dibedakan menjadi 2 jenis yaitu :

1. Thromboflebitis Superfisial

Peradangan yang terjadi pada pembuluh darah vena yang terletak di dekat permukaan kulit

2. Thromboflebitis Vena Dalam (*Deep Vein Thrombosis*)

Obstruksi aliran darah oleh thrombus atau gumpalan darah yang terbentuk di sistem vaskular vena dalam. Trombosis vena dalam (DVT) adalah bekuan darah yang terbentuk di vena dalam kaki, betis, atau panggul

(Medline, 2020).

D. Etiologi Thromboflebitis

Selama proses kehamilan, penggumpalan darah berguna untuk mengurangi perdarahan saat melahirkan. Ibu hamil juga mengalami penurunan aliran darah ke kaki karena pembuluh darah sekitar panggul yang mengalirkan darah ke kaki mengalami penekanan oleh rahim yang semakin membesar. Risiko tromboflebitis lainnya adalah karena adanya penambahan berat badan yang signifikan pada saat ibu hamil. Kondisi ini dapat menyebabkan aliran darah pada pembuluh darah vena menjadi terhambat, sehingga memicu peradangan. Ibu hamil cenderung kurang beraktivitas atau jarang berolahraga selama hamil. Hal ini membuat ibu hamil dan masa nifas lebih rentan mengalami tromboflebitis.

E. Faktor Risiko Thromboflebitis

1. Riwayat keluarga dengan gangguan penggumpalan darah
2. Usia ibu di atas 35 tahun
3. Obesitas
4. Merokok dan konsumsi alkohol
5. Kondisi dehidrasi
6. Hamil bayi kembar
7. Melahirkan dengan operasi caesar
8. Kondisi kurang gerak, seperti saat tirah baring atau saat pemulihan pasca melahirkan
9. Penyakit jangka panjang tertentu seperti sakit jantung, paru, atau diabetes
10. Penggunaan kontrasepsi atau agen hormonal lain sebelum hamil
11. Mengalami cedera pada pembuluh vena, misal karena pemasangan alat pacu jantung atau kateter
12. Baru saja mengalami cedera serius, seperti patah tulang

(Tambunan KL, et al, 2020)

F. Gejala

Beberapa tanda atau gejala ibu nifas mengalami thromboflebitis yaitu :

1. Pembengkakan di area peradangan
2. Pembuluh darah yang terlihat di daerah pembengkakan
3. Rasa nyeri atau perih yang bukan disebabkan cidera
4. Kemerahan atau perubahan warna kulit menjadi lebih gelap
5. Kulit yang hangat saat disentuh

6. Mengerasnya kulit pada bagian tubuh yang mengalami tromboflebitis
 7. Kaki sedikit dalam keadaan fleksi dan sukar bergerak
 8. Salah satu vena pada kaki terasa tegang dan keras pada paha bagian atas
 9. Nyeri betis, yang dapat terjadi sponta atau dengan memijat betis atau merengangkan tendon akhiles
 10. Kaki yang sakit biasanya lebiah panas
 11. Nyeri hebat pada daerah paha dan lipatan paha
 12. Edema kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri
- (Masnyur dan Dahlan, 2014)

G. Diagnosis

Diagnosis thromboflebitis dapat ditegakkan melalui :

1. Pemeriksaan gejala yang timbul
2. Pemeriksaan fisik pada pembuluh darah di dekat permukaan kulit
3. Pemeriksaan penunjang meliputi :
 - a. Pemeriksaan laboratorium seperti melakukan tes darah dan sirkulasi
 - b. Ultrasonografi (usg) pada bagian tubuh yang terkena
 - c. Pemeriksaan pencitraan seperti CT scan
 - d. Pemeriksaan radiologi berupa MRI dengan kontras untuk menunjukkan adanya gumpalan darah
 - e. Tes D-dimer yang merupakan tes darah untuk mencari protein yang dibuat saat gumpalan darah pecah. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan jika terdapat gumpalan yang berbahaya, seperti trombosis vena dalam (DVT) atau emboli paru (PE)
 - f. MR Venografi dan CT Venografi, studi pencitraan ini untuk memastikan adanya bekuan darah. Penyuntikkan pewarna ke pembuluh darah dan gambarnya akan muncul pada sinar-X. Kemungkinan efek samping termasuk rasa sakit dan reaksi alergi terhadap pewarna
 - g. MR angiografi (MRA) dengan mengambil gambaran detail pembuluh darah menggunakan mesin MRI besar. Dokter Anda akan menyuntikkan pewarna khusus ke pembuluh darah. Ini akan memungkinkan mereka untuk melihat pembuluh darah. Mereka juga dapat melihat apa pun yang terlihat tidak biasa, seperti penumpukan plak di arteri.

(WebMD, 2021; Salvi, A, et al, 2020; CDC, 2018)

H. Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul pada tromboflebitis yaitu :

1. Mengganggu kenyamanan ibu nifas saat beraktivitas
2. Trombus atau gumpalan darah yang terbentuk dapat terlepas dan berjalan ke bagian tubuh lain
3. Jika menyumbat pembuluh vena dalam, akan terjadi *deep vein thrombosis* (DVT), komplikasi DVT yang akan terjadi yaitu :
 - a. Emboli paru

Jika bagian dari gumpalan vena dalam terlepas, gumpalan tersebut dapat berpindah ke paru-paru Anda, di mana gumpalan tersebut dapat menyumbat arteri (emboli) dan berpotensi mengancam nyawa

- b. Sindrom pasca-flebetik

Kondisi ini juga dikenal sebagai sindrom pasca-trombotik, dapat berkembang berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun setelah Anda mengalami DVT. Sindrom pasca-flebetik dapat menyebabkan rasa sakit yang bertahan lama dan mungkin melumpuhkan, menyebabkan pembengkakan, dan perasaan berat pada kaki yang terkena.

(Rofiliah FD, 2021)

I. Pencegahan

1. Ibu nifas disarankan berdiskusi dengan keluarga terkait riwayat kesehatannya
2. Konsultasi dengan tenaga kesehatan jika ibu nifas atau anggota keluarga ada yang pernah mengalami gangguan pembekuan darah
3. Konsultasi dengan dokter terkait potensi atau risiko terjadi penggumpalan darah pada masa nifas serta pencegahannya
4. Menghindari posisi duduk terlalu lama, bila harus duduk lama, maka bisa melatih atau menggerakkan kaki setiap 1-2 jam sekali
5. Ibu nifas disarankan untuk minum cairan sekitar 12-13 gelas selama proses menyusui untuk mencegah dehidrasi sehingga tidak terjadi kontraksi otot
6. Ibu nifas dapat melakukan olahraga secara bertahap agar mengurangi potensi betis cedera

(Wiharni, R, 2020)

J. Penatalaksanaan Deep Vein Thrombosis

Perawatan dari nyeri betis saat nifas tergantung dari penyebabnya. Beberapa perawatan dapat dialakukan sendiri di rumah. Terapi dapat diberikan secara farmakologi dan non farmakologi. Beberapa teknik penatalaksanaan dari nyeri betis ini yaitu :

1. Teknik R.I.C.E (*rest, ice, compress, elevate*)
 - a. Ibu nifas dapat melakukan istirahat tirah baring
 - b. Mengompres bagian pembengkakan dengan menggunakan es batu dalam interval 20 menit
 - c. Melakukan kompresi pada kaki
 - d. Menaikkan tungkai dengan posisi kaki dan betis lebih tinggi pinggul agar melancarkan aliran darah vena
2. Melakukan peregangan pada kaki secara perlahan-lahan agar rasa nyeri sedikit berkurang
3. Mobilisasi dapat dilakukan secara dini untuk meningkatkan aliran darah vena dalam kondisi statis
4. Menggunakan kaos kaki yang dapat memberi penekanan (*Compression Elastic Stocking*)
5. Menggunakan alat *Intermittent Pneumatic Compression* untuk memberikan penekanan dari luar secara teratur pada tungkai bawah dan paha
6. Menyusui tetap dilanjutkan selama kondisi ibu masih memungkinkan
7. Menggunakan terapi farmakologis seperti :
 - a. Antikoagulan untuk mencegah bekuan darah menjadi semakin besar. Jika terapi antikoagulan diberikan segera setelah TVD terbentuk, maka akan menurunkan risiko terjadinya emboli paru.
 - b. Obat trombolistik seperti steptokinase, urokinase dan tissue plasminogen activator bekerja melarutkan trombin. Obat ini terutama digunakan pada penderita emboli paru yang luas disertai gangguan kardiorespirasi dan risiko perdarahan yang kecil
 - c. Penggunaan antibiotic untuk mencegah infeksi bakteri
 - d. Penggunaan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri

(Maghfiroh, 2021; Walke M and Pohekar S, 2021; Moldenhauer JS. 2022)

K. SOAP

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. X DENGAN THROMBOPHLEBITIS

Identitas

Ibu	Ayah
Nama :	Nama :
Umur :	Umur :
Agama :	Agama :
Islam :	Islam :
Suku/Bangsa :	Suku/Bangsa :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat :	Alamat :

Data Subyektif

1. Ibu mengatakan telah melahirkan anak pertama dengan jenis kelamin laki-laki 5 hari yang lalu secara SC
2. Ibu mengatakan badannya terasa panas, nyeri pada betis, kaki kiri bengkak dan kemerahan

Data Obyektif

1. Suhu badan subferis selama 7 hari meningkat mulai hari ke-10 sampai hari ke-20, yang disertai dengan menggil dan nyeri sekali
2. Pada kaki yang terkena akan menunjukkan tanda-tanda :
 - a. Kaki sedikit dalam keadaan fleksi dan rotasi keluar, serta sukar bergerak, lebih panas dibandingkan dengan kaki satunya
 - b. Seluruh bagian dari salah satu vena pada kaki terasa tegang dan keras pada paha bagian atas
 - c. Nyeri hebat pada lipat paha dan daerah paha
 - d. Reflex tonik akan terjadi spasme arteri sehingga kaki menjadi bengkak, tegang, putih, nyeri, dan dingin
 - e. Edema kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri dan pada umumnya terdapat pada paha, tetapi lebih sering dimulai dari jari-jari kaki dan pergelangan kaki, kemudian mulai dari bawah ke atas
 - f. Nyeri pada betis

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium darah (leukosit)

Analisis

Ny.A umur 36 th P₃A₀ postpartum 5 hari dengan Tromboflebitis femoralis

Planning

1. Memberitahu pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu saat ini yaitu mengalami tromboflebitis femoralis sehingga kaki ibu bengkak dan tegang dan terasa nyeri
2. Anjurkan pada ibu untuk melakukan ambulasi dini agar dapat meningkatkan sirkulasi pada ekstremitas bawah dan menurunkan kemungkinan pembentukan bekuan darah, misalnya: jika ibu sudah merasa tidak lelah anjurkan untuk kekamar mandi namun tetap ditemani
3. Menjelaskan pada ibu tentang cara mengurangi nyeri yaitu : tirah baring dan mengangkat bagian kaki yang terkena, menyediakan stoking pendukung untuk meningkatkan sirkulasi vena dan membantu mencegah kondisi statis, memakai stoking pendukung sebelum bangun pagi dan melepasnya 2x sehari untuk mengkaji keadaan kulit dibawahnya, kaki dikompres dengan air hangat
4. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan melibatkan diri dalam kegiatan ibu untuk mengatasi tromboflebitis misalnya membantu ibu untuk melakukan ambulasi dini dengan cara menemani ibu kekamar mandi, jalan-jalan disekitar tempat tidur, mengingatkan ibu untuk tidak menggantung kaki lebih dari 1 jam, membantu ibu melakukan kompres pada kaki yang nyeri dan membantu ibu dalam memakaikan stoking
5. Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi ibu nifas seperti mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein, mineral, vitamin, cukup
6. Menjelaskan dan menganjurkan ibu untuk minum 12-13 gelas setiap hari untuk mencegah dehidrasi dan menurunkan panas dengan adanya peningkatan pengeluaran urine
7. Memberikan terapi antipiretik parasetamol 3x1mg/hari untuk mengatasi demam
8. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI jika kondisinya masih memungkinkan
9. Mendokumentasikan asuhan dan hasil pemeriksaan pada pencatatan SOAP

L. Contoh Vignette

1. Seorang perempuan, umur 36 tahun, P3A0 nifas 2 hari, melahirkan di Rumah Sakit dengan keluhan nyeri pada bagian betis kanan. Hasil anamnesis didapatkan ibu bersalin secara SC dan belum berani melakukan mobilisasi. Hasil pemeriksaan : TD 130/80 mmHg, N 82 kali/ menit, S $37,5^{\circ}\text{C}$, P 20 kali/ menit, betis kanan teraba bengkak, hangat, dan kemerahan, dan agak mengeras.

Apa diagnosa yang paling mungkin pada kasus tersebut?

- a. Varises
- b. Cedera Otot
- c. Saraf terjepit
- d. Thromboflebitis
- e. Fraktur Os Fibula

2. Seorang perempuan, umur 29 tahun, P2A0 nifas 1 hari, melahirkan di Rumah Sakit dengan keluhan perih pada bagian betis kiri. Hasil anamnesis didapatkan ibu melahirkan bayi kembar secara SC. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, N 82 kali/ menit, S $37,2^{\circ}\text{C}$, P 22 kali/ menit, betis kiri teraba bengkak, hangat, dan kemerahan, dan pembuluh darah terlihat di area pembengkakan.

Apa faktor risiko pada kasus tersebut?

- a. Multipara
- b. Infeksi masa nifas
- c. Hamil di usia berisiko
- d. Tekanan darah tinggi
- e. Riwayat persalinan ini bayi kembar

3. Seorang perempuan, umur 27 tahun, P2A0 nifas 2 hari, melahirkan di Rumah Sakit dengan keluhan nyeri pada bagian betis kanan. Hasil anamnesis didapatkan ibu bersalin secara SC dan pernah mempunyai riwayat gangguan pembekuan darah. Hasil pemeriksaan : TD 130/80 mmHg, N 84 kali/ menit, S $37,3^{\circ}\text{C}$, P 20 kali/ menit, betis kanan teraba bengkak, hangat, dan terdapat perubahan warna yang lebih gelap pada area pembengkakan.

Apa komplikasi yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?

- a. Luka Decubitus

- b. Fraktur Os Fibula
 - c. Sepsis Puerperalis
 - d. Oedema Fibula Sinistra
 - e. Trombus yang terbentuk dapat terlepas dan berjalan ke bagian tubuh lain
4. Seorang perempuan, umur 27 tahun, P2A0 nifas 2 hari, melahirkan di Rumah Sakit dengan keluhan nyeri pada bagian betis kiri. Hasil anamnesis didapatkan ibu bersalin secara SC dan pernah mempunyai riwayat gangguan pembekuan darah. Hasil pemeriksaan : TD 130/80 mmHg, N 84 kali/ menit, S $37,3^{\circ}\text{C}$, P 20 kali/ menit, betis kiri teraba bengkak, hangat, dan terdapat perubahan warna yang lebih gelap pada area pembengkakan.
- Apa upaya yang dapat dilakukan seorang bidan pada kasus tersebut?
- a. Memberikan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri
 - b. Memberikan antibiotic untuk mencegah infeksi bakteri
 - c. Memberikan obat trombolitik seperti streptokinase dan urokinase
 - d. Memberikan antikoagulan untuk mencegah bekuan darah menjadi semakin besar
 - e. Menganjurkan ibu untuk melakukan peregangan secara perlahan untuk mengurangi rasa nyeri
5. Seorang perempuan, umur 36 tahun, P3A0 nifas 2 hari, melahirkan di Rumah Sakit dengan keluhan nyeri pada bagian betis kanan. Hasil anamnesis didapatkan ibu bersalin secara SC dan belum berani melakukan mobilisasi. Hasil pemeriksaan : TD 130/80 mmHg, N 82 kali/ menit, S $37,5^{\circ}\text{C}$, P 20 kali/ menit, betis kanan teraba bengkak, hangat, dan kemerahan, dan agak mengeras.
- Apa upaya pencegahan yang dapat dilakukan seorang bidan pada kasus tersebut?
- a. Memberikan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri
 - b. Memberikan antibiotic untuk mencegah infeksi bakteri
 - c. Memberikan obat trombolitik seperti streptokinase dan urokinase
 - d. Memberikan antikoagulan untuk mencegah bekuan darah menjadi semakin besar

- e. Mengajurkan ibu nifas untuk minum sekitar 12-13 gelas selama proses menyusui untuk mencegah dehidrasi sehingga tidak terjadi kontraksi otot

KUNCI JAWABAN:

- 1.D
- 2.E
- 3.E
- 4.E
- 5.E

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah N, Rosyidah R. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui*. Sidoarjo : UMSIDA Press
- CDC. 2018. *Diagnosis and Treatment of Venous Thromboembolism Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/dvt/diagnosis-treatment.html>
- Mahgfiroh. 2021. Penatalaksanaan Odema Ekstermitas Bawah Pada Ibu Post Partum Fisiologis Hari Ke 1-3 Di Pmb Mutmainnah S.St,Bd,Se Kecamatan Tanjung Bumi. *Naskah Publikasi*. Stikes Ngudia Husada Madura
- Mansyur N, Dahlan K. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Jawa Timur : Selaksa
- Mayo Clinic. 2020. *Thrombophlebitis*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/thrombophlebitis/symptoms-causes/syc-20354607>
- Medline Plus. 2020. *Thrombophlebitis*. <https://medlineplus.gov/ency/article/001108.htm>
- Moldenhauer JS. 2022. *Blood Clots After Delivery (Postpartum Blood Clots)*. <https://www.msdmanuals.com/home/women-s-health-issues/postpartum-care/blood-clots-after-delivery>
- Rofiliah FD. 2021. *Kenali Thromboflebitis dan Ketahui Penyebab Serta Cara Pencegahannya*. <http://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/1148-kenali-thromboflebitis-dan-ketahui-penyebab-serta-cara-pencegahannya>

Salvi A, Nitti C, Fabbri A, Groff P, Ruggiero EG, Agnelli G. 2020. Diagnosis and Treatment of Deep Vein Thrombosis in the Emergency Department: Results of an Italian Nominal Group Technique Study. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. Vol 26

Tambunan KL, et al. 2020. IDENTIA Registry: Incidence of Deep Vein Thrombosis in Medically Ill Subjects at High Risk in Indonesia: A Prospective Study. *Acta Med Indones-Indones J Intern Med.* Vol.2 No.1

Walke M and Pohekar S. 2021. Deep Vein Thrombosis in Adults-A Review. *Journal of Pharmaceutical Research International* 33(42A): 130-134, 2021; Article no.JPRI.71738

WebMD. 2021. *Thrombophlebitis*. <https://www.webmd.com/dvt/understanding-thrombophlebitis-basics>

Wiharni, R. 2020. *Phlebitis Pencegahan dan Penangananya*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/169/pencegahan-dan-penanganannya

BAB 8

KEPUTIHAN PATOLOGIS PADA MASA NIFAS

Henny Sulistyawati, SST.,M.Kes



BAB 8

KEPUTIHAN PATOLOGIS PADA MASA NIFAS

Henny Sulistyawati, SST.,M.Kes

A. Latar Belakang

Keputihan dikalangan medis dikenal dengan istilah leukore atau flour albus, yaitu keluarnya cairan dari vagina. Keputihan dapat timbul dari berbagai keadaan, yaitu secara normal/fisiologis dan secara patologis. Keputihan fisiologis adalah keputihan yang normal terjadi akibat perubahan hormonal, seperti saat menstruasi, stres, kehamilan, dan pemakaian kontrasepsi. Sedangkan keputihan patologis adalah keputihan yang timbul akibat kondisi medis tertentu dengan penyebab tersering adalah akibat infeksi parasit/jamur/bakteri. Cairan vagina normal memiliki ciri-ciri antara lain warnanya putih jernih, bila menempel pada pakaian dalam warnanya kuning terang, konsistensi seperti lendir (encer-kental) tergantung siklus hormon, tidak berbau serta tidak menimbulkan keluhan. Ketika cairan yang keluar dari vagina sudah mengalami perubahan warna (menjadi putih susu, keabuan, hingga kehijauan), berbau, banyak dan disertai keluhan lain (seperti gatal, panas, dll) menunjukkan bahwa telah terjadi keputihan abnormal yang umumnya disebabkan karena infeksi pada saluran reproduksi oleh berbagai kuman, jamur ataupun parasit.

Keputihan merupakan infeksi jamur candida pada genetalia perempuan dan disebabkan oleh organisme seperti ragi yaitu candida albicans Dalam keadaan normal, vagina memproduksi cairan yang berwarna bening, tidak berbau, tidak berwarna, jumlahnya tak berlebihan dan tidak disertai gatal. Keputihan merupakan keluhan yang paling sering ditemukan pada perempuan. Keputihan dapat terjadi pada keadaan yang normal (fisiologis), namun dapat juga merupakan gejala dari suatu kelainan yang harus diobati (patologis)

B. Definisi Keputihan Patologis

1. Keputihan adalah keluarnya cairan dari vagina selain darah yang berbau ataupun tidak dan adanya rasa gatal disekitar daerah setempat (Yulfitria, 2017).

2. Keputihan yaitu keluarnya cairan dari genitalia yang tidak berupa darah (Nurvitasisari, 2019).
3. Keputihan berasal dari kata leukorea. Leuco yang artinya benda berwarna putih dengan akhiran rrhea artinya aliran atau cairan yang mengalir. Keputihan atau Flour Albus atau Leukorea atau vaginal discharge adalah pengeluaran cairan dan bukan darah yang keluar dari alat genetalia (Himawati, 2019)

C. Penyebab Keputihan Patologis

1. Penyebab

Keputihan patologis disebabkan karena infeksi dari jamur, bakteri dan virus. Keputihan patologis bisa terjadi pada semua infeksi alat kelamin (infeksi bibir kemaluan, liang senggama, mulut rahim, jaringan penyangga dan pada infeksi karena penyakit menular seksual). (Marhaeni, 2016).

Keputihan yang tidak normal disebabkan oleh mikroorganisme yaitu bacterial vaginosis (BV), Candiasis, dan Trichomoniasis. Keputihan yang tidak normal juga dapat disebabkan oleh bahan kimia iritan, allergen dan benda asing yang dapat menyebabkan peradangan. Saat tingkat keasaman di vagina meningkat, jamur akan lebih mudah tumbuh dan berkembang (Wulandari, 2021)

Penyebab keputihan bisa sangat beragam. Keputihan yang normal bisa disebabkan oleh siklus mentruasi, masa ovulasi atau masa subur, dan bisa disebabkan oleh olahraga, pil KB serta stress.

Keputihan yang tidak normal bisa disebabkan oleh infeksi berikut :

- a. Bakteri Vaginosis (BV), merupakan salah satu infeksi penyebab keputihan yang sering terjadi. Ciri khas infeksi BV yaitu keluar cairan dari vagina yang berbau amis dan tidak sedap. Bisa menular melalui oral sex dan bisa juga tidak memnculkan ejala apapun.
- b. Trikomoniasis merupakan infeksi yang disebabkan oleh protozoa yang menyebar melalui hubungan seksual, namun bisa juga menyebar melalui kontak seperti menggunakan handuk atau baju renang yang sama. Ciri khas dari infeksi ini yaitu warna keputihan kuning/hijau dengan bau tak sedap.
- c. Infeksi Jamur. Ciri khas dari infeksi jamur yaitu keluarnya cairan dari vagina yang mirip keju dengan keluhan gatal dan sensasi seperti terbakar. Jamur di alat kelamin merupakan hal yang normal jika

keluarnya dalam jumlah wajar, namun apabila jamur berkembang biak melebihi jumlah normal maka sudah disebut dengan infeksi jamur. Infeksi jamur disebabkan karena penggunaan pil KB, stress, riwayat penyakit diabetes mellitus, keadaan celana dalam yang lembab dan penggunaan antibiotic lebih dari 10 hari.

- d. Gonore dan Klamidia. Infeksi tersebut termasuk dalam infeksi menular seksual yang ditandai dengan keputihan berwarna kuning, hijau atau keruh.
- e. Penyakit inflamasi pelvis (radang panggul). Penyakit ini biasanya disebabkan oleh infeksi yang menular melalui hubungan seksual. Berawal dari infeksi organ kelamin kemudian menyebar ke organ seksual yang menyebabkan keputihan dalam jumlah banyak dan bau tak sedap.
- f. Kanker serviks dan infeksi HPV bisa tidak memiliki gejala. Jika bergejala, bisa berupa keputihan berwarna coklat, warna merah darah atau cairan cair dengan bau tak sedap. Kanker serviks bisa dideteksi dengan pemeriksaan pap smear (Christy, 2020)

2. Faktor-Faktor Penyebab Keputihan Patologis

a. Kelelahan fisik

Kelelahan fisik merupakan kondisi yang dialami oleh seseorang akibat meningkatnya pengeluaran energi karena terlalu memaksakan tubuh untuk bekerja berlebihan dan menguras fisik meningkatnya pengeluaran energi menekan sekresi hormon esterogen. Menurunnya sekresi hormon esterogen menyebabkan penurunan kadar glikogen. Glikogen digunakan oleh Lactobacillus doderlein untuk metabolisme. Sisa dari metabolisme ini adalah asam laktat yang digunakan untuk menjaga keasaman vagina. Jika asam laktat yang dihasilkan sedikit, bakteri, jamur, dan parasit mudah berkembang.

b. Ketegangan psikis

Ketegangan psikis merupakan kondisi yang dialami seseorang akibat dari meningkatnya beban pikiran akibat dari kondisi yang tidak menyenangkan atau sulit diatasi. Meningkatnya beban pikiran memicu peningkatan hormon adrenalin. Meningkatnya sekresi hormon adrenalin menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi elastisitas pembuluh darah. Kondisi ini menyebabkan aliran hormon esterogen ke

organ – organ tertentu termasuk vagina terhambat sehingga asam laktat yang dihasilkan berkurang. Berkurangnya asam laktat menyebabkan keasaman vagina berkurang sehingga bakteri, jamur dan parasit penyebab keputihan mudah berkembang.

c. Kebersihan diri

Kebersihan diri merupakan suatu tindakan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Keputihan yang abnormal banyak dipicu oleh cara wanita dalam menjaga kebersihan dirinya, terutama alat kelamin. Kegiatan kebersihan diri yang dapat memicu keputihan adalah penggunaan pakaian dalam yang ketat dan berbahan nilon, cara membersihkan alat kelamin (cebok) yang tidak benar, penggunaan sabun vagina dan pewangi vagina, penggunaan pembalut kecil yang terus menerus di luar siklus menstruasi.

Keputihan patologis akibat infeksi diakibatkan oleh infeksi alat reproduksi bagian bawah atau pada daerah yang lebih proksimal, yang bisa disebabkan oleh infeksi gonokokus, trikomonas, klamidia, treponema, candida, human papilloma virus, dan herpes genitalis. (Yulfitria, 2017)

3. Faktor Pendorong Keputihan

Ada dua faktor pendorong terjadinya keputihan, yaitu :

a. Faktor Endogen

Factor endogen yaitu lubang kemaluan yang tidak normal

b. Faktor Eksogen

Faktor eksogen dibedakan menjadi dua jenis yaitu akibat infeksi dan non infeksi. Faktor infeksi adalah disebabkan oleh bakteri, jamur, parasit, virus, dan faktor non infeksi yaitu masuknya benda asing ke dalam vagina dengan sengaja maupun tidak, cebok tidak bersih, alat kelamin basah (lembab), kondisi fisik, gangguan endokrin atau hormon dan menopause. (Wulandari, 2021)

D. Faktor Risiko Keputihan Patologis

1) Endometritis

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium (lapisan yang berada didalam Rahim). Infeksi ini bisa terjadi sebagai kelanjutan infeksi pada serviks atau infeksi tersendiri yang terdapat benda asing didalam Rahim. Endometritis yaitu infeksi yang terjadi pada masa nifas dan jarang

sekali terjadi pada wanita yang mendapatkan perawatan medis yang baik serta masa nifas yang tidak mempunyai komplikasi. Infeksi pada masa nifas yang sering terjadi yaitu endometritis merupakan infeksi pada endometrium atau pelapis Rahim yang sensitive setelah lahirnya, kejadian ini lebih sering terjadi proses persalinan sectio caesaria, proses persalinan yang terlalu lama sehingga menyebabkan pecahnya membrane yang terlalu dini, sering terjadi juga ketika adanya plasenta yang tertinggal didalam Rahim yang kemungkinan besar bisa menyebabkan infeksi dari luka leher pada Rahim, vagina ataupun vulva. Infeksi endometrium akut dengan gejala klinis yaitu abdomen bagian bawah tersa nyeri, mengeluarkan keputihan, terjadi perdarahan (Themone, 2018)

- 2) Kurangnya kebersihan pada area vagina
- 3) Berhubungan seksual tanpa pengaman
- 4) Memiliki banyak partner seksual atau sering berganti pasangan
- 5) Menderita penyakit diabetes
- 6) Mengonsumsi pil KB
- 7) Menggunakan antibiotik atau steroid
- 8) Memiliki imunitas yang lemah atau terinfeksi HIV (Jaclyn, 2022)

E. Tanda dan Gejala

- 1) Terdapatnya Bau yang menyengat
- 2) Keputihan keluar lebih banyak dari biasanya
- 3) Keputihan menggumpal seperti keju
- 4) Keputihan memiliki warna (contoh: hijau, keabuan)
- 5) Nyeri hingga gatal pada area vagina
- 6) Nyeri saat buang air kecil
- 7) Pendarahan saat menstruasi
- 8) Pendarahan setelah berhubungan seksual(Jaclyn, 2022)
- 9) Cairan Keluar di luar jadwal haid
- 10) Gatal di area kewanitaan
- 11) Nyeri di panggul
- 12) Rasa terbakar di sekitar vagina (Willacy, 2021)

Perubahan warna pada cairan keputihan dapat menjadi tanda dari kondisi tertentu, seperti dijelaskan di bawah ini:

- a. Keputihan berwarna coklat atau disertai bercak darah bisa disebabkan oleh siklus menstruasi yang tidak teratur, atau bisa juga merupakan tanda dari kanker pada rahim atau leher rahim
- b. Keputihan berwarna hijau atau kekuningan dan berbuih dapat disebabkan oleh penyakit trikomoniasis
- c. Keputihan berwarna kelabu atau kekuningan dapat disebabkan oleh gonore
- d. Keputihan berwarna putih dan kental dapat disebabkan oleh infeksi jamur pada vagina
- e. Keputihan berwarna putih, abu-abu, atau kuning, serta disertai dengan bau amis, dapat disebabkan oleh penyakit vaginosis bakterialis
- f. Keputihan berwarna merah muda bisa disebabkan oleh peluruhan lapisan rahim yang terjadi setelah melahirkan

Jika cairan keputihan mengalami perubahan warna, tekstur dan bau maka harus diwaspadai, karena kondisi ini bisa menjadikan tanda keputihan yang berbahaya atau patologis, mungkin bisa disebabkan oleh infeksi atau kelainan organ reproduksi. Keputihan dengan ciri seperti itu bisa menjadi tanda penyakit kelamin wanita. Segera periksakanlah ke dokter ketika menemui tanda dan gejala tersebut. Terlebih ketika setelah gejala tak kunjung membaik setelah menjalani perawatan dirumah.(Jaclyn, 2022)

F. Diagnosis Keputihan

Keputihan normal atau tidak normal bisa ditentukan dengan menanyakan terlebih dahulu gejala yang dialami, siklus menstruasi, dan riwayat hubungan seksual. Namun apabila terjadi pada masa nifas yang ditanyakan cukup gejala yang dirasakan. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan panggul untuk memeriksa kondisi organ reproduksi wanita, seperti vagina, serviks dan Rahim.

Keputihan yang patologis biasanya sudah bisa dideteksi pada pemeriksaan awal. Namun, agar pasti diagnosanya maka harus dilakukan pemeriksaan tambahan seperti :

1. Tes pH, tujuannya untuk mengetahui tingkat keasaman lender vagina dan mendeteksi adanya tanda infeksi pada vagina
2. Pemeriksaan sampel cairan vagina, tujuannya untuk mengetahui apakah ada jamur, bakteri atau parasit yang menyebabkan keputihan

3. Tes infeksi menular seksual, untuk mendeteksi adanya tanda atau gejala dari infeksi menular seksual, seperti gonore, chlamydia, dan trikomoniasis
4. *Pap smear*, untuk mendeteksi adanya kelainan yang terdapat pada jaringan leher rahim (serviks)(Sachan et al., 2018)

G. Pencegahan

- 1) Menjaga kebersihan organ kewanitaan dengan rutin membersihkannya. Lakukan dengan air mengalir dari arah depan ke belakang.
- 2) Menjaga vagina tetap kering dan tidak lembap. Rutin mengganti celana dalam, minimal 2–3 kali sehari, terutama bila banyak beraktifitas.
- 3) Jika sedang menstruasi, ganti pembalut secara teratur.
- 4) Gunakan celana dalam berbahan katun yang dapat menyerap keringat, serta jangan terlalu ketat.
- 5) Hindari berhubungan intim dengan banyak orang.
- 6) Batasi penggunaan cairan pembersih kewanitaan, parfum, bedak atau produk sejenisnya pada daerah kewanitaan.
- 7) Konsumsi makanan sehat dengan nutrisi seimbang.
- 8) Hindari stres berlebihan setelah melahirkan, dengan mencukupi kebutuhan istirahat dan sesekali meluangkan waktu untuk memanjakan diri sendiri. (Fadli, 2021)

H. Penatalaksanaan

Keputihan yang normal tidak memerlukan penanganan medis secara khusus. Kondisi ini bisa diatasi dengan membersihkan area kewanitaan menggunakan air secara rutin untuk menghilangkan lendir dan cairan. Penanganan Keputihan abnormal bisa diatasi tergantung penyebabnya, misalnya pemberian obat, seperti :

1. Antibiotik, seperti clindamycin, fungsinya menghilangkan bakteri yang menyebabkan keputihan. Antibiotik tersedia dalam bentuk pil atau krim oles.
2. Antijamur, seperti fluconazole, clotrimazole dan miconazole untuk mengatasi infeksi jamur yang menyebabkan keputihan. Obat ini tersedia dalam bentuk krim atau gel yang dioleskan dibagian dalam vagina.
3. Metronidazole atau tinidazole, untuk mengatasi keputihan yang disebabkan oleh parasit penyebab penyakit trikomoniasis. Obat ini hanya didapatkan dengan resep dokter.

Selain dengan obat-obatan dari dokter, keputihan juga bisa diatasi dengan obat keputihan tradisional. Namun, penggunaan obat-obatan tradisional tersebut harus dikonsultasikan dengan dokter terlebih dahulu. Sementara bila keputihan yang dialami merupakan tanda dari kanker Rahim dokter dapat menganjurkan operasi pengangkatan Rahim (histerektomi) (Willacy, 2021)

I. Komplikasi

Keputihan yang tidak normal apabila tidak tertangani dengan baik dapat menimbulkan berbagai komplikasi medis. Beberapa komplikasi yang terjadi akibat keputihan patologis adalah:

1. Infeksi dan peradangan pada organ reproduksi
2. *Toxic shock syndrome*
3. Polip serviks
4. Kemandulan
5. Kehamilan ektopik
6. Komplikasi kehamilan, seperti kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah

J. SOAP

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN KEPUTIHAN PATOLOGIS

1) Pengkajian Data

Tanggal : 19 Maret 2022

Tempat : Praktik Mandiri Bidan

Jam : 16.00

a. Subjektif

Ibu mengatakan telah melahirkan anak ke 2 pada 2 bulan yang lalu mengeluh keluar keputihan yang berwarna kuning serta gatal-gatal sekitar vagina sejak 40 hari yang lalu, ibu belum haid dan sudah melakukan hubungan seksual sejak 40 hari setelah masa nifas. Ibu masih menyusui bayinya.

b. Objektif

Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum : Baik

Tanda-tanda vital :

TD : 120/70 mmHg

N : 78 x/menit

P : 22 x/menit

S : 36,5°C

2) Pemeriksaan fisik khusus

Muka : Tidak pucat

Mata : Simetris, tidak terdapat *secret, conjunctiva* merah muda, *sclera* berwarna putih, pupil normal terhadap rangsangan cahaya, *palpebrae* tidak *oedema*

Dada : Tidak ada nyeri tekan, ASI keluar lancar

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, terdapat strie dan linea nigra

Genitalia : terdapat keputihan yang berwarna hijau kekuningan.

3) Analisa Data

P2A0 dengan keputihan patologis

4) Penatalaksanaan

16.10 WIB Menjelaskan hasil pemeriksaan tentang kondisi ibu.
Ibu mengerti.

16.13 WIB Memberitahu ibu tentang penyebab keputihan yang, ibu mengerti.

16.15 WIB Mengajurkan pada ibu untuk personal hygiene dan mengganti celana dalam setelah BAK/BAB. Ibu mengerti dan bersedia

16.18 WIB Mengajurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang. Ibu mengerti dan memahami.

16.20 WIB Memberitahukan kepada ibu pentingnya menghindari stres berlebihan setelah melahirkan, dengan mencukupi kebutuhan istirahat. Ibu mengerti dan memahaminya.

16.25 WIB Memberitahu ibu untuk minum antibiotic yaitu obat metronidazole 3x1 secara teratur

16.30 WIB Menyarankan ibu agar control kembali pada 25 Maret 2022 atau apabila sewaktu-waktu ada keluhan. Ibu bersedia control kembali.

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 30 tahun P2A0 melahirkan kan 3 bulan yang lalu datang ke TPMB dengan mengalami keputihan yang berbau, kurang lebih 1 bulan. Hasil Anamnesis : mengalami perdarahan saat melakukan hubungan seksual. Hasil Pemeriksaan : KU Baik, Composmentis, TD : 90/60 mmHg, N: 88 x/menit, P: 18 x/menit, S : 37,8 °C. Apakah pemeriksaan penunjang paling tepat yang dilakukan pada kasus tersebut?
 - a. Biopsi
 - b. Pap smear**
 - c. Kolposkopi
 - d. Histereskopi
 - e. Histerosalpingomamografi
2. Seorang perempuan umur 25 tahun P1A0 melahirkan kan 35 hari yang lalu datang ke TPMB dengan mengalami keputihan yang berbau dari kemaluannya. Hasil Anamnesis : keputihan dirasakan sejak 5 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: KU Baik, Composmentis, TD : 110/70 mmHg, N: 88 x/menit, P: 18 x/menit, S : 38 °C, tampak keluarnya cairan kekuningan dari vulva. Apakah pemeriksaan tambahan yang dilakukan untuk menunjang diagnosa pada kasus tersebut?
 - a. Pemeriksaan IVA
 - b. Pemeriksaan dalam
 - c. Pemeriksaan Spekulo
 - d. Pemeriksaan Pap Smear
 - e. Pemeriksaan secret vagina**
3. Seorang perempuan, umur 28 tahun P2A0 melahirkan 2 bulan yang lalu, datang ke TPMB dengan keluhan keputihan. Hasil anamnesis : gatal-gatal disekitar area genetalia, belum haid, menyusu Eksklusif. Sudah melakukan hubungan seksual sejak nifas 40 hari. Hasil pemeriksaan: TD 120/70 mmHg, N 78x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C keputihan berwarna kuning kehijauan. Apakah penyebab yang paling mungkin pada kasus tersebut?
 - a. Sifilis
 - b. Gonore
 - c. Kalmedia
 - d. Kandidiasis
 - e. Trikomoniasis**

4. Seorang perempuan, umur 28 tahun P2A0 melahirkan 2 bulan yang lalu, datang ke TPMB dengan keluhan keputihan. Hasil anamnesis : gatal-gatal disekitar area genetalia, belum haid, menyusu Eksklusif. Sudah melakukan hubungan seksual sejak nifas 40 hari. Hasil pemeriksaan: TD 120/70 mmHg, N 78x/menit, P 22 x/menit, S 36,5°C keputihan berwarna kuning kehijauan. Apakah Tindakan yang sesuai dengan kewenangan bidan dalam menangani kasus tersebut ?
- a. Bilas vagina
 - b. Kompres betadin
 - c. Memberikan albothyl
 - d. Memberika AgNO₃ 10 %
 - e. **Memberikan antibiotic**
5. Seorang perempuan, umur 32 tahun P3A0 postpartum hari ke 23, datang ke TPMB mengeluh keputihan. Hasil anamnesis: gatal pada daerah kemaluan dan sakit pada saat BAK. Hasil pemeriksaan:TD 110/70 mmHg, N 83x/menit, S380C, P 21x/menit, pada vagina nampak keputihan berwarna kehijauan. Bidan menganjurkan untuk melakukan pemeriksaan lanjutan.
Apakah Pemeriksaan lanjutan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Pemeriksaan fisik
 - b. Pemeriksaan urine
 - c. Pemeriksaan alat vital
 - d. Pemeriksaan Hormonal
 - e. **Pemeriksaan Laboratorium**

DAFTAR PUSTAKA

- Christy, K. (2020). *Keputihan*. Tim Klinis Dokter.
- Fadli, R. (2021). *Keputihan Setelah Melahirkan*. Tim Klinis dokter.
- Himawati, D. N. (2019). *Tingkat Pengetahuan Tentang Keputihan (Leuchorrea) Pada Remaja Putri Di.Kaligetas Jatibarang Mijen Semarang*.
- Jaclyn, D. A. (2022). *Masalah Reproduksi Wanita*. Tim Medis Klikdokter.
- Marhaeni, G. A. (2016). Keputihan pada Wanita. *Jurnal Skala Husada*, 13, 30–38.
<https://doi.org/10.1007/s11038-006-9134-2>
- Nurvitasari, M. (2019). Kejadian Keputihan Pada ibu hamil di Puskesmas Kecamatan Menteng Jakarta Pusat. *Galang Tanjung*, 2504, 1–9.
- Sachan, P. L., Singh, M., Patel, M. Ial, & Sachan, R. (2018). A Study on Cervical Cancer Screening Using Pap Smear Test and Clinical Correlation. *National Library Of Medicine*, 5(3), 337–341.
- Themone, M. A. (2018). *Gambaran Kejadian Infeksi Post Partum pada Ibu yang Menggunakan Kompres Panas (Tatobi) di Desa Binaus Kecamatan Mollo Tengah Kabupaten Timor Tengah Selatan*. 10–28.
https://repository.uksw.edu/bitstream/123456789/12065/2/T1_462008062_BAB II.pdf
- Willacy, H. P. (2021). *Infectious Disease. Vaginal Discharge*. Tim Klinis Dokter.
- Wulandari, D. R. (2021). *HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU KEBERSIHAN GENITALIA DENGAN KEJADIAN KEPUTIHAN PATOLOGIS PADA WANITA USIA SUBUR DI DUSUN TEGALSARI DESA SUMBERARUM*.
- Yulfitria, F. (2017). Effects of Health Education in Improving Knowledge of Pathological Flora Albus Prevention. *Jurnal Bidan "Midwife Journal,"* 3(02), 82–92.

BAB 9

PRE-EKLAMSIA

Irma Nurma Linda, S.Keb., Bd., M.Keb.



BAB 9

PRE-EKLAMPSIA

Irma Nurma Linda, S.Keb., Bd., M.Keb.

A. Latar Belakang

Gangguan darah tinggi merupakan komplikasi yang sering terjadi pada ibu hamil dan sering berlanjut hingga masa post partum serta menimbulkan gejala sisa dari kehamilan, bisa bersifat menetap ataupun hilang setelah persalinan (ACOG, 2013). Tingkat keparahan yang terjadi bisa bervariasi sesuai dengan tipe dari keabnormalan tekanan darah yang diderita. Angka mortalitas dan morbiditas preeklamsia yang terjadi sebesar 5% hingga 7 % dari semua ibu hamil dan bertanggung jawab atas lebih dari 70.000 kematian ibu dan janin hingga 500.000 diseluruh dunia setiap tahunnya (Goel *et al*,2015; Berntein, *et al* 2017). Namun, beberapa kasus preeklamsia postpartum dapat bertahan setelah melahirkan dan beberapa kasus juga berkembang selama masa post partum sehingga risiko penyakit kardivaskular dan cerebrovascular dalam jangka Panjang menjadi hal yang serius dalam memberi asuhan kebidanan (Coutinho, *et al*/2018).

B. Definisi

Preeklamsia merupakan kelainan multi sistem tubuh dengan karakteristik tekanan darah tinggi dan adanya protein urine atau disfungsi organ pada kehamilan di atas 20 minggu pada wanita yang sebelumnya memiliki tensi normal.

C. Diagnosis Preeklamsia

Preeklamsia ringan

1. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada usia kehamilan > 20 minggu
2. Tes celup urin menunjukkan proteinuria $1+$ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 300 mg/24 jam

Preeklamsia berat

1. Tekanan darah $> 160/110$ mmHg pada usia kehamilan > 20 minggu
2. Tes celup urin menunjukkan proteinuria $\geq 2+$ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 5 g/24 jam

Atau disertai keterlibatan organ lain:

- Trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemolisis mikroangiopati
- Peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran kanan atas
- Sakit kepala, skotoma penglihatan
- Pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion
- Edema paru dan/atau gagal jantung kongestif
- Oliguria (< 500ml/24jam), kreatinin > 1,2 mg/dl

Superimposed preeklampsia pada hipertensi kronik

1. Ibu dengan riwayat hipertensi kronik (sudah ada sebelum usia kehamilan 20 minggu)
2. Tes celup urin menunjukkan proteinuria >+1 atau trombosit <100.000 sel/uL pada usia kehamilan > 20 minggu

Eklampsia

1. Kejang umum dan/atau koma
2. Ada tanda dan gejala preeklampsia
3. Tidak ada kemungkinan penyebab lain (misalnya epilepsi, perdarahan subaraknoid, dan meningitis)

D. Patofisiologi

1. Teori iskemia plasenta, radikal bebas dan disfungsi endotel
 - a. Iskemis plasenta

plasenta merupakan organ utama yang berperan dalam patofisiologi preeklamsia. Invasi trofoblast yang tidak adekuat yang menyebabkan *remodeling arteri spiralis* yang tidak sempurna sehingga terjadi iskemia plasenta. Plasenta dengan perfusi buruk dan hipoksik mensintesis dan melepaskan faktor *vasoaktif* seperti *soluble fms-like tyrosine kinase* (sFlt-1), *sitokin*, dan *angiotensin II* (ANG II) *autoantibodi reseptor* tipe 1 (AT1-AA) dalam jumlah besar. Vasoaktif yang beredar dalam jumlah besar dapat mengganggu keseimbangan faktor relaksasi dan kontraksi lapisan sel tunggal endotel yang terdapat pada lapisan luminal pembuluh darah yang berfungsi menjaga hemostasis vaskuler. Saat keseimbangan ini terganggu, terjadi vasokonstriksi dan inflamasi vaskuler. sFlt-1 juga ditemukan menginduksi terjadinya peningkatan tekanan darah dan proteinuria pada hewan coba yang digunakan untuk penelitian mengenai preeklamsia.

b. Radikal bebas dan gangguan keseimbangan antikosidan

Radikal bebas merupakan senyawa kimia dengan elektron yang tidak berpasangan pada orbit terluarnya, elektron yang tidak berpasangan ini membuat senyawa tersebut bersifat paramagnetik dan reaktif.

Pada kehamilan normal, peningkatan jumlah antioksidan dalam sistem sirkulasi ditemukan seiring dengan peningkatan usia kehamilan. Namun pada kehamilan dengan preeklamsia terjadi gangguan titik keseimbangan antioksidan. Gangguan keseimbangan prooksidan-antioksidan plasenta meningkatkan jumlah produk radikal bebas lipid peroksidase dalam sistem sirkulasi. Kontak pembuluh darah dengan produk peroksidase yang bersirkulasi menyebabkan disfungsi endotel vaskuler dengan menginduksi kerusakan membran endotel.

c. Disfungsi endotel

Invasi trofoblast yang tidak sempurna menyebabkan gangguan remodeling arteri spiralis sehingga terjadi iskemia/reperfusi plasenta dan proses inflamasi. Dalam sel trofoblas terjadi stress oksidatif karena pembentukan radikal bebas yang tidak seimbang yang terbentuk dari berbagai sumber seperti *XO*, *eNOS* tidak berpasangan, *NADPH oksidase*, dan mitokondria. Selanjutnya gabungan dari berbagai proses ini menyebabkan pembentukan peroksinitrit, *lipid peroksidase*, modifikasi protein, aktivasi MMP, dan kerusakan DNA yang berkontribusi dalam terjadinya disfungsi endotel.

2. Teori kelainan vaskularisasi plasenta

Plasenta merupakan organ utama yang berperan dalam pathogenesis preeklamsia. Preeklamsia dapat terjadi hanya dengan adanya plasenta tanpa melibatkan fetus, hal ini dibuktikan pada kasus kehamilan mola tanpa janin, dimana resiko kejadian preeklamsia mengalami peningkatan. Pada implantasi plasenta normal, *sel sitotrofoblas embrio* menginviasi dinding rahim maternal. Setelah invasi, sitotrofoblas mencapai lapisan otot polos dan endotel arteri desidua maternal. Interaksi ini menyebabkan terjadinya perubahan pada pembuluh darah maternal (*remodeling spiral arteries*) yang menyebabkan kapasitas pembuluh darah meningkat dan resistensi pembuluh darah menurun, hal ini berfungsi untuk meningkatkan akses oksigen dan nutrisi untuk pertumbuhan janin dan plasenta. Dalam proses invasi vascular ini, sitotrofoblas berdiferensiasi dari fenotip epitel menjadi fenotip endotel, proses ini disebut dengan pseudovaskulogenesis

atau mimikri vaskuler. Pada preeklamsia, sitotrofoblas gagal berdiferansi menjadi fenotip endotel invasif, invasi arteri spiralis sangat dangkal, dan pembuluh darahnya berukuran kecil dengan resistensi tinggi. Hal ini meningkatkan kemungkinan terhambatnya aliran darah dan resiko cedera akibat iskemia/reperfusi, yang merupakan stimuli kuat terjadinya stress oksidatif.

3. Teori intoleransi imunologi anatara ibu dan janin

Toleransi imun maternofetal penting untuk mempertahankan kehamilan. Berbanding terbalik dengan kehamilan normal, terdapat indikasi bahwa pada kehamilan dengan preeclampsia terdapat peningkatan respon inflamasi dan terjadi perubahan imun Th1. Pada kehamilan normal, terdapat dominasi sel Th2, sedangkan pada khamilan dengan preeklamsia terdapat dominasi sel Th1.

Pada kehamilan dengan preeklamsia, ditemukan bahwa trofoblas mengalami apoptosis yang lebih cepat dan dalam jumlah banyak. Mikropartikel trofoblas dan sinsitiotrofoblas yang mengalami apoptosis secara terlepas secara konstan dari plasenta selama kehamilan dan masuk dalam sirkulasi maternal. Selanjutnya, partikel yang telepas tersebut memicu respon imun ibu, serta menyebabkan aktivasi endotel sistemik secara berlebihan yang ditemukan dalam preeklamsia.

4. Teori adaptasi kardiovaskuler

Selama kehamilan jantung mengalami remodeling, yaitu peningkatan dimensi ventrikel dan atrium, ketebalan dinding ventrikel kiri, dan masa jantung yang disebabkan oleh hipertropi. Gangguan dalam proses remodeling, khususnya pada bagian ventrikel kiri dapat menjadi salah satu penyebab preeklamsia. Hal ini terbukti dari hasil penelitian yang menemukan bahwa wanita yang mengalami insufisiensi plasenta yang disertai dengan disfungsi ventrikel kiri cenderung mengalami preeklamsia dini, sedangkan wanita yang hanya mengalami insufisiensi plasenta tanpa gangguan fungsi jantung cenderung mengalami preeklamsia pada kehamilan lanjut atau tidak mengalami preeklamsia.

5. Teori inflamasi

Kehamilan normal memicu respon inflamasi sistemik ringan. Respon tersebut bervariasi dari satu wanita ke wanita lainnya, dapat berupa aktivasi monosit, granulosit, maupun endotel. Endotel merupakan komponen sistem inflamasi. Sel endotel memegang peranan penting

dalam respon inflamasi sistemik dan mediasi inflamasi lokal. Karena pada preeklampsia terjadi gangguan endotel, maka hal ini juga mengakibatkan gangguan respon inflamasi. Seluruh respon inflamasi yang terjadi secara fisiologis pada kehamilan normal menjadi berlebihan pada preeklampsia.

E. Komplikasi Saat Nifas

1. Fibrinogenemia
2. Perdarahan otak
3. Kelainan mata
4. Edema paru
5. Sindrom HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low plateled).
Preeklampsia-eklampsia disertai timbulnya hemolisis, peningkatan enzim hepar, disfungsi hepar, dan trombositopenia.
6. Kelainan ginjal
pembengkakan sitoplasma sel endothelial tubulus ginjal lebih tepatnya di endotel glomerulus sehingga dapat menimbulkan anuria sampai gagal ginjal.
7. Komplikasi lain
Trauma, fraktur akibat jatuh kejang, lidah tergigit, pneumonia, aspirasi.

F. Pencegahan

1. Evidence dari qualitative review untuk mencegah preeklampsia yaitu psychososial, emotional support, mencari pengetahuan atau wawasan tambahan, support dan respectful dari praktisi tenaga kesehatan.
2. Suplementasi calcium harian (1.5-2 g) oral untuk ibu hamil untuk mengurangi risiko pre-eklampsia.

G. Faktor Risiko

Faktor utama meliputi

1. Gemeli
2. Diabetes melitus pregestasional
3. Hipertensi kronik
4. Riwayat eclampsia sebelumnya
5. Obesitas sebelum hamil BMI>30 kg
6. Syndrome antiphospholipid

Faktor yang lain

1. Nullipara
2. BMI sebelum hamil >25 kg
3. Solusio plasenta sebelumnya
4. Kehamilan dengan bantuan teknologi misalnya in vitro fertilization
5. Usia ibu > 35 tahun
6. Herediter (ibu atau ayah)
7. Riwayat ginjal kronis atau sedang ada penyakit ginjal

Faktor langka atau jarang

1. Keluarga mempunyai riwayat preekklamsia
2. Trisomy 13

H. Tanda dan Gejala

1. Tekanan darah tinggi
 - a. Preeklamsia ringan
 - I. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
 - II. Tes celup urine menunjukkan proteinuria 1+ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan >300 mg/24 Jam
 - b. Preeklamsia berat
 - I. Tekanan darah $> 160/110$ mmHg
 - II. Tes celup urine menunjukkan proteinuria $\geq 2+$ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan >5 g/24 Jam

Atau disertai keterlibatan organ lain:

 - Trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemolisis mikroangiopati
 - Peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran kanan atas
 - Sakit kepala, skotoma penglihatan
 - Pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion
 - Edema paru dan/atau gagal jantung kongestif
 - Oliguria (< 500 ml/24jam), kreatinin $> 1,2$ mg/dl
 - c. Superimposed preeklampsia pada hipertensi kronik
 - Ibu dengan riwayat hipertensi kronik (sudah ada sebelum usia kehamilan 20 minggu)
 - Tes celup urin menunjukkan proteinuria $> +1$ atau trombosit <100.000 sel/uL pada usia kehamilan > 20 minggu
 - d. Eklampsia
 - Kejang umum dan/atau koma

- Ada tanda dan gejala preeklampsia
 - Tidak ada kemungkinan penyebab lain (misalnya epilepsi, perdarahan subaraknoid, dan meningitis)
2. Pusing dan kejang
 3. Penglihatan terganggu (pandangan kabur)
 4. Sakit perut
 5. Pembengkakan pada kaki
 6. Cepat Lelah
 7. Nyeri otot dan persendian Penatalaksanaan,

Ibu postpartum dengan preeklampsia pemantauan boleh di puskesmas dengan fasilitas memadai atau lebih baik di Rumah Sakit. Pada pasien dengan eklampsia harus perawatan di RS

Pencegahan dan tatalaksana kejang

- Apabila terjadi kejang, perhatikan jalan napas, pernapasan (oksigen), dan sirkulasi (cairan intravena).
- MgSO₄ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eclampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklampsia berat (sebagai pencegahan kejang). Cara pemberian dapat dilihat di halaman berikut.
 - Pada kondisi dimana MgSO₄ tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (loading dose) lalu rujuk ibu segera ke fasilitas kesehatan yang memadai.
 - Lakukan intubasi jika terjadi kejang berulang dan segera kirim ibu ke ruang ICU (bila tersedia) yang sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif.

CARA PEMBERIAN MGSO₄

1. Berikan dosis awal 4 g MgSO₄ sesuai prosedur untuk mencegah kejang atau kejang berulang.
2. Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 g MgSO₄ dalam 6 jam sesuai prosedur.

Syarat pemberian MgSO₄:

- Tersedia Ca Glukonas 10%,
- Ada reflex patella
- Jumlah urin minimal 0,5ml/kg BB/jam

CARA PEMBERIAN DOSIS AWAL

1. Ambil 4 g larutan MgSO₄ (10 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dengan 10 ml akuades
2. Berikan larutan tersebut secara perlahan IV selama 20 menit
3. Jika akse sintravena sulit, berikan masing-masing 5g MgSO₄ (12,5 ml larutan MgSO₄ 40%) IM di bokong kiri dan kanan

CARA PEMBERIAN DOSIS RUMATAN

- Ambil 6 g MgSO₄ (15 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dalam 500 ml larutan Ringer Laktat/Ringer Asetat, lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes/menit selama 6 jam, dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia).

MgSO₄ dihentikan bila:

1. Terdapat tanda-tanda keracunan yaitu kelemahan otot, hipotensi, refleks fisiologi menurun, fungsi jantung terganggu, depresi system syaraf pusat (SSP).
2. Bila timbul tanda-tanda keracunan magnesium sulfat
 - a. Hentikan pemberian magnesium sulfat
 - b. Berikan calcium gluconase 10% 1gram (10%) dalam 10cc) secara IV dalam waktu 3 menit
 - c. Berikan oksigen
 - d. Magnesium sulfat di hentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normatif).

PANTAU!

1. Lakukan pemeriksaan fisik tiap jam, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, refleks patella, dan jumlah urin.
2. Bila frekuensi pernapasan < 16 x/menit, dan/atau tidak didapatkan refleks tendon patella, dan/atau terdapat oliguria (produksi urin <0,5 ml/kg BB/jam), segera hentikan pemberian MgSO₄.
3. Jika terjadi depresi napas, berikan Ca glukonas 1g IV (10 ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit.

- Selama ibu dengan preeklampsia dan eklampsia dirujuk, pantau dan nilai adanya perburukan preeklampsia. Apabila terjadi eklampsia, lakukan penilaian awal dan tatalaksana kegawatdaruratan. Berikan kembali MgSO₄ 2 g IV perlahan (15-20 menit). Bila setelah pemberian MgSO₄ ulangan masih terdapat kejang, dapat dipertimbangkan pemberian diazepam 10 mg IV selama 2 menit.

ANTIHIPERTENSI ORAL

- Ibu dengan hipertensi berat selama kehamilan perlu mendapat terapi antihipertensi.
- Pilihan antihipertensi didasarkan terutama pada pengalaman dokter dan ketersediaan obat. Beberapa jenis antihipertensi yang dapat digunakan misalnya:

Nama obat	Dosis	Keterangan
Nifedipine	4 x 10-30 mg per oral (short acting) 1 x 20-30 mg per oral (long acting/ Adalat OROS®)	Dapat menyebabkan hipoperfusi pada ibu dan janin bila diberikan sublingual
Nikardipin	5 mg/jam, dapat dititrasi 2,5 mg/jam tiap 5 menit hingga maksimum 10 mg/jam	
Metildopa	2 x 250-500 mg per oral (dosis maksimum 2000 mg/hari)	

Antihipertensi golongan ACE inhibitor (misalnya kaptopril), ARB (misalnya valsartan), dan klorotiazid dikontraindikasikan pada ibu hamil.

- Ibu yang mendapat terapi antihipertensi di masa antenatal dianjurkan untuk melanjutkan terapi antihipertensi hingga persalinan
- Terapi antihipertensi dianjurkan untuk hipertensi pascasalin berat.

Pemeriksaan penunjang pada preeklampsia atau eclampsia

- Hitung darah perifer lengkap (DPL)
- Golongan darah ABO, Rh, dan uji pencocokan silang
- Fungsi hati (LDH, SGOT, SGPT)
- Fungsi ginjal (ureum, kreatinin serum)
- Profil koagulasi (PT, APTT, fibrinogen)
- USG (terutama jika ada indikasi gawat janin/pertumbuhan janin terhambat pada ibu hamil)

I. Soal Vignette

1. Seorang perempuan, umur 35 tahun, G2P1A0, hamil 34 minggu, datang ke TPMB mengeluh mulas sejak pagi. Hasil anamnesis: sakit kepala dan kaki bengkak. Riwayat persalinan sebelumnya operasi atas indikasi preeklamsia. Hasil pemeriksaan: TD 150/90 mmHg, N 88x/menit, P 22x/menit, S 36,5⁰ C, oedema tungkai, TFU 34 cm, DJJ 128x/menit, penurunan kepala 4/5, kontraksi 3x/10'/40", portio kaku, pembukaan 1 cm, ketuban (+).
Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?
 - A. Hipertensi Kehamilan
 - B. Preeklamsia ringan**
 - C. Preeklamsia berat
 - D. Hipertensi Kronis
 - E. Eklamsia
2. Seorang perempuan, umur 30 tahun, G3P2A0, hamil 38 minggu, datang ke PKM mengeluh pusing. Hasil anamnesis: sakit kepala dan kaki bengkak. Hasil pemeriksaan: TD 140/90 mmHg, N 88x/menit, P 18x/menit, S 37⁰ C, oedema tungkai +/+, TFU 34 cm, DJJ 150x/menit.
Apa pemeriksaan penunjang apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - A. Leukosit
 - B. Haemoglobin
 - C. Protein urine**
 - D. Reduksi urine
 - E. Golongan darah
3. Seorang perempuan, umur 23 tahun, G1P0A0, hamil 38 minggu, datang ke PKM mengeluh perut mulus. Hasil anamnesis: mulus sejak pagi jam 05.00 wib. Hasil pemeriksaan: TD 160/90 mmHg, N 88x/menit, P 21x/menit, S 36,6⁰ C, oedema tungkai +/+, TFU 32 cm, DJJ 144x/menit, penurunan kepala 3/5, kontraksi 2x/10'/30", portio kaku, pembukaan 2 cm, ketuban (+).
Apa Rencana asuhan yang paling tepat sesuai kasus tersebut?
 - A. Tawarkan ibu untuk pulang lebih dahulu hingga kontraksi adekuat
 - B. Pantau persalinan kala I fase laten
 - C. Persiapan persalinan
 - D. Beri pencahar
 - E. Segera rujuk**

4. Seorang perempuan, umur 23 tahun, G2P1A0, hamil 28 minggu, datang ke PKM untuk periksa kehamilan. Hasil anamnesis: riwayat PE pada kehamilan sebelumnya. Hasil pemeriksaan: TD 160/90 mmHg, N 88x/menit, P 22x/menit, S 36,60 C, oedema tungkai, TFU 32 cm, DJJ 144x/menit.

Apa sikap professional bidan prioritas pada kasus tersebut?

A. Deteksi kehamilan

B. Pencegahan eklamsia

C. Kesejahteraan janin

D. Kemajuan persalinan

E. Pemeriksaan penunjang

5. Seorang perempuan, umur 23 tahun, G1P0A0, hamil 38 minggu, datang ke TPMB mengeluh ingin melahirkan. Hasil anamnesis: keluar lendir dan darah sejak semalam. Hasil pemeriksaan: TD 150/100 mmHg, N 90x/menit, P 22x/menit, S 370 C, oedema tungkai +/+, TFU 33 cm, DJJ 150x/menit, penurunan kepala 4/5, kontraksi 3x/10'/30", portio kaku, pembukaan 1 cm, ketuban (+).

Apa sikap professional bidan awal pada kasus tersebut?

A. **Pasang infus**

B. Rujukan

C. Konseling

D. Kolaborasi dengan dokter

E. Pantau kesejateraan janin

J. SOAP

Tinjauan kasus

Tanggal pengkajian : 8 Februari 2023

Tempat : Puskesmas X

No register : 01/97xx

Oleh : Bidan X

Data Subyektif

A. Biodata

Nama Ibu : Ny. N

Nama Suami : Tn. K

Umur : 25 th

Umur : 30 th

Agama : Islam
 Suku/ Bangsa: Jawa/ Indonesia
 Pendidikan : SMU
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Perum X

Agama : Islam
 Suku/ Bangsa: Jawa/ Indonesia
 Pendidikan : SMU
 Pekerjaan : Wiraswasta

B. Keluhan Utama: Pusing, kaki bengkak

C. Riwayat Obstetri yang Lalu:

Kehamilan				Persalinan				Anak			Nifas		KB	Ket
Suami ke	Anak ke	UK	Pylt	Penol	J e n i s	T e m	P y I t	JK	BB	H/M	Pylt	ASI		
1	1	9 bln	PE	Dokter	N o m a l	R S	-	L	26 00	H/2 th	-	-	IUD	-

D. Riwayat Menstruasi

- a. HPHT : 01 Juni 2022
- b. HPL : 08 Februari 2023

c. Siklus dan lamanya: 28 hari, lamanya 7 hari , teratur

E. Riwayat Persalinan Sekarang

Bersalin Tanggal	: 08 – 02 – 2023	Bayi
Pukul	: 08.22 WIB	Lahir Tanggal: 08 – Feb- 2023
Cara Persalinan	: spontan	Jam : 08.22 WIB
Perdarahan	: ±100 cc	Jenis Kelamin: Laki - Laki
Penyulit/ Komplikasi:	-	Berat Badan : 3.300 gr
Penolong	: Bidan	Panjang Badan: 49 cm
		Kelainan : Tidak ada

F. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan klien : mempunyai riwayat tekanan darah tinggi pada kehamilan pertama, ibu ANC di RS rutin sejak usia kehamilan 4 bulan dikarenakan tekanan darah tinggi. USG 3 kali di SpOG.

Riwayat Penyakit Keluarga : tidak pernah menderita penyakit menular (Hepatitis, TBC, HIV) dan menurun (DM, Hipertensi, Asma).

- G. Riwayat KB: ibu memakai KB IUD selama 2 tahun kemudian dilepas karena ingin hamil.
- H. Data Kehidupan Sehari-Hari
- Data nutrisi:
Makan 1 piring nasi dengan lauk pauk tempe, ayam goreng serta sayur sop. minum ± 2 gelas air ukuran 200 ml.
 - Pola eliminasi:
Sudah BAK 1 jam setelah persalinan, belum BAB.
 - Pola istirahat:
Sudah tidur ± 1 jam, sering bangun karena bayi nya menangis.
 - Personal hygiene:
Sudah ganti softek 1 kali
 - Pola aktivitas:
Sudah bias miring kanan dan kiri, duduk serta jika dikamar mandi dibantu keluarganya.

I. Data sosial dan budaya

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang direncanakan, tidak ada budaya khusus pada keluarga ibu.

Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum:

KU : baik
Kesadaran : composmentis
Tanda-tanda vital
Tekanan darah : 140/90 mmHg
Suhu Tubuh : 36,9°C
Denyut Nadi : 88x/menit
Pernafasan : 24 x/menit
TB : 145 cm
BB : 58 kg
BMI : 27,5

2. Pemeriksaan fisik :

Wajah : Tidak ada odema, konjungtiva merah muda, sklera putih,
Dada : Payudara bersih, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, ASI sudah keluar
Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi baik, konsistensi uterus keras.
Genitalia : terdapat jahitan robekan derajat II medial, keadaan jahitan baik dan bersih.

Ekstremitas : odeme pada ekstremitas bawah, tidak ada varises.

Analisis :

post partum 6 jam dengan preeklamsia.

K. Penatalaksanaan

1. Beri tahuhan hasil pemeriksaan kepada klien, ibu mengerti akan kondisinya.
2. Mengajari ibu cara menyusui yang benar yaitu kaki tidak boleh menggantung harus berpijak pada bumi agar kaki ibu tidak bengkak, kemudian cari posisi yang nyaman misalnya letakkan bantal di bawah bayi untuk menopang tubuh bayi, wajah bayi menghadap payudara ibu, sebelum menyusui keluarkan asinya sedikit lalu oleskan ke daerah aerola itu berguna untuk asepsis bagi ibu jika terjadi lecet, membuat lembab payudara serta merangsang bayi agar mau menyusu, setelah itu masukkan seluruh aerola mama dan putting untuk menghindari lecet ketika bayi menyusu, ibu mengerti dan mempraktikkannya.
3. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makan makanan yang bergizi seimbang dan kaya protein misalnya telur, daging, tahu, tempe karena penting untuk proses penyembuhan luka jahitan dan laktasi, ibu mengerti dan akan melakukakannya.
4. Memberitahu ibu cara perawatan tali pusat pada bayi yaitu dibungkus dengan kasa kering tanpa di tambahi supaya tali pusat cepat kering, ibu mengerti dan mempraktikkannya
5. Menganjurkan ibu untuk beristirahat cukup, untuk pemulihan tenaga nya pasca melahirkan, ibu memahami dan akan beristirahat
6. Menjelaskan tentang ASI ekskulsif selama 6 bulan dan manfaatnya, ibu bersedia memberikan ASI ekskulsif.
7. Menjelaskan ibu tentang pentingnya personal hygiene yaitu kalau cebok dari depan ke belakang, sering mengganti softek ibu atau jika sudah tidak nyaman, ibu mengerti.
8. Menjelaskan tanda bahaya nifas perdarahana berlebihan, sekret vagina berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak di tangan, wajah, tungkai, sakit kepala atau pandangan kabur, nyeri punggung, pembengkakan payudara, luka atau perdarahana puting, ibu dapat menyebutkan kembali dengan kata-kata sendiri.

9. Menganjurkan ibu untuk 1 minggu lagi periksa ulang atau jika ibu ada keluhan segera periksa, ibu akan kembali 1 minggu lagi atau jika ada keluhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Belayhun, Y., Kassa, Y., Mekonnen, N., Binu, W., Tenga, M., Duko, B., (2021). Determinants of Pregnancy-Induced Hypertension among Mothers Attending Public Hospitals in Wolaita Zone, South Ethiopia: Findings from Unmatched Case-Control Study. International Journal of Hypertension Volume 2021, Article ID 6947499, 9 pages <https://doi.org/10.1155/2021/6947499>
- Bernstein, P. S., Martin, J. N., Barton, J. R., Shields, L. E., Druzin, M. L., Scavone, B. M., Frost, J., Morton, C. H., Ruhl, C., Slager, J., Tsigas, E. Z., Jaffer, S., Menard, M. K., (2017). National partnership for maternal safety: consensus bundle on severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2017;130:347–357. doi: 10.1097/AOG.0000000000002115
- Coutinho, T., Lamai, O., Nerenberg, K., (2018). Hypertensive disorders of pregnancy and cardiovascular diseases: current knowledge and future directions. *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2018;20:56. doi: 10.1007/s11936-018-0653-8
- Goel, A., Maski, M. R., Bajracharya, S., Wenger, J. B., Zhang, D., Salahuddin, S., Shahul, S. S., Thadhani, R., Seely, E. W., Karumanchi, S.A., Rana, S. (2015). Epidemiology and mechanisms of de novo and persistent hypertension in the postpartum period. *Circulation.* 2015;132:1726–1733. doi: 10.1161/.115.015721
- Gilbert., Jeffrey, S., Michael, J. R., Babbette, B., LaMarca, M., Sydney, R. .M, Joey, P., Granger., (2008). Pathophysiology of Hypertension during Preeclampsia: Linking Placental Ischaemia with Endotelial Dysfunkction, American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology Dipublikasi pada 1 Februari 2008 Vol.294 no. 2,<http://ajpheart.physiology.org/content/294/2/H541>.
- Jean, J., Ulrich, F., (2018). The Burden of Hypertensive Disorders of Pregnancy in Africa: A Systematic Review and Meta-analysis, WILEY, Hoboken, NJ, USA,
- Powe., Camile., (2011), Preeclampsia, a Disease of the Maternal Endothelium, diakses dari CrossRefMedlineGoogle Scholar<http://circ.ahajournals.org/content/123/24/2856.full>
- Sarosh, R., Elizabeth, L., Joey, P.G., Ananth, K. (2019). Compendium on the pathophysiology and treatment of hypertension. *Circulation Research* Volume 124, Issue 7, 29 March 2019; Pages 1094-1112. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>

Tanneta., Dione., Sargent. (2013) Placental Disease and the Maternal Syndrome of Preeclampsia: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3838579/>

VB American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy.* *Obstet Gynecol.* 2013;122:1122–1131. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88

Yifru, B., Gezahegn., (2015). "Maternal mortality predictors in women with hypertensive disorders of pregnancy: A retrospective cohort study," *Ethiopian Journal of Health Sciences*, vol. 25, no. 1, 89 pages,

Wubegzier, H., Damen, G, A., (2018) "Causes of maternal death in Ethiopia between 1990 and 2016: systematic review with meta-analysis," *The Ethiopian Journal of Health Development*, vol. 32, no. 4.

BAB 10

INKONTINENSIA URINE POSTPARTUM

Andri Tri Kusumaningrum, S.SiT..M.Kes



BAB 10

INKONTINENSI URINE POSTPARTUM

Andri Tri Kusumaningrum, S.SiT..M.Kes

A. Latar Belakang

Inkontinensi urin (UI) yaitu masalah pada pengeluaran urine secara tidak disadari. Kondisi yang sering terjadi selama siklus kehamilan dan nifas, dengan prevalensi 18,6% hingga 75% selama kehamilan dan 6% hingga 31% pascapersalinan, sesuai dengan karakteristik populasi yang diselidiki. Patofisiologi UI selama kehamilan dan masa nifas bersifat multifaktorial dan melibatkan kehamilan itu sendiri, perubahan hormon, perubahan anatomi uretra, trauma anatomi setelah lahir dan kekuatan dinamis yang melibatkan otot dan jaringan ikat. Inkontinensi urine mengakibatkan meningkatnya resiko infeksi pada saluran kemih (ISK), gangguan psikologis dan isolasi sosial.

Stres UI (SUI) lebih sering terjadi pada wanita nifas, diikuti oleh UI campuran (MUI) dan UI mendesak (UUI). Umumnya, episode kebocoran urin jarang terjadi dan jumlah kebocoran urin kecil. Usia ibu lebih dari 35 tahun, UI selama kehamilan, peningkatan indeks massa tubuh (IMT), multiparitas, dan kelahiran normal dianggap sebagai faktor risiko ui postpartum. Sebuah studi kohort 10 tahun yang dikembangkan dengan tujuan menilai efek kelahiran normal pertama pada gejala kemih menunjukkan bahwa itu terkait dengan peningkatan SUI, selain UUI, terlepas dari usia ibu atau jumlah kelahiran. Faktor-faktor lain seperti: warna atau ras, episiotomi, air mata perineum, lingkar kepala bayi baru lahir, berat bayi baru lahir, usia kehamilan saat lahir, merokok, dan sembelit memerlukan penelitian lebih lanjut untuk membuktikan hubungannya dengan UI pascapersalinan. Inkontinensi urine mengakibatkan penurunan kualitas hidup kehamilan dan periode nifas, menunjukkan pentingnya penelitian tentang faktor-faktor yang dapat mengakibatkan kondisi ini. (Pribakti, 2020).

B. Definisi

Inkontinensi urin adalah ketidakmampuan mengontrol pengeluaran urine yang keluar dari kandung kemih disadari ataupun tidak disadari, keluhan yang dialami tidak dapat menahan kencing segera setelah timbul sensasi ingin kencing, penyebabnya karena tekanan dari dalam vesika urinaria melebihi

tekanan penutupan uretra sehingga kandung kemih yang tidak berkontraksi. Selain itu kondisi ini terjadi karena otot derusor sudah mulai melakukan kontraksi pada saat volume kandung kemih belum terpenuhi. Frekuensi berkemih menjadi lebih sering dan disertai dengan perasaan urgensi.

Adanya keluhan keluar rembesan urin yang tidak disadari akibat terjadi trauma pada internal dan eksternal uretra serta adanya disfungsi dasar panggul. Inkontinensia urin merupakan keluhan rembesan urin (ngompol) yang tidak disadari. Masalah berkemih yang sering terjadi dalam kehamilan dan pascapartum adalah inkontinensia stres (Khandelwal & Kistler, 2013).

Inkontinensia urine yaitu kondisi sering berkemih diluar kesadaran, diwaktu dan tempat yang tidak tepat dan menimbulkan masalah higienitas atau sosial. Masalah dalam aspek sosial yang mungkin dialami diantaranya harga diri rendah, merasa terisolasi serta depresi.

Urine dapat juga keluar dari extra uretra seperti pada kondisi ditemukannya fistula atau malformasi kongenital saluran kemih bawah. Berdasarkan pedoman International Continence Society, inkontinensia urin merupakan gejala dan tanda gangguan fungsi vesika atau disfungsi mekanisme sfingter uretra yang mengganggu kualitas hidup, hubungan sosial menjadi terganggu, terjadi tekanan psikologis dan kekecewaan, rawat inap karena kerusakan kulit dan dapat terjadi infeksi saluran kemih (Purnomo, 2014).

C. Jenis-Jenis Inkontinensia Urin

1) Inkontinensia Urine Stress (*Stress Incontinence*)

Tipe inkontinensia urine ini kandung kemih tidak terjadi aktivitas, sering terjadi pada wanita yang paritas tinggi. Stres inkontinensia urin terjadi pada kondisi urin keluar tidak disengaja dengan adanya peningkatan tekanan abdomen seperti bersin, batuk atau selama latihan beraktifitas sehari-hari dan tidak adanya kontraksi otot detrusor menyebabkan kebocoran urine dari kandung kemih.

2) Inkontinensia Mendesak (*Urge Incontinence*)

Kondisi dimana proses berkemih masih dapat dilakukan, tetapi biasanya terjadi sebelum sampai ke toilet, dikarenakan tidak merasakan adanya tanda untuk berkemih. Hal ini terjadi karena kandung kemih berkontraksi tanpa didahului keinginan untuk berkemih. Hilangnya sensasi berkemih ini disebabkan adanya penurunan fungsi persarafan yang mengatur sistem perkemihan. Urge inkontinensia urin, wanita memiliki kesulitan dalam

menunda buang air kecil mendesak dan harus cepat kosong kandung kemih tanpa penundaan.

3) Inkontinensia Campuran (*Mixed Incontinence*)

Inkontinensia urin campuran yaitu inkontinensia yang terdapat komponen dari tipe stres dan urge inkontinensia.

4) Inkontinensia Overflow

Inkontinensia overflow ditandai dengan urinnya mengalir terus menerus. Disebabkan karena adanya obstruksi saluran kemih seperti pada kondisi pembesaran prostat atau konstipasi. Untuk pembesaran prostat yang menyebabkan inkontinensia dibutuhkan tindakan pembedahan dan untuk konstipasinya relatif mudah diatasi.

5) Inkontinensia Refleks

Terjadi karena kondisi sistem saraf pusat yang terganggu, seperti demensia. Dalam hal ini, pengosongan kandung kemih dipengaruhi refleks yang dirangsang oleh pengisian. Kemampuan rasa ingin berkemih dan berhenti berkemih tidak ada. Penatalaksanaannya dengan anjurkan untuk miksi secara teratur setiap jam atau dengan menggunakan diapers dewasa.

6) Inkontinensia fungsional

Inkontinensia jenis ini mempunyai kandung kemih dan saluran urine yang utuh dan tidak mengalami kerusakan persarafan yang secara langsung mempengaruhi sistem perkemihan tersebut. Kondisi ini muncul akibat ketidakmampuan lain yang mengurangi kemampuannya untuk mempertahankan kontinensia.

7) Occult Stres Inkontinensia

Stres inkontinensia dapat ditemukan setelah operasi prolaps organ panggul dan merupakan stress inkontinensia de novo pada prolaps. Beberapa penulis juga menyatakan bahwa uretra yang terlilit merupakan salah satu dari mekanisme inkontinensia. Stres inkontinensia urin dapat bertambah parah saat prolaps organ panggul semakin parah.

(Pribakti, 2020)

D. Penyebab

Akibat masa kehamilan, pembesaran rahim memberi tekanan yang ekstra pada kandung kemih saat mengembang, sehingga kapasitas volume kandung kemih untuk menyimpan air kencing semakin berkurang.

Proses persalinan mengakibatkan lemahnya daerah otot dasar panggul dan karena aktivitas otot dinding kandung kemih yang berlebihan. Perubahan endokrin hormonal pasca melahirkan juga mempengaruhi kejadian inkontinensia urin. Persalinan pervaginam terlebih dengan tindakan forsep, jumlah persalinan ≥ 5 , kondisi perineum, persalinan bayi besar, usia ibu dan persalinan lama. Persalinan dengan forsep beresiko 2,28 kali dibandingkan persalinan normal. Etiologi inkontinensia urine menurut :

- a. Volume urine banyak dan sering (polyuria), nokturia
- b. Gagal jantung
- c. Faktor usia : lebih banyak ditemukan pada usia > 50 tahun.
- d. Lebih banyak terjadi pada lansia wanita dari pada pria hal ini disebabkan oleh:
 - 1) Penurunan produksi esterogen menyebabkan atropi jaringan uretra dan efek akibat dilahirkan dapat mengakibatkan penurunan otot-otot dasar panggul.
 - 2) Pecandu rokok, minum alkohol.
 - 3) Berat badan berlebih (obesitas).
 - 4) Infeksi saluran kemih (ISK); Infeksi pada (uretra, ureter, kandung kemih dan ginjal) dapat menyebabkan nyeri dan meningkatkan frekuensi untuk berkemih.

Penyebab resiko inkontinensia urin urgensi adalah efek samping penggunaan obat, alcohol dan kopi, gangguan sistem saraf pusat, hiperrefleks destrusor, kerusakan kontraksi kandung kemih: relaksasi springter tidak terkendali, ketidakefektifan kebiasaan berkemih dan kapasitas kandung kemih kecil (Fakhrizal & Maryuni, 2017)

E. Faktor Risiko

Wanita yang mengalami inkontinensia urine saat kehamilan lebih berisiko mengalami inkontinensia urin pada masa pasca persalinan.

1. Usia

Faktor usia sangat berperan penting terhadap kejadian inkontinensia urin, prevalensinya meningkat seiring pertambahan usia sejak usia 20 sampai dengan 50 tahun. Hal ini menunjukkan terjadi perubahan penurunan kekuatan tonus otot dasar panggul dan kesehatan secara umum berhubungan dengan proses penuaan (aging). Pada penelitian menunjukkan semakin tinggi usia wanita ditemukan semakin besar gejala

yang terjadi akibat terganggunya kontrol otot sphincter eksternal uretra dan otot kandung kemih, efek atrofia urogenital pada saluran perkemihan bagian bawah pada usia menopause. Menurut Hatem, et al Wanita yang berusia di atas 35 tahun mempunyai resiko dua kali lebih tinggi dibandingkan wanita dibawah 35 tahun. Hormon estrogen diduga berperan dalam menahan urin sehingga menurunnya atau hilangnya hormon menyebabkan inkontinensia urin. Wanita dengan atropi urogenital memiliki faktor resiko lebih tinggi terjadinya infeksi saluran kemih dan memiliki gejala yang lebih iritatif.

2. Kehamilan dan Persalinan

Berdasarkan artikel Howad Kelly's tahun 1914 tentang terapi bedah untuk inkontinensia urin, menunjukkan adanya tipe inkontinensia urin pada wanita tanpa manifestasi cedera maupun fistula pada kandung kemih dan banyak ditemukan setelah melahirkan, dengan prevalensi antara 30 sampai 60%, namun biasanya akan hilang sendiri pada 6 sampai 12 bulan postpartum. Kemungkinan kehamilan menyebabkan inkontinensia urin akibat adanya prolaps organ panggul, namun bila efek utama kehamilan adanya regangan dan kerusakan terhadap fascia pelvis, otot levator ani dan saraf yang melayani viscera pelvis. Penelitian (Joseph et al., 2021), menunjukkan bahwa kehamilan meningkatkan inkontinensia urin dibandingkan nulipara, multipara mempunyai resiko 1,5 kali terjadi inkontinensia urine dibandingkan primipara. Kehamilan dan persalinan yang berulang mengakibatkan kelemahan kekuatan otot dasar panggul, uterus, kandung kemih, leher kandung kemih dan uretra. Jika persalinan sebelumnya terjadi inkontinensia urine dan tidak ditangani dengan baik maka kelemahan otot dasar panggul semakin lemah saat nifas (Ningsih et al., 2021).

Akibat persalinan pervaginam dapat menyebabkan kerusakan paling besar. Persalinan kala II lama, persalinan bayi besar mengakibatkan trauma pada uretra dan kandung kemih akibat penekanan berat dan lama oleh kepala janin saat melewati panggul. Terjadi edema kandung kemih dan mengalami penurunan sensitivitas serta ektravasi darah kedalam mukosa dinding kandung kemih yang akan menyebabkan tersumbatnya ostium interna. Dalam satu penelitian menjelaskan wanita yang melahirkan melalui operasi SC menunjukkan memberikan beberapa derajat perlindungan resiko terjadinya inkontinensia urin dibandingkan dengan wanita yang

melahirkan pervaginam. Persalinan yang diperhatikan berikutnya adalah persalinan dengan alat, menggunakan vakum ekstraksi, forcep meningkatkan risiko inkontinensia urin dalam satu tahun menjadi lima kali lipat (Kurniawati, 2013).

3. Ras

Pada beberapa penelitian berbasis populasi menyatakan inkontinensia urin lebih sering terjadi dan lebih parah pada kaukasia daripada ras kulit hitam. Banyak literatur mendukung pernyataan ini berasal dari pengalaman di praktek atau pada populasi dengan sedikit kaum minoritas

4. Obesitas

Hubungan antara obesitas dan inkontinensia urin terbukti pada beberapa penelitian. Pada wanita gemuk dengan IMT 26-30 memiliki resiko inkontinensia urin 50% dibandingkan dengan wanita IMT dibawah 25. Wanita dengan IMT diatas 30 memiliki resiko dua kali dibandingkan wanita IMT dibawah 25. Pada wanita sangat obesitas (IMT antara 40 sampai dengan 81), prevalensi inkontinensia urin 66%. Diduga peningkatan lemak abdominal menyebabkan peningkatan tekanan intraabdominal yang kemudian meningkatkan tekanan dan regangan pada organ saraf dan otot dasar panggul seperti saat kehamilan. Berdasarkan penelitian yang telah ada bukti bahwa diet atau melalui bedah untuk menurunkan berat badan dapat mengurangi atau menghilangkan keluhan inkontinensia urin.

5. Penyakit Kronis dan Gaya Hidup

Penelitian observasional dari 5000 wanita menunjukan adanya peningkatan resiko inkontinensi dengan diagnosis parkinson, demensia, stroke, depresi dan CHF. Hipertensi dengan mengkonsumsi diuretik memiliki gejala yang lebih berat inkontinensia. Penyakit kronis lain atau gaya hidup merokok menyebabkan resiko inkontinensia urin dua setengah kali lipat dibandingkan dengan yang bukan perokok. Hasil penelitian menunjukkan perokok yang mengkonsumsi 20 batang per hari dapat meningkatkan risiko. Diduga batuk kuat menyebabkan peningkatan insidensi stres inkontinensia pada perokok. Selama aktivitas berat, khususnya olahraga, yakni sampai 25% wanita muda dan sehat mengeluh inkontinensia urin.

6. Riwayat Keluarga

Pada sebuah penelitian epidemiologi di Norwegia melaporkan anak perempuan memiliki risiko terjadi inkontinensia urin 30% lebih banyak dan

anak muda memiliki risiko 60%. Pada penelitian saudara wanita postmenopause, dinyatakan prevalensi inkontinensia urin mirip antara saudara (dengan anak dan tidak ada anak), sehingga dapat disimpulkan faktor genetik mempengaruhi terjadinya inkontinensia dibandingkan jumlah anak. (Fakhrizal & Maryuni, 2017)

F. Tanda Gejala

Tanda dan gejala inkontinensia urine antara lain :

1. Merasa adanya dorongan berkemih, disertai ketidakmampuan mencapai kamar mandi karena telah mulai berkemih.
2. Desakan, frekuensi dan nokturia.
3. Inkontinensia stres, dicirikan dengan keluarnya sejumlah kecil urine ketika tertawa, bersin, melompat, batuk atau membungkuk.
4. Inkontinensia overflow, dicirikan dengan aliran urine buruk atau lambat dan merasa menunda atau mengejan.
5. Inkontinensia fungsional, dicirikan dengan volume dan aliran urine yang adekuat.
6. Masalah higiene atau tanda-tanda infeksi.

G. Pencegahan

Asuhan selama masa antenatal dan pasca natal, ibu harus diberi edukasi dan melakukan latihan dasar otot panggul serta transverses sesering mungkin, memfiksasi otot ini serta otot transverses dalam melakukan aktifitas yang berat. Inkontinensia urine dapat dicegah sejak kehamilan pertama dengan mengurangi faktor penyebab inkontinensia urin dan latihan senam kegel selama kehamilan dapat meningkatkan elastisitas otot perineum sehingga mencegah rupture dan meningkatkan kekuatan otot dasar panggul. Senam kegel masa kehamilan dikaitkan dapat menurunkan resiko inkontinensia urine selama kehamilan dan sampai lebih dari 6 bulan setelah melahirkan. Senam kegel dalam sehari dapat dilakukan 30 sampai 45 kali atau 8 kegel sebanyak 3 kali sehari selama kehamilan. Selain itu juga dapat dilakukan latihan otot dasar panggul (Ningsih et al., 2021).

Aktifitas fisik tingkat ringan maupun sedang seperti berjalan, aktifitas rutin dilakukan selama kehamilan secara telah dikaitkan dengan penurunan resiko inkontinensia urine dan kekuatan otot dasar panggul yang lebih baik.

Mengatur pola hidup dengan menjaga diet tinggi serat, hidrasi yang cukup, berhenti merokok dan menghindari peningkatan berat badan berlebihan selama kehamilan. Mengurangi alkohol dan kafein karena dapat menghambat sekresi hormon dari kelenjar pituitary yang menyebabkan volume urin dan frekuensi berkemih meningkat (bersifat diuresis), selain itu dapat mempengaruhi syaraf dan menurunkan sensitivitas kandung kemih, dapat mengiritasi lambung, berkontribusi dalam overactive bladder yang menyebabkan urge incontinence. (Nugroho, 2014).

H. Penatalaksanaan

Tipe IU	Lini Pertama	Lini kedua	Lini Ketiga
IU Tipe Urgensi	Intervensi perilaku: Bladder training	Obat-obatan: Anti muskarinik;	Pembedahan (sangat jarang dilakukan)
IU Tipe Stress	Intervensi perilaku: Kegel's exercise, bladder training	Obat-obatan: Agonis adrenergic alfa dan/atau estrogen	Injeksi periurethra; Pembedahan (<i>bladder neck suspension</i>)
IU Tipe Overflow	Pembedahan menghilangkan obstruksi; kateterisasi intermitten	Kateterisasi menetap jangka panjang	Kateterisasi suprapubik
IU Tipe Fungsional	Intervensi perilaku : (sangat bergantung oleh bidan/perawat)	Manipulasi lingkungan	Pemakaian alas ompol

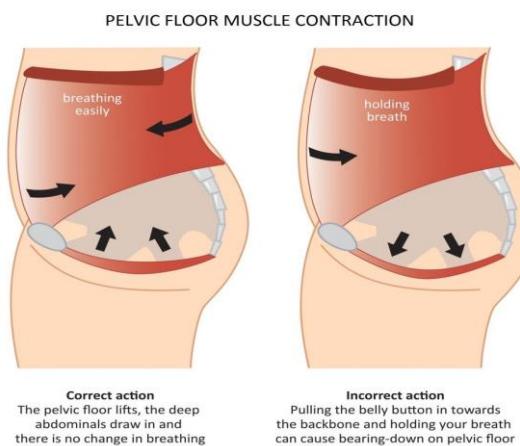
Kegel's Exercise dan bladder training dapat mengembalikan interval berkemih. Bladder training bertujuan mengembalikan permasalahan fungsi kandung kemih ke keadaan fungsi yang normal/optimal. Latihan bladder training dengan cara ibu dibantu latihan menahan sensasi urgensi dan berkemih sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan, yang bertujuan meningkatkan interval waktu pengosongan kandung kemih dan mengurangi frekuensi berkemih selama terjaga sampai waktu tidur, meningkatkan volume urin yang dapat ditampung oleh kandung kemih, meningkatkan kontrol terhadap urge inkontinence.

a. Latihan Otot Dasar Panggul (*Kegel Exercise*)

Latihan secara berulang antara kontraksi dan relaksasi otot dasar panggul:

- ✓ Kontraksi otot dasar panggul yang benar:
Pasien diminta seolah-olah akan flatus, kemudian mencoba menahan agar angin tidak keluar.
- ✓ Lakukan stop test yaitu membayangkan pasien sedang berkemih dan seketika menghentikan pancaran urin.
- ✓ Pasien diminta merasakan bahwa dua kegiatan tsb seolah-olah otot-otot panggul berkumpul di tengah serta anus terangkat dan masuk ke dalam
- ✓ Ajarkan pasien untuk merasakan gerakan tersebut sehingga pasien yakin gerakannya benar

Kontraksi dan relaksasi otot dasar panggul yang dilakukan secara berulang-ulang (hingga 40 latihan/hari). Kontraksi cepat: kontraksi – relaksasi-kontraksi-relaksasi dan seterusnya dg hitungan cepat. Sedangkan kontraksi lambat; tahan kontraksi 3-4 detik dengan cara menghitung 101, 102, 103, 104 untuk kontraksi dan 105, 106, 107, 108 untuk relaksasi dan dilakukan seterusnya. Latihan otot dasar panggul intensif yang diawasi selama minimal 3 bulan merupakan tatalaksana lini pertama untuk semua perempuan dengan IU tekanan atau IU campuran (termasuk usia lanjut dan paska melahirkan)(Sofia, 2014).



© Continence Foundation of Australia 2011

Gambar 10.1 Kontraksi Otot Dasar Panggul

b. Bladder Training

Melakukan edukasi, catatan berkemih, kontrol berkemih, latihan otot dasar panggul. Meningkatkan jadwal berkemih secara progresif tiap minggu disertai teknik menghambat keinginan kuat berkemih (urge) dg afirmasi,

distraksi, relaksasi dan lain-lain. *Bladder training* bertujuan memperkuat dan melatih otot levator ani dan otot-otot urogenital secara sadar, kontraksi berulang untuk mengurangi stress, urgensi berkemih atau berbagai tipe inkontinensia urin.

Aktivitas-aktivitas pada *bladder training* meliputi :

- 1) Lakukan pengkajian dan tentukan kemampuan atau pola waktu urgensi berkemih pasien.
- 2) Tentukan waktu ke toilet terjadwal berdasarkan pola dari klien, bantu seperlunya
- 3) Beri minum pada waktu yang dijadwalkan secara teratur (2500 ml/hari) sekitar 30 menit sebelum waktu jadwal untuk berkemih
- 4) Ajarkan pasien untuk menahan otot-otot sekitar uretra dan anus, kemudian relaksasi, seolah-olah ingin menahan buang air kecil atau buang air besar
- 5) Anjurkan pasien untuk tidak mengkontraksikan perut, pangkal paha dan pinggul; menahan nafas atau mengejan selama latihan
- 6) Anjurkan pasien untuk melakukan latihan pengencangan otot, dengan melakukan 300 kontraksi setiap hari, menahan kontraksi selama 10 detik, dan relaksasi selama 10 menit diantara sesi kontraksi, sesuai dengan protocol
- 7) Lakukan umpan balik positif selama dilakukan latihan
- 8) Anjurkan pasien untuk mencatat inkontinensia setiap harinya untuk melihat perkembangan (Pinem et al., 2012).

c. Catatan Harian Berkemih (*Bladder Diary*)

Cara Mengurangi gejala inkontinensia urine : membuat diari / catatan jam ketika berkemih. Latih untuk buang air kecil dengan selang waktu yang tetap, misalnya diawal setiap 30 menit - 60 menit sekali. Setelah itu jarak berkemih diperpanjang misalnya menjadi 90 - 120 menit sekali dan seterusnya.

Waktu	Minuman			Pola BAK	Mengompol	
	Jenis Minuman	Jumlah (ml)	Frekuensi	Jumlah (ml)	Ya / Tidak	Jumlah (ml)
06.00-07.00						
07.00-08.00						
08.00-09.00						
09.00-10.00						
Dst						

Gejala ini dapat dilakukan rujukan ke ahli fisioterapi untuk mengkaji keefektifan otot dasar panggul dan memberi saran tentang program retraining meliputi biofeedback dan stimulasi. Tetap penuhi kebutuhan minum air putih. Jangan menghindari minum air putih karena adanya keluhan inkontinensia. Turunkan berat badan menjadi berat badan ideal. Atasi konstipasi (bila ada)(Karim & Lubis, 2018).

Terapi dengan estrogen. Wanita dengan kadar estrogen yang rendah memiliki gejala inkontinensia urine yang lebih berat. Terapi estrogen bisa memperbaiki gejala iritatif ISK, tetapi tidak efektif untuk mengatasi inkontinensia urin.

- a. Terapi obat. Diberikan sesuai dengan penyebab. Antibiotik diberikan jika inkontinensia akibat dari inflamasi oleh infeksi bakteri. Antikolinergik diberikan untuk memperbaiki fungsi kandung kemih dan mengatasi spasme kandung kemih jika terjadi ketidakstabilan pada otot detrusor. Antispasmodik digunakan untuk hiperrefleksia detrusor aktivitas otot polos kandung kemih. Estrogen baik dalam bentuk oral, topikal, maupun suppositoria, digunakan pada vaginitis atrofik. Inkontinensia stress kadang bisa diterapi dengan obat antidepresan.
- b. Terapi perilaku, meliputi latihan kebiasaan berkemih dan waktu berkemih, penyegeraan berkemih dan latihan otot panggul (latihan kegel). Latihan kebiasaan dan latihan berkemih sesuai untuk mengatasi inkontinensia urgensi. Latihan otot panggul baik digunakan oleh pasien dengan fungsi kognitif yang utuh yang mengalami inkontinensia stres. Intervensi perilaku biasanya tidak dipilih untuk kejadian inkontinensia sekunder akibat *overflow*. Teknik umpan biologis dan rangsangan listrik, berfungsi sebagai tambahan terapi perilaku. Latihan kebiasaan, bermanfaat untuk pasien yang mengalami kerusakan kognitif (dimensia), termasuk menjaga jadwal berkemih, umumnya setiap dua sampai empat jam.
- c. Spiral dapat digunakan pada wanita dengan kelainan anatomi seperti prolaps uterus berat atau relaksasi pelvik. Spiral dipakai secara internal, seperti diafragma kontrasepsi dapat menstabilkan dasar kandung kemih serta uretra dan mencegah inkontinensia selama ketegangan fisik.
- d. Menggunakan pads
- e. Pemasangan foley kateter, jika inkontinensia urin sulit dikaji secara medis/pembedahan dan untuk kenyamanan klien.

(Inayah et al., 2019)

I. Komplikasi

Masalah inkontinensia urin tidak mengancam kehidupan ibu, tetapi sangat berpengaruh pada kualitas hidup karena akibat faktor distress psikologis dan masalah faktor sosial yang ditimbulkan. Dapat menyebabkan ibu rendah diri karena keluar urin saat bersin, batuk, mengangkat beban berat, bersenggama, atau bahkan saat kondisi istirahat. Dapat berlanjut terjadi infeksi saluran kemih (Pribakti, 2020).

J. Soal Vignette

- 1) Seorang perempuan P4004 38 tahun 1 bulan lalu melahirkan anak ke-4, datang ke rumah sakit. Riwayat persalinan kala II lama karena kurang kuat meneran sehingga menggunakan vakum ekstraksi. Ibu mengatakan sering kencing tanpa disadari saat bersin, tertawa keluar sedikit air kencing sejak 1 minggu, tidak dapat menahan jika terasa ingin BAK, kencing seperti tidak bisa tuntas. Frekuensi berkemih tiap hari 10-16 x/hari. Ibu berusaha membatasi minum. Ibu merasa sangat terganggu dengan keluhannya. Hasil pemeriksaan; TB/BB ibu 155cm, 65 kg, TD 130/85 mmHg, N 82x/menit, RR 20x/menit dan S 36,8°C. TFU tidak teraba, terdapat distensi kandung kemih dan nyeri tekan. Apakah diagnosa yang tepat pada kasus tersebut ?
- A Infeksi Saluran Kemih (ISK)
 - B Retensio urine pascasalin
 - C Inkontinensia urine
 - D Diuresis pascasalin
 - E Polyuri pascasalin

Kunci Jawaban : C

- 2) Seorang perempuan P1001 32 tahun 1 bulan lalu melahirkan anak pertama, datang ke rumah sakit. Riwayat persalinan kala II lama karena kurang kuat meneran sehingga menggunakan vakum ekstraksi. Ibu mengatakan sering kencing tanpa disadari saat bersin, tertawa keluar sedikit air kencing sejak 1 minggu, tidak dapat menahan jika terasa ingin BAK, kencing seperti tidak bisa tuntas. Frekuensi berkemih tiap hari 10-16 x/hari. Ibu berusaha membatasi minum. Ibu merasa sangat terganggu dengan keluhannya. Hasil pemeriksaan; TB/BB ibu 155cm, 65 kg, TD 130/85 mmHg, N 82x/menit, RR 20x/menit dan S 36,8°C. TFU tidak teraba, terdapat distensi kandung kemih dan nyeri tekan. Perineum terbentuk jaringan parut.

Apakah faktor yang dapat meningkatkan resiko pada kasus tersebut ?

- A Riwayat persalinan dengan alat
- B Luka jahitan perineum
- C Kontraksi rahim
- D Paritas tinggi
- E Primitua

Kunci Jawaban : A

3) Seorang perempuan P1001 32 tahun 1 bulan lalu melahirkan anak pertama, datang ke rumah sakit. Riwayat persalinan kala II lama karena kurang kuat meneran sehingga menggunakan vakum ektraksi. Ibu mengatakan sering kencing tanpa disadari saat bersin, tertawa keluar sedikit air kencing sejak 1 minggu, tidak dapat menahan jika terasa ingin BAK, kencing seperti tidak bisa tuntas. Frekuensi berkemih tiap hari 10-16 x/hari. Ibu berusaha membatasi minum. Ibu merasa sangat terganggu dengan keluhannya. Hasil pemeriksaan; TB/BB ibu 155cm, 65 kg, TD 130/85 mmHg, N 82x/menit, RR 20x/menit dan S 36,8°C. TFU tidak teraba, terdapat distensi kandung kemih dan nyeri tekan. Perineum terbentuk jaringan parut. Apakah *health education* yang dapat diberikan bidan pada kasus tersebut ?

- A Anjurkan ibu agar membatasi intake cairan
- B Motivasi ibu akan pemasangan kateter
- C Motivasi ibu tindakan pembedahan
- D Kolaborasi pemberian terapi
- E Ajarkan ibu kegel exercise

Kunci Jawaban : E

4) Seorang perempuan P1001 32 tahun 1 bulan lalu melahirkan anak pertama, datang ke rumah sakit. Riwayat persalinan kala II lama karena kurang kuat meneran sehingga menggunakan vakum ektraksi. Ibu mengatakan sering kencing tanpa disadari saat bersin, tertawa keluar sedikit air kencing sejak 1 minggu, tidak dapat menahan jika terasa ingin BAK, kencing seperti tidak bisa tuntas. Frekuensi berkemih tiap hari 10-16 x/hari. Ibu berusaha membatasi minum. Ibu merasa sangat terganggu dengan keluhannya. Hasil pemeriksaan; TB/BB ibu 155cm, 65 kg, TD 130/85 mmHg, N 82x/menit, RR 20x/menit dan S 36,8°C. TFU tidak teraba, terdapat distensi kandung kemih dan nyeri tekan. Perineum terbentuk jaringan parut.

Apakah dampak sosial dari kasus tersebut ?

- A Tidak berpengaruh terhadap sosial
- B Aktifitas sosial tetap berjalan
- C Hasrat seksual meningkat
- D Distress psikologis
- E Percaya diri

Kunci Jawaban : D

5) Seorang perempuan P1001 32 tahun 1 bulan lalu melahirkan anak pertama, datang ke rumah sakit. Riwayat persalinan kala II lama karena kurang kuat meneran sehingga menggunakan vakum ekstraksi. Ibu mengatakan sering kencing tanpa disadari saat bersin, tertawa keluar sedikit air kencing sejak 1 minggu, tidak dapat menahan jika terasa ingin BAK, kencing seperti tidak bisa tuntas. Frekuensi berkemih tiap hari 10-16 x/hari. Ibu berusaha membatasi minum. Ibu merasa sangat terganggu dengan keluhannya. Hasil pemeriksaan; TB/BB ibu 155cm, 65 kg, TD 130/85 mmHg, N 82x/menit, RR 20x/menit dan S 36,8°C. TFU tidak teraba, terdapat distensi kandung kemih dan nyeri tekan. Perineum terbentuk jaringan parut.

Apakah diagnose potensial pada kasus tersebut ?

- A Kelemahan otot dasar panggul
- B Infeksi Saluran Kemih (ISK)
- C Kelainan syaraf
- D Trauma pelvis
- E Pembedahan

Kunci Jawaban : B

K. SOAP

Tujuan Asuhan Kebidanan :

Setelah dilakukan tindakan asuhan kebidanan diharapkan klien dapat melaporkan berkurangnya atau inkontinensia urine dapat diatasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien dapat menjelaskan penyebab inkontinensia dan rasional penatalaksanaan.
- 2) Klien dapat mengenali keinginan untuk berkemih
- 3) Klien dapat mengkonsumsi cairan dalam jumlah yang cukup

- 4) Klien dapat berkemih dengan nyaman, teratur dan tepat waktu, inkontinensia berhenti
- 5) Urinalisis dalam batas normal >150 milliliter tiap kalinya , urine jernih
- 6) Kultur urine menunjukan tidak adanya bakteri

Subyektif :

- Usia :
 - >35 tahun, menunjukkan terjadi perubahan otot-otot rongga panggul dan proses penuaan (aging)
- Keluhan utama : (terjadi gangguan system perkemihan)
 - Tidak bisa menahan sensasi berkemih, jika ada rangsangan ingin BAK
 - Sering kencing tanpa disadari (ngompol)
 - Frekuensi berkemih 15-18x/hari
 - Sering bolak-balik ke kamar mandi
 - Tiba-tiba keluar sedikit kencing saat bersin, membungkuk atau batuk
 - Nyeri saat BAK (disuria) akibat iritasi dari infeksi, seperti rasa terbakar diuretra saat kencing atau diluar waktu kencing
 - Keluhan obstruksi, tidak tuntas jika berkemih
- Riwayat Kehamilan :
 - Multipara mempunyai resiko 1,5 kali terjadi inkontinensia urine dibandingkan primipara. Jika kehamilan atau persalinan sebelumnya terjadi inkontinensia urine dan tidak ditangani dengan baik maka kelemahan otot dasar panggul semakin lemah saat nifas.
- Riwayat Persalinan :
 - Riwayat persalinan kala II lama, persalinan dengan vakum extraksi dan forceps
- Riwayat seksual :
 - Disfungsi seksual

Obyektif :

- Kesadaran : Composmentis (sadar penuh)
- Tanda vital dan pemeriksaan fisik :
Jika terjadi infeksi / urosepsis didapatkan demam disertai menggigil. Sesak nafas, edema, malaise, pucat, dan uremia,
- Abdomen :
Palpasi

- Nyeri pada daerah supra pubik atau pelvis
- Terdapat distensi kandung kemih
- Urine :
 - Hematuria, keluar darah apabila ada lesi pada bladder pada meatus uretra
 - Bau menyengat karena adanya aktifitas infeksi mikroorganisme (bakteri) dalam kandung kemih.
- Pemeriksaan penunjang : menunjukkan gangguan fungsi ginjal

Assessment :

P....A.... postpartum hari ke....dengan masalah inkontinensia urine

Planning :

- 1) Kaji pola kebiasaan berkemih dan buat *Bladder Diary*
Rasional : Mengosongkan kandung kemih yang sering dapat menurunkan dorongan distensi kandung kemih
- 2) Anjurkan untuk membatasi minum terutama malam hari
Rasional : Pembatasan minum pada malam hari dapat mengurangi enurasis
- 3) Kaji perkembangan inkontinesia, jika masih terjadi kurangi waktu antara berkemih yang telah dibuat
Rasional : Ruang kandung kemih kemungkinan tidak mencukupi menampung volume urine sehingga lebih sering berkemih.
- 4) Ajarkan klien batuk dalam posisi litotomi, jika tidak ada kebocoran, ulangi dengan posisi membentuk sudut 45°, jika tidak ada kebocoran lanjutkan posisi berdiri
Rasional : Melatih pengosongan kandung kemih
- 5) Monitor jumlah intake cairan dan pengeluaran, pastikan klien mendapat masukan cairan 2000 ml, kecuali harus dibatasi.
Rasional : Rehidrasi optimal diperlukan untuk pencegahan ISK dan batu ginjal
- 6) Ajarkan ibu tentang *kegel exercise* dengan benar
Rasional : kegel exercise dapat meningkatkan kekuatan otot dasar panggul akan memperbaiki fungsi perkemihan
- 7) Berikan edukasi tentang aktifitas, gaya hidup sehat untuk mengatasi masalah inkontinensia

- Rasional : Meningkatkan kognitif ibu dapat membantu penatalaksanan yang dilakukan
- 8) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan mengkaji efek medikasi.
- Rasional : Mengoptimalkan intervensi melalui terapi obat

DAFTAR PUSTAKA

- Fakhrizal, E., & Maryuni, S. W. (2017). Inkontinensia Urin Pascapersalinan dan Faktor-Faktor Risiko yang Memengaruhinya. *Jurnal Ilmu Kedokteran*, 10(2), 98. <https://doi.org/10.26891/jik.v10i2.2016.98-105>
- Inayah, M., Supriyo, & Anonim, T. (2019). Efektifitas Paket Intervensi Mandiri terhadap Pencegahan Kejadian Stress Urinary Incontinence Post Partum. *Jurnal Keperawatan Mersi*, VIII(1), 40–46.
- Joseph, C., Srivastava, K., Ochuba, O., Ruo, S. W., Alkayyali, T., Sandhu, J. K., Waqar, A., Jain, A., & Poudel, S. (2021). Stress Urinary Incontinence Among Young Nulliparous Female Athletes. In *Cureus* (Vol. 13, Issue 9). <https://doi.org/10.7759/cureus.17986>
- Karim, U., & Lubis, E. (2018). Pengaruh Senam Nifas Terhadap Low Back Pain Dan Inkontinensia Urin Pada Wanita Pasca Melahirkan Normal 8-16 Minggu Di Kota Sukabumi. *Jurnal Abdimas Musi Charitas*, 2(2), 41–48. <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/budi.iman/material/inkontinensiaurinpadawanita.pdf>
- Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *American Family Physician*, 87(8), 543–550.
- Kurniawati, E. M. (2013). *PADA PERSALINAN SPONTAN PERVAGINAM RISK FACTOR OF STRESS URINARY INCONTINENCE IN SPONTANEOUS VAGINAL DELIVERY* Kadek Sri Jayanti P . S , Eighty Mardiyan Kurniawati urin International tipe stres pada wanita telah dibuktikan oleh studi epidemiologi , walaupu. 121–129.
- Leroy, L. da S., Lúcio, A., & Lopes, M. H. B. de M. (2016). Fatores de risco para incontinência urinária no puerpério. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 50(2), 200–207.
- Ningsih, M. S., Erika, E., & Woferst, R. (2021). Pengaruh Kegel Exercise terhadap Inkontinensia Urine pada Ibu Postpartum Multipara. *Holistic Nursing and Health Science*, 4(1), 26–33. <https://doi.org/10.14710/hnhs.4.1.2021.26-33>
- Pinem, L. H., Setyowati, S., & Gayatri, D. (2012). Pencegahan Inkontinensia Urin Pada Ibu Nifas dengan Paket Latihan Mandiri. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(1), 47–52. <https://doi.org/10.7454/jki.v15i1.46>
- Pribakti, B. (2020). Epidemiologi Inkontinensia Urin. In *Journal Uroginekologi*. <https://repo->

[dosen.ulm.ac.id/bitstream/handle/123456789/19972/uroginekologi dan ddp%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dosen.ulm.ac.id/bitstream/handle/123456789/19972/uroginekologi_dan_ddp%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Purnomo, B. B., 2014. *Dasar-dasar urologi*. Malang: CV Sagung Seto

Sofia, D. (2014). Perbedaan Inkontinensia Urine Sebelum dan Sesudah Kegel Exercise pada Ibu Hamil Multigravida TM III. *Oksitosin, Kebidanan*, 1(2), 74–85.

BAB 11

CAIRAN VAGINA BERBAU

Purwati, MPH



BAB 11

CAIRAN VAGINA BERBAU

(*LOCHEA PURULENTA*)

Purwati, MPH

A. Latar belakang

Masa nifas merupakan masa dimana terjadi perubahan secara menyeluruh pada organ tubuh perempuan setelah melahirkan. Perubahan tersebut terjadi secara fisiologis, tetapi terkadang muncul ketidakwajaran perubahan pada organ tubuh yang perlu diwaspadai oleh ibu nifas, keluarga dan tenaga kesehatan khususnya bidan. Masa nifas juga masa kritis yang terjadi pada ibu dan bayi, sehingga perlu deteksi dini dan penanganan yang maksimal dari bidan, agar tidak muncul kegawatdaruratan yang mengakibatkan meningkatnya angka mortalitas dan morbiditas khususnya pada ibu nifas.

Program dan kebijakan teknis pemerintah yang tertuang dalam Permenkes No 97 tahun 2014 bahwa pelayanan kesehatan pada masa setelah melahirkan dilakukan minimal 3 kali kunjungan selama nifas. Salah satu kegiatan kunjungan tersebut adalah pemeriksaan lokhia dan perdarahan. Pemeriksaan lokhia dan perdarahan dilakukan bertujuan untuk mendeteksi secara dini kelainan lokhia dan perdarahan yang tidak wajar, sehingga penanganan dapat dilakukan secepat mungkin untuk menghindari kematian pada ibu nifas.

B. Definisi

Salah satu perubahan yang terjadi pada masa nifas adalah pengeluaran per vaginam (PPV). PPV biasanya terjadi selama 40 hari, walaupun tidak semua ibu nifas mengalaminya. PPV pada masa nifas disebut juga lokhia. Lokhia merupakan pengeluaran pervaginam yang terjadi pada masa nifas berupa cairan sekret yang berasal dari uterus dan vagina (Mochtar, 2012). Lokhia secara umum terdiri dari beberapa jenis yaitu :

1. Lokhia rubra : cairan yang keluar dari uterus berupa darah segar, sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium, keluar selama 2 hari nifas

2. Lekhia sanguinolenta : cairan yang keluar dari uterus berupa darah berwarna merah kekuningan dan lendir, keluar pada hari ke 3-7 pascapersalinan
3. Lekhia serosa : pengeluaran pervaginam berupa cairan berwarna kuning, keluar pada hari ke 7-14 nifas
4. Lekhia alba : pengeluaran pervaginam berupa cairan putih, biasanya keluar setelah 2 minggu nifas
5. Lekhia purulenta : pengeluaran pervaginam berupa cairan yang berbau busuk seperti nanah

Cairan vagina yang berbau disebut juga dengan lekhia purulenta, dimana cairan tersebut berasal dari kavum uteri yang kemungkinan terjadi infeksi. Lekhia purulenta merupakan salah satu tanda khas infeksi pada masa nifas yang kemungkinan besar mengarah diagnosis endometritis. Endometritis postpartum terjadi sebelum hari ke 9 postpartum dan lebih cenderung muncul pada post abortus provocatus.

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium dan miometrium. Endometritis terjadi karena flora bakteri vagina dapat masuk ke saluran reproduksi **bagian atas, sehingga endometrium dalam keadaan terluka pada area insersi plasenta** terinfeksi flora bakteri tersebut.

C. Penyebab

Pengeluaran lekhia purulenta / cairan yang berbau berasal dari saluran reproduksi yang terinfeksi bakteri baik selama persalinan maupun masa nifas. Bakteri tersebut diantaranya : streptococcus, staphylococcus aureus, escherichia coli, clostridium welchii. Bakteri dapat menularkan melalui alat yang kurang steril, tangan penolong dan personal hygien yang kurang. Faktor predisposisi pengeluaran lekhia purulenta adalah persalinan lama, terlalu sering melakukan VT khususnya pada kasus ketuban pecah dini, eksplorasi uteri, plasenta manual, persalinan caesar, retensi sisa plasenta dan membran janin dan ketaatan cuci tangan oleh bidan (varney, 2014; Setiani, 2022).

D. Faktor Risiko Timbulnya Lekhia Purulenta

1. Persalinan lama dan ketuban pecah dini

Riwayat persalinan lama yang disertai ketuban pecah dini beresiko tinggi terjadi infeksi karena bakteri patogen masuk selama proses persalinan. Hal ini berkaitan dengan kurang baiknya pencegahan infeksi oleh tenaga

kesehatan dan terlalu sering melakukan manipulasi selama persalinan (Sinsin, 2018).

2. Perdarahan masa nifas

Perdarahan pada masa nifas setelah 24 jam pertama terjadi karena retensi sisa plasenta, penanganan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dapat beresiko menyebabkan infeksi yang ditandai dengan keluarnya lokhia purulenta (Setiani, 2022).

3. Anemia

Anemia pada kehamilan merupakan penyebab tak langsung timbulnya infeksi masa nifas. Ibu hamil dengan anemia menyebabkan terjadinya perdarahan saat persalinan, terutama perdarahan yang disebabkan oleh retensi sisa plasenta sehingga potensi terjadi infeksi nifas dengan gejala pengeluaran cairan berbau cukup tinggi (Setiani, 2022).

4. Pemeriksaan vagina

Pemeriksaan vagina yang terlalu sering juga meningkatkan resiko terjadinya infeksi masa nifas, ini berkaitan dengan pencegahan infeksi yang kurang.

E. Tanda dan Gejala

Pengeluaran lokhia purulenta identik dengan terjadinya infeksi masa nifas dengan menunjukkan tanda gejala lainnya. Infeksi tersebut muncul dengan gejala pengeluaran cairan yang bau busuk, demam ($38,3^{\circ}\text{C}$ - 40°C) disertai menggil, takikardi, nafsu makan menurun, muntah, uterus tegang, sub involusio, jika peradangan mencapai parametrium atau perimetrium dapat menimbulkan nyeri perut bagian bawah, pemeriksaan bimanual terdapat nyeri panggul (Varney, 2014; ObsGin FK Unpad, 2014; Saifudin, 2015). Gejala lain yang menyertai tanda diatas adalah perdarahan pervaginam, syok dan peningkatan sel darah putih pada pemeriksaan laboratorium (Saifudin, 2015).

F. Pencegahan

Pencegahan dilakukan sedini mungkin yaitu mulai masa kehamilan, selama persalinan dan masa nifas untuk menghindari morbiditas dan mortalitas.

1. Masa kehamilan

Pencegahan pada masa kehamilan berkaian dengan menghindari faktor predisposisi yang dapat menimbulkan resiko pada infeksi nifas yaitu anemia, mal nutrisi pemeriksaan dalam tanpa ada indikasi, coitus pada masa hamil tua.

2. Selama persalinan

Pertolongan persalinan dengan melakukan pencegahan infeksi dapat memperkecil terjadinya infeksi. Pencegahn infeksi dapat dilakukan dengan cara memastikan semua lat pertolongan persalinan dalam keadaan steril, bidan memakai APD lengkap selama pertolongan persalinan, menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, menghindari intervensi berlebihan selama persalinan tidak melakukan pemeriksaan dalam jika tidak ada indikasi.

G. Penatalaksanaan

Asuhan kebidanan yang diberikan pada nifas dengan infeksi tergntung dari keparahan gejalanya. Asuhan essential pada masa nifas sesuai permenkes wajib diberikan oleh bidan diantaranya :

1. Melakukan kunjungan selama 4 kali
2. Pemantaun PPV dan TTV secara rutin
3. Pemeriksaan fisik terfokus (penilaian fugssi kebih, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan yeri punggung)
4. Penilaian psikologis ibu nifas
5. Jika ditemukan masalah melakuktatalaksana atau merujuk
6. Jika ditemukan tanda bahaya, ibu neifas segera menghubungi bidan
7. Pendidikan keehatan kebersihan diri
8. Pendidikan kesehatan tentang pola istirahat
9. Pendiidikan kesehatan tentang gizi
10. Pendidikan kesehatan tentan menyusu dan perawatan payudara
11. Pendidikan kesehatan tentang aktifitas seksual
12. Konseling tentang kontrasepsi dan KB

Asuhan kebidanan pada kasus cairan vagina berbau/lochea purulenta dilakukan berdasarkan kewenangan bidan sesuai jenjang pendidikan yang ditempuh dan tempat dimana ibu nifas memeriksakan diri.

Bidan lulusan D3 mempunyai kewenangan sebagai pelaksana pelayanan asuhan kebidanan sedangkan bidan profesi dapat melakukan asuhan hingga pengambilan keputusan untuk melakukan rujukan dan tindakan medis sesuai hasil kolaborasi dengan dokter.

Asuhan kebidanan yang dapat dilakukan bidan di Puskesmas, Klinik kesehatan, dan PMB dengan keluhan pengeluaran vagina berbau adalah tatalaksana awal infeksi yaitu

1. Stabilisasi kondisi ibu
2. Jika di Puskesmas dan Rumah sakit, bidan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat
3. Jika di PMB, bidan melakukan konseling rujukan, informed consent dan merujuk ke rumah sakit

H. Komplikasi

Infeksi nifas dengan gejala pengeluaran lokhia purulenta kemungkinan terjadi peradangan pada uterus. peradangan uterus ini kemungkinan diagnosis medis adalah endometritis. Peradangan uterus yang tidak tertangani secara adekuat akan menyebabkan salpingitis, tromboplebitis septik, peritonitis, abses pelvik, emboli pulmonal, infeksi pelvik menahun, dispareunia, penyumbatan tuba hingga terjadi infertilitas (Varney, 2014; Saifudin, 2015).

I. Contoh Kasus

Ny. M umur 30 tahun, datang ke bidan dengan keluhan nyeri perut bagian bawah, mengeluarkan darah berbau. Ny. M telah melahirkan anak ke 4 secara spontan di bidan, dan sekarang telah nifas 6 hari. Ny M mengungkapkan selama persalinan tidak ada kendala, tidak ada riwayat penyakit menahun dan penyakit menurun. Pola makan tidak pantangan, pola eliminasi BAK 8-9 kali per hari, BAB 1 kali per hari, personal hygiene, ganti pembalut 2 kali sehari. Bidan telah melakukan pemeriksaan fisik dengan hasil : KU baik, kesadaran komposmentis, TTV :110/80 mmHg, R: 22x/menit, Nadi: 100x/menit, Suhu : 38,8°C. pemeriksaan mata : konjungtiva terlihat merah muda., wajah tidak ada oedem. Pemeriksaan payudara tidak simetris, tegang penuh dengan ASI, sudah ada pegeluaran ASI. Pemeriksaan abdomen TFU 4 jari dibawah pusat, teraba agak keras, terdapat nyeri tekan bagian bawah, kandung kemih kosong, terdapat PPV cairan seperti nanah kemerahan berbau busuk.

Sumber:<https://repository.stikeselisabethmedan.ac.id/wp-content/uploads/2019/04/Santa-Monalisa-Br-Ginting.pdf>

J. Dokumentasi

Dokumentasi atau pencatatan merupakan salah satu standar asuhan kebidanan yang harus dilakukan oleh seorang bidan. Menurut Kepmenkes No. 983/Menkes/SK/VIII/2007, menyatakan bahwa standar VII tentang pencatatan asuhan kebidanan yaitu : "setiap bidan harus melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan". Pendokumentasian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan dengan mengisi formulir dokumentasi yang telah tersedia di tempat kerja. Metode yang digunakan dalam dokumentasi menggunakan SOAP dengan manajemen kebidanan varney.

Berikut ini akan contoh aplikasi dokumentasi SOAP berdasarkan contoh kasus yang telah diuraikan :

Subyektif :

Hari/tanggal	:	10 Januari 2023
Pukul	:	09.00 WIB
Tempat	:	PMB
Identitas pasien		identitas wali-suami
Nama	:	Ny. M
Umur	:	30 tahun
Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan : IRT		swasta
Alamat	:	XXX

Keluhan : nyeri perut bagian bawah, mengeluarkan darah berbau sejak 2 hari yang lalu

Riwayat kesehatan yang lalu:

Tidak ada riwayat penyakit kronis dan penyakit menahun

Riwayat kesehatan sekarang:

Tidak sedang menderita penyakit kronis dan penyakit menahun

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sekarang:

Hamil ke 4 tidak ada masalah saat kehamilan

Persalinan ditolong oleh bidan dirumah, spontan, bayi langsung menangis dengan BB 3200 gram. Plasenta lahir 45 menit dari lahirnya bayi, tidak ada perdarahan.

Data obyektif

KU : Baik

Kesadaran komposmentis

TTV

TD : 110/80 mmHg

N : 100x/menit

R : 22x/menit

S : 38,8°C

Pemeriksaan fisik

Wajah : tidak oedem

Mata : konjungtiva merah muda

Dada : payudara tidak simetris, tegang penuh dengan ASI, pengeluaran ASI lancar

Abdomen : TFU 4 jari bawah pusat, teraba agak keras, terdapat nyeri tekan bagian bawah, kandung kemih kosong

Pemeriksaan genetalia :

Pengeluaran per vaginam cairan seperti nanah kemrah berbau busuk. Tidak ada luka jahit.

Analisis

Diagnosa kebidanan

Ny. M umur 30 tahun P₄A₀ Postpartum 6 hari dengan suspect Endometritis

Perencanaan

Senin, 10 Januari 2023, pukul 09.30 WIB

1. Menjelaskan tentang keadaan ibu
2. Melakukan tatalaksana awal infeksi
3. Melakukan informed choice dan inform consent untuk rujukan
4. Merujuk ibu ke rumah sakit

K. Soal Vignette

1. Seorang perempuan umur 36 tahun postpartum 4 hari datanggg ke BPM dengan keluhan badan terasa panas, darah nifas berbau. Hasil pemeriksaan TD 100/60 mmHg, S : 39°C, R: 22x/mnt, N : 110x/mnt, uterus teraba 2 jari dibawah pusat, terdapat PPV lochea purulenta. Apa kemungkinan diagnosa pada kasus tersebut?
 - a. Endometriosis
 - b. Peritonitis
 - c. **Endometritis**

- d. Myometritis
 - e. Salpingitis
2. Seorang perempuan umur 25 tahun postpartum 3 hari datang ke Rumah Sakit untuk kontrol dengan keluhan nyeri perut bagian bawah. Hasil anamnesa demam sudah 2 hari, mual, tidak nafsu makan, riwayat persalinan plasenta lahir lebih dari 30 menit dan dilakukan eksplorasi. Hasil pemeriksaan fisik : TD 100/70 mmHg, S 38°C, R : 24x/mnt, N 90 /mnt, Uterus lembek, PPV darah bercapur nanah dan berbau busuk. Apa faktor predisposisi dari kasus tersebut?
- a. Operasi caesar
 - b. Manual plasenta**
 - c. Abortus provocatus
 - d. Perokok
 - e. Anemia
3. Seorang perempuan umur 25 tahun postpartum 3 hari datang ke Rumah Sakit untuk kontrol dengan keluhan nyeri perut bagian bawah. Hasil anamnesa demam sudah 2 hari, mual, tidak nafsu makan, riwayat persalinan plasenta lahir lebih dari 30 menit dan dilakukan eksplorasi. Hasil pemeriksaan fisik : TD 100/70 mmHg, S 38°C, R : 24x/mnt, N 90 /mnt, Uterus lembek, PPV darah bercapur nanah dan berbau busuk. Apa penyebab keluhan pada kasus tersebut?
- a. Prolapsus uteri
 - b. Torsi uterus
 - c. Kontraksi uterus
 - d. Infeksi pada uterus**
 - e. Syok sepsis
4. Seorang perempuan umur 25 tahun postpartum 3 hari datang ke Puskesmas untuk kontrol dengan keluhan nyeri perut bagian bawah. Hasil anamnesa demam sudah 2 hari, mual, tidak nafsu makan, riwayat persalinan manual plasenta. Hasil pemeriksaan fisik : TD 100/70 mmHg, S 38°C, R : 24x/mnt, N 90 /mnt, Uterus lembek, PPV darah bercapur nanah dan berbau busuk. Apa asuhan kebidanan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Penkes nutrisi pada ibu nifas
 - b. Konseling rujukan**
 - c. Stabilisasi keadaan pasien
 - d. Pasang infus
 - e. Pememberian antibiotik
5. Seorang perempuan umur 36 tahun postpartum 7 hari datang ke BPM dengan keluhan badan terasa panas, darah nifas berbau. Hasil pemeriksaan TD 100/60 mmHg, S : 39°C, R: 22x/mnt, N : 110x/mnt, uterus teraba 2 jari dibawah pusat, terdapat PPV pus berbau. Apa prognosis pada kasus tersebut jika penanganan tidak tepat?
- a. Syok sepsis
 - b. Perforsasi uterus
 - c. Infertilitas**
 - d. Involusi uterus terganggu
 - e. Perdarahan

DAFTAR PUSTAKA

- Boushra M, Rahman O. Postpartum Infection. [Updated 2022 Jul 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560804/>
- Dita Selvianti, Sari Widyaningsih. Gambaran Kebersihan Diri Terhadap Pencegahan Infeksi Masa Nifas Di Bpm Wilayah Kerja Kota Bengkulu. *Journal Of Midwifery Vol. 10 No. 1 April 2022*
- Joseph Ngonzi, Lisa M. Bebell, Yarine Fajardo, Adeline A. Boatin5, Mark J. Siedner, Ingrid V. Bassett, Yves Jacquemyn2, Jean-Pierre Van geertruyden2, Jerome Kabakyenga6, Blair J Wylie5, David R. Bangsberg and Laura E. Riley5. Incidence of postpartum infection, outcomes and associated risk factors at Mbarara regional referral hospital in Uganda. Ngonzi et al. *BMC Pregnancy and Childbirth (2018) 18:270* <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1891-1>
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang Satndar Profesi Bidan
- Marina Boushra; Omar Rahman. Postpartum Infection. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Masa Bersain dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaran Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual.
- Prawirohardjo, Sarwono.2014. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Cetakan Keempat. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sinsin. (2018). *Seri Kesehatan Ibu dan Anak Masa Kehamilan dan Persalinan*. Elek Media Komputindo.1160437738
- Syamsuriyati. 2011. Faktor Risiko Kejadian Pada Masa Nifas DI Kota Makassar. Pascasarjana Universitas Hasanudin Makasar.
- Undang-undang Republik Indonesia No 4 tahun 2019. Tentang Kebidanan
- Varney H, Jan MK, Carolyn LG. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi 4. Vol 2. Penerbit Buku Kedokteran. EGC: Jakarta

PROFIL PENULIS



Bd. Novita Br Ginting Munthe, SST., M.Keb., lahir di Kabanjahe, 28 Nopember 1989. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Kebidanan Program Diploma III pada Tahun 2010 di STIKes Santa Elisabeth Medan, Pendidikan Bidan Pendidik Program Diploma IV di Universitas Sumatera Utara Tahun 2011 – 2012, Pendidikan S2 Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2013 – 2015, Profesi Bidan di Institut Kesehatan Deli Husada Delitua pada Tahun 2019 – 2020, kemudian penulis melanjutkan pendidikan S3 pada tahun 2019 di Universitas Andalas Padang.

Sejak tahun 2012 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan dan saat ini aktif mengajar di Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional.

Penulis dapat dihubungi melalui email
novitagintingmunthe89@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:
Do the best, leave the bad



Cintika Yorinda Sebtalesy lahir di Madiun, pada 9 Desember 1989. Ia telah menyelesaikan pendidikannya di Kota Surakarta. Alumni D-III Kebidanan tahun 2011, D-IV Kebidanan tahun 2012, dan S2 Magister Kedokteran Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2014. Ia pernah bekerja di Akademi Kebidanan Dulang Mas tahun 2013 dan sekarang bekerja di STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun Tahun 2016-sekarang. Saat ini penulis aktif dalam beberapa kegiatan penulisan buku ajar kebidanan dan kegiatan sosial PPA-SC Madiun. Ia dapat dihubungi melalui email cintikayorindas@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Andri Tri Kusumaningrum, S.SiT.,M.Kes

Penulis lahir di Surabaya, 17 Juli 1985. Penulis adalah alumni dari Universitas Sebelas Maret Tahun 2010. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Muhammadiyah Lamongan Prodi D3 Kebidanan, dengan jabatan Lektor. Beberapa mata kuliah yang pernah diampu penulis diantaranya Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui , Asuhan Kegawatan Maternal Neonatal, Komunikasi dalam Kebidanan, Ketrampilan Klinik Praktik Kebidanan. Sebagai Koordinator Mata kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui sejak 2010-sekarang.

Selain mengajar, penulis juga aktif mengikuti seminar dan pelatihan terkini dalam 5 tahun terakhir diantaranya : Pelatihan Item Development, Item Review & Item Bank Administrator, workshop klinik akreditasi, Pelatihan OSCE Metode Objective Structured Clinical Examination, Workshop Penyusunan Kurikulum OBE MBKM, Workshop Penyusunan Buku Ajar dan Modul Praktikum, Pelatihan Midwifery Update. Dalam pengembangan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Beberapa publikasi karya ilmiah yang dihasilkan penulis dalam 5 tahun terakhir diantaranya: 1. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pola Menyusui Pada Masa Pandemi Covid-192. 2. Mendapat Hibah Riset Muhammadiyah Pengabdian Kepada Masyarakat RisetMu Batch VI dengan judul Pembentukan dan Pelatihan KP-ASI Melalui Kader Aisyiyah untuk Mewujudkan Desa Bebas Stunting, 3. Grating Exclusive Breasfeeding Certificate Increase Maternal Motivation For Exclusif Breasfeeding, 4. Pemberian Dukungan Suami Terhadap Kejadian Gangguan Post Partum Mood, 5. Peningkatan Pengetahuan Tentang Pentingnya Konsumsi Sayuran Pada Ibu Nifas. Penulis juga aktif dalam organisasi persyarikatan Muhammadiyah. Penulis dapat dihubungi melalui email : andri.trikusumaningrum17@gmail.com

PROFIL PENULIS



Evi Dwi Prastiwi, SST., M.Kes

Riwayat Pendidikan :

- Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada Tahun 2005 – 2008 di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
- Menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik pada Tahun 2009 – 2010 di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
- Melanjutkan pendidikan S2 pada Tahun 2014 – 2016 diFakultas Kesehatan Masyarakat (Peminatan Kesehatan Reproduksi) Universitas Respati Indonesia

Sejak Tahun 2010 Penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maharani. Penulis juga aktif dalam publikasi ilmiah dan penerbitan buku.

Penulis dapat dihubungi melalui email :
evi.bidansmm@gmail.com

Pesan untuk pembaca:"Tunjukkan karya terbaikmu "



Tonasih, SST., M.Kes

Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan D-3 Kebidanan pada tahun 2000 – 2003 di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
- Melanjutkan pendidikan D-4 Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Bandung (2005 – 2006)
- Penulis melanjutkan pendidikan S-2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro (UNDIP) Semarang (2011 – 2013)

Sejak tahun 2006 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKes Muhammadiyah Cirebon.

Penulis juga aktif dalam penelitian, pengabdian kepada Masyarakat penerbitan buku serta jurnal nasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui email:
asis.islamiyah@yahoo.co.id.

Pesan untuk para pembaca:

"Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap." (QS. Al-Insyirah: 7 – 8)

PROFIL PENULIS



Dwi Rahmawati, SST., M.Keb

Riwayat Pendidikan :

Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan pada tahun 2009 – 2011 di Poltekkes Bhakti Mulia Sukoharjo

Penulis melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Di Universitas Kader bangsa Palembang Tahun 2014 -2015

Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Pada tahun 2017 2019 di Ilmu Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Sejak Tahun 2015 penulis mulai aktif mengajarsebagai dosen kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajardi Universitas Adiwangsa Jambi. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku, publikasi ilmiah dan pengabdian masyarakat.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: dwirahmawati.jmb@gmail.com

Pesan untuk para pembaca "Jangan mundur sebelum melangkah, setelah melangkah jalanin dengan cara terbaik yang bisa kita lakukan.



Bd. Tetty Junita Purba, SST., M.Kes.

Riwayat Pendidikan: Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Sumatera Utara. Penulis melanjutkan pendidikan S2 di STIKes Deli Husada Deli Tua. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Profesi Bidan di Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam.

Sejak tahun 2012 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku

serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: tettyjunita88@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

"Hidup itu seperti mengendarai sebuah sepeda. Untuk menjaga keseimbangan kamu harus tetap bergerak."

PROFIL PENULIS



Anindhita Yudha Cahyaningtyas, SST, M.Kes

Riwayat Pendidikan:

- Diploma IV Kebidanan di Universitas Sebelas Maret Surakarta lulus tahun 2010
- S2 Magister Kedokteran Keluarga dengan minat "Pendidikan Profesi Kesehatan" Universitas Sebelas Maret Surakarta lulus tahun 2012

Riwayat Pekerjaan:

Penulis aktif mengajar dan menjadi dosen tetap di STIKes Mitra Husada Karanganyar sejak tahun 2011- sekarang.

Penulis pernah mendapatkan Hibah DIKTI dengan skema "Penelitian Dosen Pemula" pada tahun 2018 dan tahun 2021. Penulis aktif dalam kegiatan publikasi ilmiah, penulisan buku, serta pengabdian kepada masyarakat.

Penulis dapat dihubungi melalui email:

Anindhitayudha03@gmail.com

Pesan untuk pembaca

"When you forgive, you heal"

"When you let go, you grow"

Henny Sulistyawati, SST.,M.Kes

Riwayat Pendidikan

- Menyelesaikan Pendidikan Bidan D-IV Bidan Pendidik di Universitas Kadiri Kediri pada tahun 2009
- Kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Sebelas Maret Solo pada tahun 2012



Sejak tahun 2009 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta publish artikel di jurnal nasional maupun internasional.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail :

henny.gadang@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

Membaca itu seperti menambang, semakin dalam semakin banyak hal berharga yang didapat.

PROFIL PENULIS



Irma Nurma Linda, S.Keb., Bd., M.Keb.

Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) pada tahun 2012-2016 di Universitas Airlangga Surabaya, dilanjutkan dengan Pendidikan Profesi Lulus tahun 2017 di Universitas Airlangga Surabaya
- Penulis melanjutkan Pendidikan Magister Kebidanan (S2) pada tahun 2019-2021 di Ilmu Kebidanan, Universitas Aisyiyah Yogyakarta.
Saat ini, Penulis aktif mengajar di Universitas Pendidikan Ganesha sebagai Dosen Kebidanan. Penulis juga aktif dalam menulis buku kebidanan, artikel dan publikasi ilmiah.

Penulis dapat di hubungi melalui E-mail:
irmanurmalinda@gmail.com

Pesan untuk para pembaca: " jadilah orang yang cerdas yang dapat memberi *impact* positif di sekitarnya".



Purwati, MPH adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan D3, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan D4 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta dan melanjutkan S2 pada Jurusan Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis menekuni bidang Kesehatan Ibu dan Anak. Sekarang ini mengajar bayi, balita dan anak pra sekolah, asuhan kebidanan nifas dan menyusui dan kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga. Selain mengajar penulis juga menekuni bidang penelitian dan pengabdian sebagai wujud tri dharma perguruan tinggi serta menjadi pembicara seminar. Saat ini penulis merupakan Kepala Program Studi Kebidanan D3 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto masa jabatan 2020/2023. Buku ini merupakan karya kedua penulis, harapan penulis semoga buku ini bermanfaat sebagai bahan belajar bagi mahasiswa kebidanan.

SINOPSIS

"Buku Diagnosis Nifas Patologis I" adalah sumber penting bagi para profesional kesehatan, terutama bidan yang bekerja dalam bidang kebidanan. Buku ini menghadirkan panduan komprehensif tentang perawatan dan diagnosis selama masa nifas, dengan fokus khusus pada kondisi-kondisi patologis yang dapat terjadi selama periode ini.

Masa nifas merupakan fase yang sangat penting dalam kehidupan seorang wanita setelah melahirkan. Dalam periode ini, tubuh ibu mengalami banyak perubahan fisik dan emosional. Meskipun sebagian besar nifas berjalan dengan lancar, beberapa wanita dapat mengalami komplikasi serius yang memerlukan perawatan medis segera. Inilah mengapa pemahaman yang mendalam tentang diagnosis dan manajemen kondisi nifas patologis sangat penting.

Buku ini mencakup berbagai topik, termasuk:

- BAB 1: Rasa Terbakar Saat Buang Air Kecil (BAK)
- BAB 2: Sembelit Pada Masa Nifas
- BAB 3: Perdarahan Hebat Masa Nifas
- BAB 4: Infeksi Luka Jahitan
- BAB 5: Endometritis
- BAB 6: Perdarahan Nifas
- BAB 7: Rasa Nyeri Pada Betis
- BAB 8: Keputihan Patologis Pada Masa Nifas
- BAB 9: Preeklamsia
- BAB 10: Inkontinensia Urine Postpartum
- BAB 11: Cairan Vagina Berbau (Lochea Purulenta)

"Buku Diagnosis Nifas Patologis I" adalah sumber informasi yang sangat berharga bagi para profesional kesehatan yang ingin meningkatkan pemahaman mereka tentang nifas patologis dan meningkatkan kemampuan mereka dalam merawat wanita yang mengalami komplikasi selama masa nifas. Dengan informasi yang lengkap dan praktis, buku ini menjadi panduan penting dalam menjaga kesehatan ibu dan bayi selama periode pasca melahirkan yang kritis.

"Buku Diagnosis Nifas Patologis I" adalah sumber penting bagi para profesional kesehatan, terutama bidan yang bekerja dalam bidang kebidanan. Buku ini menghadirkan panduan komprehensif tentang perawatan dan diagnosis selama masa nifas, dengan fokus khusus pada kondisi-kondisi patologis yang dapat terjadi selama periode ini.

Masa nifas merupakan fase yang sangat penting dalam kehidupan seorang wanita setelah melahirkan. Dalam periode ini, tubuh ibu mengalami banyak perubahan fisik dan emosional. Meskipun sebagian besar nifas berjalan dengan lancar, beberapa wanita dapat mengalami komplikasi serius yang memerlukan perawatan medis segera. Inilah mengapa pemahaman yang mendalam tentang diagnosis dan manajemen kondisi nifas patologis sangat penting. Dengan informasi yang lengkap dan praktis, buku ini menjadi panduan penting dalam menjaga kesehatan ibu dan bayi selama periode pasca melahirkan yang kritis.

ISBN 978-623-8411-15-3



9 786238 411153



**Anggota IKAPI
No. 624/DKI/2022**

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919