

Modul Praktikum Perdarahan Pasca Persalinan

by TURNITIN LLC (1)

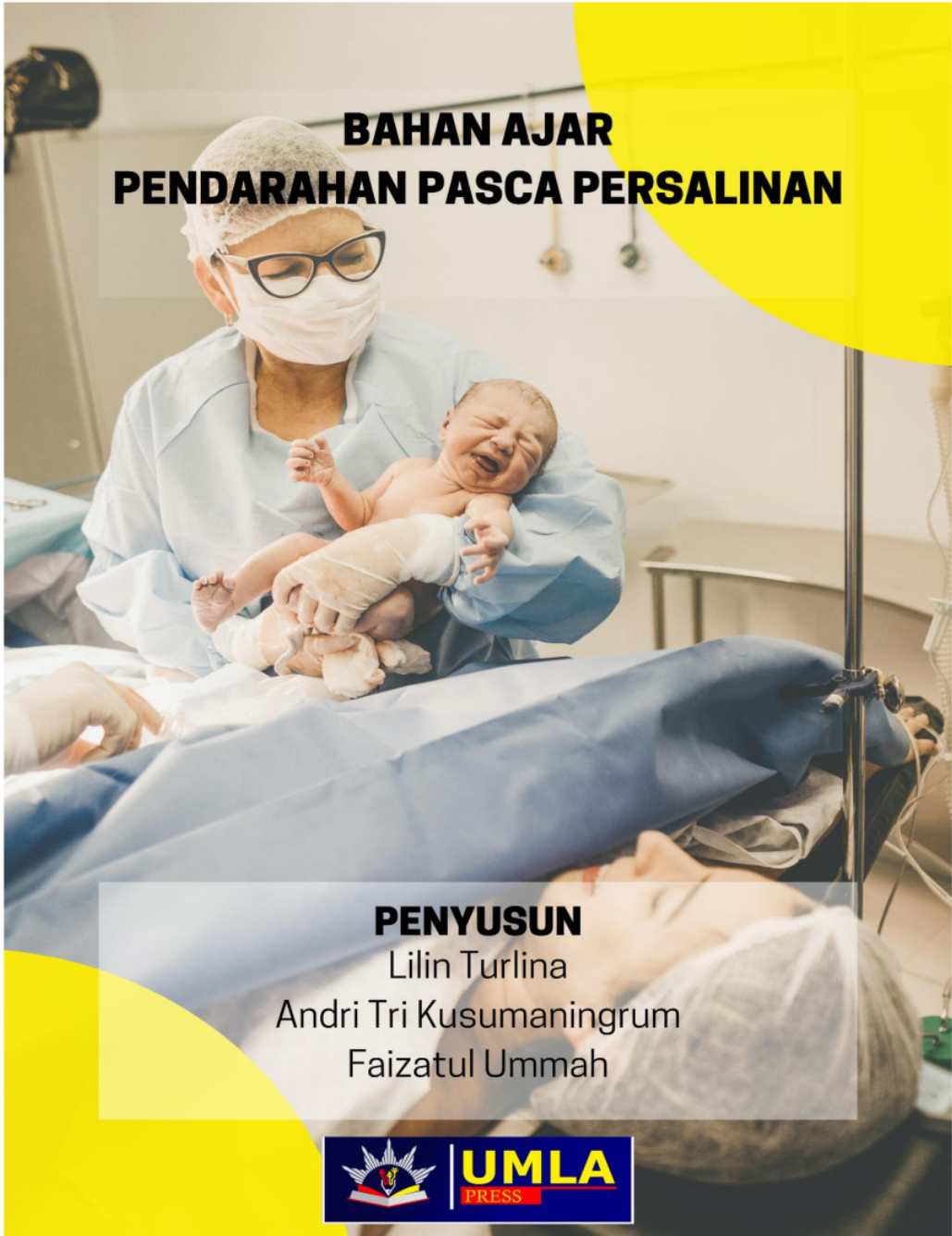
Submission date: 26-Mar-2024 10:20AM (UTC+0900)

Submission ID: 2331272191

File name: Modul_Praktikum_Perdarahan_Pasca_Persalinan.pdf (945.74K)

Word count: 9180

Character count: 59414



**BAHAN AJAR
PENDARAHAN PASCA PERSALINAN**

PENYUSUN

Lilin Turlina
Andri Tri Kusumaningrum
Faizatul Ummah



BAHAN AJAR
PERDARAHAN PASCA PERSALINAN

Lilin Turlina
Hj. Andri Tri Kusumaningrum
Faizatul Ummah

Desain Cover:
Lilin Turlina

Tata Letak:
Lilin Turlina

Proofreader:
Faizatul Ummah

Ukuran: 26
Viii, 70, Uk: 20x29 cm

ISBN:
No ISBN

Cetakan Pertama:
Maret 2023

Hak Cipta 2023, Pada Penulis
Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2023 by UMLA Press
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit.

PENERBIT UMLA PRESS
Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Km. 02 Lamongan-Jawa Timur
Telp/Fax: (0322) 322356
Website: www.press.umlac.ac.id
E-mail: umlapress@gmail.com

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Bahan Ajar Perdarahan Pasca Persalinan Prodi D3 Kebidanan, Universitas Muhammadiyah Lamongan telah terselesaikan.

Modul praktikum Perdarahan Pasca Persalinan ini diperuntukkan bagi mahasiswa Prodi D3 Kebidanan semester IV (empat). Adapun isi dari Bahan Ajar ini mencakup perdarahan pasca persalinan primer yaitu: retensio plasenta, rest plasenta, inversio uteri, atonia uteri, laserasi jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan sekunder. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini telah melibatkan banyak pihak yang sepenuh hati memberikan bantuan yang dibutuhkan, untuk itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Aziz Alimul Hidayat, M.Kes. selaku Rektor UMLA beserta segenap jajaran yang telah yang memfasilitasi dalam penerbitan bahan ajar perdarahan pasca persalinan bagi mahasiswa Prodi D3 Kebidanan ini.
2. Dr. Virgianti Nur Faridah, S.Kep.Ns., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan beserta segenap jajaran yang telah memberi kesempatan dalam menyusun modul praktikum perdarahan pasca persalinan.
3. Ketua Prodi D3 Kebidanan yang telah memberi dukungan dalam menyelesaikan bahan ajar perdarahan pasca persalinan.
4. Rekan-rekan dosen Prodi D3 Kebidanan Universitas Muhammadiyah Lamongan yang telah memberi pengetahuan di bidang perdarahan pasca persalinan, nasehat, dukungan dan semangat selama penyusunan modul praktikum ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan bahan ajar ini, karena keterbatasan penulis. Untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun diterima dengan lapang dada.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Lamongan, 22 Februari 2023

Penyusun

DAFTAR ISI

Cover	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Tata Tertib	vi
Petunjuk Umum Praktikum	ix
BAB 1. DESKRIPSI PRAKTIKUM PERDARAHAN PASCA	
PERSALINAN	1
A. Deskripsi Praktikum	1
B. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)	1
C. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)	1
D. Indikator	2
BAB 2. PERDARAHAN PASCA PERSALINAN	3
A. Tujuan Praktikum	3
B. Dasar Teori	3
C. Prosedur Kerja	6
D. Latihan	8
BAB 3. PENATALAKSANAAN RETENSIO PLASENTA	9
A. Tujuan Praktikum	9
B. Dasar Teori	9
C. Prosedur Kerja	10
D. Latihan	15
BAB 4. PENATALAKSANAAN RETENSIO SISA PLASENTA	16
A. Tujuan Praktikum	16
B. Dasar Teori	16
C. Prosedur Kerja	17
D. Latihan	18

BAB 5. PENATALAKSANAAN INVERSIO UTERI	19
A. Tujuan Praktikum	19
B. Dasar Teori	19
C. Prosedur Kerja	21
D. Latihan	24
BAB 6. PENATALAKSANAAN ATONIA UTERI	25
A. Tujuan Praktikum	25
B. Dasar Teori	25
C. Prosedur Kerja	38
D. Latihan	47
BAB 7. PENATALAKSANAAN LASERASI JALAN LAHIR	48
A. Tujuan Praktikum	48
B. Dasar Teori	48
C. Prosedur Kerja	52
D. Latihan	55
Daftar Pustaka	57

TATA TERTIB

1. Tata Tertib Praktikum Askeb Neonatus Bayi Balita dan Anak Prasekolah

- a. Mahasiswa menyiapkan diri 15 menit di depan ruang laboratorium sebelum praktikum dimulai.
- b. Mahasiswa yang terlambat 15 menit atau lebih tidak diijinkan mengikuti praktikum.
- c. Setiap akan melaksanakan praktikum, diadakan pre-test dengan materi yang akan di praktikkan.
- d. Mahasiswa tidak boleh bersendau gurau dan harus bersikap sopan.
- e. Mahasiswa tidak diperkenankan makan minum selama praktikum berlangsung.
- f. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan ruang praktikum selama praktikum berlangsung, kecuali atas ijin dosen pembimbing.
- g. Mahasiswa wajib membereskan ruangan dan alat-alat praktikum dan dikembalikan dalam keadaan yang bersih dan rapi.
- h. Mahasiswa yang tidak dapat mengikuti praktikum karena berhalangan atau gagal dalam praktikum harus mengulang atau mengganti pada hari lain sesuai dengan jadwal yang telah diatur (sesuai kebijakan dosen).
- i. Mahasiswa wajib mengikuti praktikum 100% dari semua kegiatan praktikum.

2. Tata Tertib Pemakaian Alat Praktikum

- a. Setiap mahasiswa berhak meminjam/menggunakan alat-alat laboratorium dengan persetujuan Kepala Laboratorium.
- b. Setiap mahasiswa atau perwakilan kelompok praktik yang akan praktik laboratorium wajib memberitahu/pesan alat kepada petugas laboratorium (laboran) minimal 1 hari sebelum praktik dilaksanakan.
- c. Mahasiswa/peminjam wajib mengisi formulir peminjaman alat/bon alat yang telah disediakan oleh pihak laboratorium.
- d. Mahasiswa atau peminjam bertanggung jawab atas kebersihan dan keutuhan alat-alat yang dipinjam.
- e. Mahasiswa wajib merapikan dan membersihkan kembali peralatan yang dipinjam setelah selesai menggunakan alat laboratorium.
- f. Alat-alat laboratorium dikembalikan segera setelah melaksanakan kegiatan praktik.
- g. Alat-alat laboratorium yang dipinjam dikembalikan tepat waktu dan dalam keadaan bersih dan utuh.
- h. Mahasiswa wajib membersihkan ruang laboratorium sebelum dan sesudah melaksanakan praktikum.
- i. Mahasiswa diperbolehkan meninggalkan ruangan setelah serah terima alat yang dipinjam kepada laboran.
- j. Mahasiswa akan dikenakan denda sebesar Rp. 10.000,-/hari/alat apabila terlambat mengembalikan alat atau mengembalikan alat dalam keadaan kotor.

- k. Mahasiswa atau peminjam wajib mengganti alat yang rusak/hilang dalam waktu maksimal dua hari setelah pelaksanaan praktikum.

3. Tata Tertib Praktikum Sesuai Protokol Kesehatan

- a. Menggunakan masker sekali pakai.
- b. Menggunakan jas laboratorium.
- c. Cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir atau menggunakan *hand sinitizer*.
- d. Menerapkan etika batuk/bersin yang benar.
- e. Tidak berkerumun.
- f. Melakukan desinfeksi ruangan dan tempat praktikum setelah selesai melakukan praktikum.

PETUNJUK UMUM PRAKTIKUM

1. Ketentuan Dosen Pembimbing Praktikum

- a. Dosen Pembimbing praktikum memberikan materi keterampilan sesuai jadwal yang telah diberikan.
- b. Dosen Pembimbing melakukan koordinasi dengan mahasiswa dan bagian laboratorium 1 hari sebelum praktikum dimulai.
- c. Dosen Pembimbing menyiapkan diri 15 menit di laboratorium sebelum praktikum dimulai.
- d. Dosen Pembimbing mengadakan apersepsi maupun responsi (*pre-test/post test*) pada setiap mahasiswa.
- e. Dosen Pembimbing praktikum memberikan demonstrasi keterampilan secara kelompok dan membimbing keterampilan pada setiap mahasiswa.
- f. Dosen Pembimbing praktikum memberikan penilaian dari hasil *pre test* dan atau *post test* sesuai jenis keterampilan yang diberikan dan memberikan tanda tangan laporan.
- g. Dosen Pembimbing praktikum merekap dan membuat catatan pada jurnal praktikum setiap selesai praktikum.

2. Tugas Mahasiswa

- a. Mahasiswa mengisi presensi praktikum yang telah disediakan.
- b. Mahasiswa mengikuti praktikum sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
- c. Mahasiswa wajib mengikuti *pre test* dan atau *post test* dalam waktu 10 menit.

- d. Mahasiswa mengamati dan melakukan simulasi/demonstrasi/*role play* materi keterampilan yang diberikan.
- e. Mahasiswa membuat laporan praktikum **diketik rapi** pada ukuran **kertas A4, font Times New Roman 12, margin 4-4-3-3** dan semua laporan praktikum dikumpulkan **maksimal satu minggu** setelah selesai praktikum, **dijilid berwarna biru muda**.
- f. Mahasiswa memilih dan membuat 1 (satu) video dari jenis keterampilan yang dipraktikan dan dikumpulkan maksimal satu minggu setelah selesai praktikum ke link yang diberikan dosen penanggungjawab praktikum.

BAB 1

DESKRIPSI PRAKTIKUM PERDARAHAN PASCA ERSALINAN

A. Deskripsi Praktikum

Praktikum ini merupakan bagian dari mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Pada praktikum ini mahasiswa akan belajar mempraktikkan berbagai keterampilan dalam memberikan asuhan kepada ibu dengan masalah perdarahan pasca persalinan.

B. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mempelajari modul praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu mendemonstrasikan penanganan awal kegawatdaruratan maternal neonatal sesuai dengan standar mutu yang berlaku dan mampu mendemonstrasikan pencegahan infeksi, pasien *safety* dan upaya bantuan hidup dasar, serta mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan perdarahan pasca persalinan sesuai standar kompetensi bidan vokasi berdasarkan nilai-nilai ke-Islaman.

C. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mempelajari modul praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu menjelaskan dan mempraktikkan:

- a. Penatalaksanaan retensio plasenta
- b. Penatalaksanaan retensio sisa plasenta
- c. Penatalaksanaan inversio uteri
- d. Penatalaksanaan atonia uteri

- e. Penatalaksanaan laserasi jalan lahir

D. Indikator

- a. Ketepatan mahasiswa dalam melakukan praktik sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang ada.
- b. Ketepatan dalam menjawab soal *pre test* dan/atau *post test*.
- c. Sikap selama pelaksanaan praktikum.

BAB 2

PERDARAHAN PASCA PERSALINAN

A. Tujuan Praktikum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan melakukan penegakan diagnosis perdarahan pasca persalinan primer dan perdarahan pasca persalinan skunder.

B. Dasar Teori

1. Pengertian Perdarahan Pasca Persalinan

Perdarahan pascapersalinan adalah ¹⁷kehilangan 500 mL atau lebih darah dari traktus genitalia setelah melahirkan. Pada persalinan pervaginam, perdarahan pasca persalinan didefinisikan sebagai terjadinya perdarahan > 500 cc, sedangkan pada seksio sesarea dan cesarean hysterectomy sebanyak > 1000 cc dan > 1500 cc. Definisi Perdarahan pascapersalinan menurut *American College of Obstetricians and Gynecologist* yaitu adanya penurunan > 10% dari kadar hematokrit sebelum dan sesudah persalinan.

Perdarahan pascapersalinan primer adalah semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

Perdarahan pascapersalinan skunder adalah semua kejadian perdarahan yang terjadi setelah 24 jam persalinan sampai dengan 6 minggu pascapersalinan.

2. Etiologi Perdarahan Pascapersalinan

Tonus : Perdarahan yang disebabkan oleh kontraksi yang tidak baik, yaitu atonia uteri.

- Tissue* : Perdarahan yang disebabkan oleh sisa jaringan/bekuan darah, yaitu retensio
- Trauma* : plasenta dan sisa plasenta.
Perdarahan yang disebabkan oleh adanya perlukaan, yaitu laserasi/robekan jalan lahir,
- Thrombine* : inversio uteri dan ruptur uteri.
Perdarahan yang disebabkan oleh adanya gangguan faktor pembekuan darah.

3. Tanda dan Gejala Perdarahan Pascapersalinan

Tabel 1. Tanda dan Gejala Perdarahan Pascapersalinan

Gejala dan Tanda yang Selalu Ada	Gejala dan Tanda yang Kadang-Kadang Ada	Diagnosis Kemungkinan
<ul style="list-style-type: none"> • Uterus tidak berkontraksi dan lembek • Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer/P3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Syok 	Atonia Uteri
<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan segera (P3) • Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3) • Uterus kontraksi 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 (P3) • Uterus berkontraksi baik 	<ul style="list-style-type: none"> • Tali pusat putus akibat traksi berlebihan • Inversio uteri akibat tarikan • Perdarahan lanjutan 	Retensio Plasenta

Gejala dan Tanda yang Selalu Ada	Gejala dan Tanda yang Kadang-Kadang Ada	Diagnosis Kemungkinan
<ul style="list-style-type: none"> Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap Perdarahan segera (P3) 	<ul style="list-style-type: none"> Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang 	Tertinggalnya sebagian plasenta
<ul style="list-style-type: none"> Uterus tidak teraba Lumen vagina terisi masa Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir) Perdarahan segera (P3) Nyeri sedikit atau berat 	<ul style="list-style-type: none"> Syok neurogenik Pucat dan limbung 	Inversio Uteri
<ul style="list-style-type: none"> Sub-involusi uteri Nyeri tekan perut bawah Perdarahan lebih 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S. Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau tidak sedap (jika disertai infeksi) 	<ul style="list-style-type: none"> Anemia Demam 	Perdarahan terlambat Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi atau tidak)
<ul style="list-style-type: none"> Perdarahan segera (P3) perdarahan intraabdominal dan/atau vaginam Nyeri perut berat 	<ul style="list-style-type: none"> Syok Nyeri tekan perut Denyut nadi ibu cepat 	Robekan Dinding Uterus (Ruptura Uteri)

4. Klasifikasi Jumlah Perdarahan

Tebal 2. Klasifikasi Jumlah Perdarahan

Klas	Jumlah (cc)	% Kehilangan	Tekanan Darah	Respons
0	< 500	< 10	Normal	Tidak ada (tetap)
GARIS WASPADA				
1	500 -1000	10 -15	Normal	Asimptomatik, takikardia, pusing
GARIS TINDAKAN				
2 (*)	1000 - 15000	15 -25	Sedikit ↓	Takikardia, takipnea, pulse pressure menyempit, hipotensi ortostatik
3 (**)	1500 - 2000	25 - 35	70 - 80	Takikardia dan takipnea berlebihan, hipotensi, ekstremitas dingin, oliguria
4 (***)	>2000	>35	< 70	Syok, oliguria/anuria
GARIS WASPADA		Observasi + <i>Replacement therapy</i>		
GARIS TINDAKAN				
(*)		<i>Replacment therapy + Oxytocics</i>		
(**)		<i>Urgent active management</i>		
(***)		<i>Critical active management (50% mortality if not managed activity)</i>		

C. Prosedur Kerja

Penanganan umum perdarahan pascapersalinan adalah sebagai berikut:

1. **MINTALAH BANTUAN.** Segera mobilisasi seluruh tenaga yang ada dan siapkan fasilitas tindakan gawat darurat.
2. Lakukan pemeriksaan secara cepat keadaan umum ibu termasuk tanda vital (nadi, tekanan darah, pernafasan dan suhu tubuh).

3. Jika dicurigai adanya syok, segera lakukan penatalaksanaan syok. Jika tanda-tanda syok tidak terlihat, ingatlah saat Anda melakukan evaluasi lanjut karena status wanita tersebut dapat memburuk dengan cepat.
4. Pastikan bahwa kontraksi uterus baik:
 - 1) Lakukan pijatan uterus untuk mengeluarkan bekuan darah. Bekuan darah yang terperangkap di uterus akan menghalangi kontraksi uterus yang efektif.
 - 2) Berikan 10 unit oksitosin I.M
5. Pasang infus cairan I.V
6. Lakukan kateterisasi dan pantau cairan keluar masuk
7. Periksa kelengkapan plasenta
8. Periksa kemungkinan robekan serviks, vagina dan perineum
9. Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah
10. Setelah perdarahan teratasi (24 jam setelah perdarahan berhenti), periksa kadar hemoglobin:
 - 1) Jika Hb kurang dari 7g/dl atau hematokrit kurang dari 20% (anemia berat): berikan sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 120 mg ditambah asam folat 400 mcg peroral sekali sehari selama 6 bulan;
 - 2) Jika Hb 7-11g/dl: beri sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 60 mg ditambah asam folat 400 mcg peroral sekali sehari selama 6 bulan;
 - 3) Pada daerah endemik cacing gelang (prevalensi sama atau lebih dari 20%) berikan terapi: Albendasol 400 mg peroral sekali, ATAU Mebendasol 500 mg peroral sekali atau 100 mg dua kali sehari selama 3 hari;

- 4) Pada daerah endemik tinggi cacing gelang (prevalensi sama atau lebih dari 50%), berikan dosis tersebut selama 12 minggu setelah dosis pertama.

D. Latihan

Anda sebagai Bidan di sebuah Rumah Sakit. Anda baru saja melakukan pertolongan persalinan spontan pervaginam pada ibu primipara dengan berat bayi 4.000 gram. Ibu mengalami perdarahan banyak (>500 cc) segera setelah plasenta lahir. Anda sebagai Bidan yang bertugas melakukan pertolongan pada ibu yang mengalami perdarahan pascapersalinan.

Tugas:

1. Buatlah kelompok yang terdiri dari 4 orang yang terdiri dari 2 orang Bidan, 1 orang pasien dan 1 orang observer.
2. Lakukan tindakan penanganan umum pada kasus perdarahan pascapersalinan tersebut.

BAB 3

PENATALAKSANAAN RETENSIO PLASENTA

A. Tujuan Praktikum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mempraktikkan penatalaksanaan retensio plasenta dengan tindakan manual plasenta dengan benar sesuai SOP.

B. Dasar Teori

1. Pengertian

Retensio plasenta adalah plasenta yang tertinggal di dalam uterus 30 menit setelah bayi lahir.

2. Etiologi

- a. Plasenta yang belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh terlalu melekat lebih dalam. Berdasarkan tingkat perlekatannya dibagi menjadi:
 - a) Plasenta adhesive, plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta.
 - b) Plasenta akreta, implantasi jonjot khorion memasuki sebagian miometrium.
 - c) Plasenta inkreta, implantasi menembus hingga miometrium.
 - d) Plasenta perkreta, implantasi menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.

- b. Plasenta sudah lepas tapi belum keluar, karena:
- a) Atonia uteri yang merupakan ketidak mampuan uterus untuk berkontraksi setelah bayi lahir.
 - b) Plasenta inkarserata yang merupakan adanya lingkaran kontraksi pada bagian rahim akibat kesalahan penanganan Kala III sehingga menghalangi plasenta keluar.
 - c) Penyebab lain adalah adanya kandung kemih penuh atau rektum penuh.

C. Prosedur Kerja Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu Perbaikan** : Langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan).
2. **Mampu** : Langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).
3. **Mahir** : Langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.

No.	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		1	2	3
PERSIAPAN SEBELUM TINDAKAN				
1.	Persiapan Alat, Bahan dan Obat Untuk Klien <ul style="list-style-type: none"> • Perlengkapan set infus • Oksitosin • Analgesia per rektal/verbal anestesia • Kateter nelaton steril dan penampung urine • Klem kocher (klem penjepit), pinset anatomi 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Kain alas bokong • Kom berisi kapas dibasahi air DTT/larutan antiseptik • Tensimeter dan stetoskop • Termometer • Tempat plasenta • Larutan klorin 0,5% 			
2.	Persiapan Penolong (Pelindung Diri) <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan DTT/Steril <ul style="list-style-type: none"> - ST Panjang : untuk tangan dalam - ST Pendek : untuk tangan luar • Topi • Masker • Kacamata pelindung • Celemek • Alas kaki tertutup 			
3.	Persiapan Klien <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pada ibu tentang kondisi yang terjadi • Jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan • Pasang InfusL/NaCl 0,9% • Posisikan ibu dorsal recumbent 			
PENCEGAHAN INFEKSI SEBELUM TINDAKAN				
19	Kenakan pelindung diri (barier protektif)			
No.	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		1	2	3
2.	Muci tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan			
3.	Pasang alas bokong bersih dan kering			
4.	Buka alat pakai sarung tangan DTT/Steril			
5.	Bersihkan vulva dan perineum dengan kapas yang dibasahi air DTT atau larutan antiseptik			
TINDAKAN PENETRASI KE KAVUM UTERI				
6.	Lakukan anatesi verbal sehingga perhatian ibu teralihkan dari rasa sakit atau analgesia per rektal			
7.	Lakukan katetrisasi jika kandung kemih penuh, pastikan kateter masuk dengan benar			

	dan cabut kateter setelah kandung kemih dikosongkan			
8.	Jepit tali pusat dengan klem/kocher pada jarak 5-10 cm dari vulva, kemudian tegangkan tali pusat sejajar lantai dengan satu tangan			
9.	Secara obstetrik, masukan satu tangan (punggung tangan di bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat			
10.	Setelah tangan mencapai pembukaan serviks, minta asisten atau keluarga untuk memegang kocher, kemudian tangan lain penolong menahan fundus uteri			
11.	Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi placenta			
12.	Buka tangan secara obstetrik seperti memberi salam (ibu jari merapat ke pangkal jari telunjuk)			
MELEPAS PLACENTA DARI DINDING UTERUS				
13.	Tentukan implantasi placenta, temukan tepi placenta yang paling bawah			
14.	Bila implantasi di <i>korpus belakang</i> , tangan dalam tetap pada sisi bawah tali pusat. Lepaskan plasenta dari tempat implantasinya dengan jalan menyelipkan ujung jari diantara plasenta dan dinding uterus, dengan punggung tangan pada dinding dalam uterus bagian belakang (menghadap sisi bawah tali pusat)			
	Bila implantasi di <i>korpus depan</i> , pindahkan tangan dalam ke sisi atas tali pusat dengan punggung tangan menghadap ke atas. Lakukan penyisipan ujung jari diantara plasenta dan dinding uterus dengan punggung tangan pada dinding dalam uterus bagian depan (menghadap sisi atas tali pusat)			
15.	Kemudian gerakkan tangan dalam ke kiri dan kanan ambil bergeser ke arah kranial sehingga			

	<p>semua permukaan maternal plasenta dapat dilepaskan</p> <p>Catatan:</p> <p>Sambil melakukan tindakan, perhatikan keadaan pasien, lakukan penanganan yang sesuai bila ada penyulit</p>			
MENGELUARKAN PLASENTA				
16.	Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi ulangan untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus			
17.	4. hindahkan tangan luar ke suprasymphisis untuk menahan uterus pada saat plasenta dikeluarkan			
18.	Instruksikan asisten atau keluarga yang memegang koher untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam menarik plasenta keluar (hindari perikaran darah)			
19.	Lakukan sedikit pendorongan uterus (dengan tangan luar) ke dorsokranial saat mengeluarkan plasenta			
20.	Letakkan plasenta ke dalam tempat yang telah disediakan			
21.	<p>Lakukan masase uterus selama 15 detik atau 15 kali, perhatikan kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bila uterus tidak berkontraksi dan terjadi perdarahan hebat, ikuti langkah penanganan atonia uteri • Bila uterus berkontraksi dengan baik tetapi terjadi perdarahan banyak, periksa adakah lacerasi jalan lahir pada perineum, vagina dan serviks 			
22.	Lakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaputnya. Lakukan penatalaksanaan yang sesuai bila plasenta lahir tidak lengkap			
PENCEGAHAN INFEKSI PASCA TINDAKAN				
23.	Sementara masih menggunakan sarung tangan, kumpulkan semua barang, bahan atau			

	instrumen bekas pakai dan bersihkan tubuh dan ranjang tindakan			
24.	Lakukan dekontaminasi sarung tangan dan semua peralatan yang tercemar darah atau cairan lainnya, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik			
25.	Segera cuci tangan dengan sabun dan airbersih mengalir, keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering			
PERAWATAN PASCA TINDAKAN				
26.	Periksa kembali tanda vital klien, segera lakukan tindakan dan instruksi apabila masih diperlukan			
27.	Catat kondisi klien dan buatlaporan tindkan di dalam kolom yang tersedia			
28.	Buat instruksi pengobatan lanjutan dan hal-hal penting untuk dipantau <u>Catatan:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah persalinan dengan manual plasenta, ibu memerlukan antibiotika spektrum luas: Ampicillin 1gr IV dilanjutkan 500 mg peroral setiap 6 jam dan metronidazole 500 mg peroral setiap 6 jam selama 5 hari • Lakukan tes sensitivitas sebelum memberikan suntikan antibiotika 			
29.	Beritahukan pada pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai tetapi pasien masih memerlukan perawatan			
30.	Ajarkan ibu dan keluarga tentang asuhan mandiri dan tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi. Minta keluarga segera melapor pada penolong jika terjadi gangguan kesehatan ibu atau timbul tanda-tanda bahaya tersebut.			
25	TOTAL			

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100$$

**Mengetahui,
Penguji**

.....

D. Latihan

Anda sebagai seorang Bidan melakukan pertolongan persalinan. Bayi lahir normal spontan pervaginam. Setelah bayi lahir Anda melakukan manajemen aktif Kala III yaitu cek fundus uteri, menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM dan melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT). Setelah 30 menit dilakukan PTT plasenta belum lahir dan ada pengeluaran darah pervaginam. Anda sebagai seorang Bidan melakukan tindakan manual plasenta.

Tugas: Buatlah kelompok yang terdiri dari 2 orang, masing-masing berperan sebagai bidan dan observer. Lakukan penatalaksanaan retensio plasenta dengan tindakan manual plasenta. .

BAB 4

PENATALAKSANAAN RETENSIO SISA PLASENTA

A. Tujuan Praktikum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mempraktikkan penatalaksanaan retensio sisa plasenta dengan benar.

B. Dasar Teori

1. Pengertian

Retensio sisa plasenta adalah penyebab perdarahan postpartum dikarenakan tertinggalnya sebagian dari plasenta, lobus, kotiledon atau suatu fragmen plasenta. Begitu bagian plasenta terlepas dari dinding uterus, perdarahan terjadi di daerah itu. Bagian plasenta yang masih merintang Retraksi miometrium menyebabkan perdarahan berlangsung terus sampai sisa organ tersebut terlepas serta dikeluarkan. Apabila bagian dari plasenta satu atau lebih lobus yang tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif.

2. Etiologi Retensio Sisa Plasenta

- 1) Manajemen aktif kala III yang kurang benar
- 2) Abnormalitas plasenta
- 3) Kelahiran bayi yang terlalu cepat

3. Diagnosis Perdarahan karena Retensio Sisa Plasenta

- 1) Palpasi uterus untuk mengetahui kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri.

- 2) Inspeksi untuk memeriksa plasenta dan selaput ketuban apakah lengkap atau tidak dan apakah terdapat perdarahan pervaginam lebih dari normal.
 - 3) Pemeriksaan dalam untuk mencari sisa plasenta atau selaput ketuban dan plasenta suksenturiata serta apakah masih ada pembukaan atau tidak.
 - 4) Inspekulo untuk melihat robekan pada serviks dan vagina.
 - 5) Pemeriksaan laboratorium dilakukan pemeriksaan darah yaitu Hb dan golongan darah.
4. Gambaran Klinis
- 1) Perdarahan pervaginam segera (<24 jam)
 - 2) Sebagian plasenta hilang (kotiledon tidak lengkap)
 - 3) Uterus berkontraksi tapi tinggi fundus uteri tidak berkurang
 - 4) Jika perdarahan terus menerus dapat menyebabkan keadaan pasien berangsur-angsur semakin jelek dan perubahan tanda vital (sistole <90 mmHg, nadi >100x/menit)
 - 5) Pada pemeriksaan dalam masih ada pembukaan dan masih dapat diraba sisa plasenta dan membrannya
 - 6) Perpanjangan perdarahan lochia
 - 7) Subinvolusi uteri dan perdarahan terlambat.

C. Prosedur Kerja

- 1) Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan.

- 2) Pemasangan infus profilaksis.
- 3) Berikan antibiotika, ampisilin dosis awal 1 gram IV dilanjutkan dengan 3x1 gram oral dikombinasikan dengan metronidazole 1 gram suppositoria dilanjutkan dengan 3x500 mg peroral.
- 4) Lakukan eksplorasi digital (bila serviks terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan. Bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrumen, lakukan evaluasi sisa plasenta dengan aspirasi vakum manual (AVM) atau dilatasi dan kuretase.
- 5) Bila kadar Hb <8 gr% berikan tranfusi darah. Bila kadar Hb >8 gr%, berikan sulfas ferosus 600 mg/hari selama 10 hari.
- 6) Jika perdarahan berlanjut, lakukan uji pembekuan darah dengan menggunakan uji pembekuan darah sederhana.

D. Latihan

Anda sebagai seorang bidan, baru saja melakukan membantu melahirkan plasenta. Segera setelah selesai manajemen Kala III, Anda segera melakukan penilaian pada plasenta dan tali pusat. Dari hasil penilaian ternyata ada bagian kotiledon yang tidak lengkap. Pasien sekarang mengalami perdarahan pervaginam yang agak banyak. Anda segera melakukan tindakan penatalaksanaan retensio sisa plasenta.

Tugas :

1. Buatlah kelompok yang terdiri dari 2 orang yang terdiri dari 1 orang Bidan, 1 orang pasien dan 1 orang observer.
2. Lakukan tindakan penanganan umum pada kasus perdarahan pascapersalinan tersebut.

BAB 5

PENATALAKSANAAN INVERSIO UTERI

A. Tujuan Praktikum

Mahasiswa mampu untuk menjelaskan dan mempraktikkan penatalaksanaan inversio uteri dengan benar.

B. Dasar Teori

1. Pengertian Inversio Uteri

Inversio uteri adalah suatu kejadian terbaliknya uterus bagian dalam ke arah luar, sehingga bagian fundus uteri dipaksa melalui serviks dan menonjol ke dalam atau keluar dari vagina.

2. Klasifikasi Inversio Uteri menurut Derajat

1) Inversio Uteri derajat I (Inkomplit)

Inversio uteri derajat I merupakan inversi uterus dimana korpus terbalik ke arah serviks, namun belum mencapai cincin serviks.

2) Inversio Uteri Derajat II (Inkomplit)

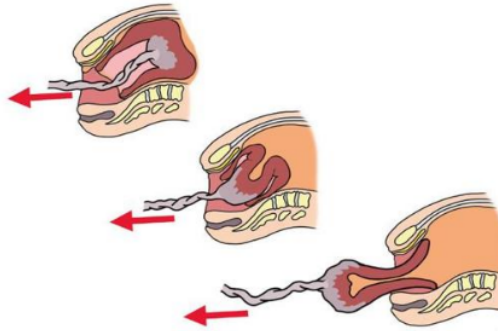
Inversio uteri derajat II merupakan inversi uterus melewati cincin serviks, namun belum mencapai perineum.

3) Inversio Uteri Derajat III (Komplit)

Inversio uteri derajat III merupakan inversio uterus komplit, dimana inversi fundus uteri mencapai perineum.

4) Inversio Uteri Derajat IV (Total)

Inversio uteri derajat IV merupakan inversi uterus disertai dengan inversi vagina.



Gambar 4.1 Inversio Uteri

3. Etiologi dan Faktor Resiko Inversio Uteri

Manajemen kala III yang salah (tarikan tali pusat yang terlalu dini dan penekanan fundus sebelum plasenta terlepas) merupakan penyebab tersering inversio uteri. Hal ini bisa terjadi bila persalinan dipimpin oleh petugas yang tidak terlatih.

Selain itu, faktor risiko terjadinya inversio uteri antara lain : primipara, implantasi plasenta di fundus, plasenta adhesiva, atonia uteri, bayi makrosomia, penggunaan MgSO₄, Nitroglycerin, partus presipitatus, abnormalitas uterus, manual plasenta, tali pusat pendek, plasenta previa, gangguan jaringan ikat (Marfan sindrom, Ehlers-Danlos sindrom), keadaan yang meningkatkan tekanan intraabdominal secara tiba-tiba (seperti bersin, mual muntah hebat).

4. Patofisiologi Inversio Uteri

- 1) Suatu bagian dinding uterus prolaps melalui serviks yang terbuka, atau melipat ke depan
- 2) Relaksasi sebagian dinding uterus
- 3) Tarikan simultan ke arah bawah dari fundus uteri.

5. Tanda dan Gejala Inversio Uteri

- 1) Uterus tidak teraba
- 2) Lumen vagina terisi massa
- 3) Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir)
- 4) Perdarahan segera
- 5) Nyeri sedikit atau berat
- 6) Syok neurogenik
- 7) Syok hypovolemik

C. Prosedur Kerja

1. Reposisi Inversio Uteri

- 1) Kaji ulang indikasi
- 2) Kaji ulang prinsip dasar perawatan dan pasang infus
- 3) Berikan petidin dan diazepam I.V dalam semprit berbeda secara perlahan-lahan atau anestesia umum jika diperlukan.
- 4) Basuh uterus dengan larutan antiseptik dan tutup dengan kain basah (dengan NaCl hangat) menjelang operasi.

2. Pencegahan Inversi Sebelum Tindakan

- 1) Koreksi Manual

- (1) Pasang sarung tangan DTT
- (2) Pegang uterus pada daerah insersi tali pusat dan masukkan kembali melalui serviks. Gunakan tangan lain untuk membantu menahan uterus dari dinding abdomen. Jika plasenta masih belum terlepas, lakukan plasenta manual setelah tindakan koreksi
- (3) Jika koreksi manual tidak berhasil, lakukan koreksi hidrostatik.



Gambar 4.2 Reposisi Inversio Uteri Manual

2) Koreksi Hidrostatik

- (1) Pasien dalam posisi trendelenburg, dengan kepala lebih rendah sekitar 50 cm dari perineum.
- (2) Siapkan sistem bilas yang sudah didesinfeksi, berupa selang 2 m berujung penyemprot berlubang lebar. Selang disambung dengan tabung berisi air hangat 3-5 liter (atau NaCl atau infus lain) dan dipasang setinggi 2 m.
- (3) Identifikasi forniks posterior
- (4) Pasang ujung selang *douche* pada forniks posterior sampai menutup labia sekitar ujung selang dengan tangan

- (5) Guyur air dengan leluasa agar menekan uterus ke posisi semula.
- 3) Koreksi Manual dengan Anestesia Umum
Jika koreksi hidrostatik gagal, upayakan reposisi dalam anestesia umum. Halotan merupakan pilihan untuk relaksasi uterus.
- 4) Koreksi Kombinasi Abdominal-Vaginal (Tindakan Operatif)
- 5) Perawatan Pasca Tindakan
- (1) Jika inversi sudah diperbaiki, berikan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml I.V (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) 10 tetes/menit;
- a. Jika dicurigai terjadi perdarahan, berikan infus sampai dengan 60 tetes per menit;
- b. Jika kontraksi uterus kurang baik, berikan ergometrin 0,2 mg atau prostaglandin.
- (2) Berikan antibiotika profilaksis dosis tunggal:
- a. Ampisilin 2 gram I.V dan Metronidazole 500 mg I.V;
- b. ATAU Sefazolin 1 gram I.V Dan Metronidazole 500 mg I.V.
- (3) Lakukan perawatan pascabedah jika dilakukan koreksi kombinasi abdominal-vaginal.
- (4) Jika ada tanda infeksi berikan antibiotika kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam:
- a. Ampisilin 2 gram I.V tiap 6 jam;

- b. Dengan gentamisin 5 mg/kg berat badan IV setiap 24 jam
 - c. Dengan metronidazole 500 mg I.V setiap 8 jam.
- (5) Berikan analgesik jika perlu.

D. Latihan

Anda sebagai seorang bidan, baru saja melahirkan bayi dan sekarang memasuki Kala III. Anda melakukan penegangan tali pusat, tetapi tiba-tiba mengalami perdarahan, pasien mengeluh nyeri, uterus tidak teraba dan adanya masa pada lumen vagina. Anda segera melakukan tindakan penatalaksanaan inversio uteri.

Tugas :

1. Buatlah kelompok yang terdiri dari 3 orang yang terdiri dari 1 orang Bidan, 1 orang pasien dan 1 orang observer.
2. Lakukan tindakan penanganan umum pada kasus perdarahan pascapersalinan tersebut.

BAB 6

PENATALAKSANAAN ATONIA UTERI

A. Tujuan Praktikum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mempraktikkan penatalaksanaan atonia uteri dengan benar sesuai SOP.

B. Dasar Teori

1. Pengertian

Atonia uteri adalah suatu kondisi kegagalan uterus untuk berkontraksi dengan baik setelah persalinan. Definisi lain dari atonia uteri adalah hipotonia yang mencolok setelah kelahiran plasenta. Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri.

2. Etiologi

- 1) Pemisahan plasenta inkomplet. Jika plasenta tetap melekat secara utuh pada dinding uterus, hal ini cenderung tidak menyebabkan perdarahan. Namun demikian, jika pemisahan telah terjadi, pembuluh darah maternal akan robek. Jika jaringan plasenta sebagian tetap tertanam dalam desidua yang menyerupai spon, kontraksi dan retraksi yang efisien akan terganggu.
- 2) Retensi kotiledon, fragmen plasenta atau membaran. Hal ini juga mengganggu kerja uterus yang efisien.
- 3) Percepatan persalinan. Jika uterus telah berkontraksi dengan kuat dan menyebabkan durasi persalinan kurang

dari satu jam, kesempatan otot untuk beretraksi tidak cukup.

- 4) Persalinan lama. ⁵ Dalam persalinan yang fase aktifnya berlangsung lebih dari 12 jam inersia uterus dapat terjadi akibat kelelahan otot.
- 5) Polihydramnion atau kehamilan kembar : ⁵ Miometrium menjadi sangat regang sehingga menjadi kurang efisien.
- 6) ⁵ Plasenta previa : Sebagian atau seluruh plasenta berada di bawah tempat lapisan otot yang lebih tipis mengandung sedikit serat oblik : mengakibatkan control perdarahan yang buruk.
- 7) ⁵ Abrupsio plasenta : Darah dapat meresap diantara serat otot mengganggu kerja efektif.
- 8) Anastesi umum : Agen anastesi dapat menyebabkan relaksi uterus, terutama agen inhalasi yang mudah menguap seperti halotan.
- 9) Kesalahan penatalaksanaan kala III persalinan. Faktor ini tetap menjadi penyebab perdarahan pasca partum yang paling sering. Gesekan fundus atau manipulasi uterus dapat mencetuskan terjadinya kontraksi aritmik sehingga plasenta hanya sebagian terpisah dan kehilangan retraksi.
- 10) Kandung kemih penuh : kedekatannya dengan uterus di dalam abdomen setelah kala II persalinan dapat mengganggu kerja uterus. Hal ini juga merupakan kesalahan penatalaksanaan.

Sejumlah ⁵ faktor lain yang tidak secara langsung menyebabkan perdarahan pascapartum, tetapi dapat meningkatkan kecenderungan terjadi perdarahan hebat adalah hal berikut :

- 1) Riwayat perdarahan pasca partum atau retensi plasenta
Terdapat resiko kekembuhan pada kehamilan berikutnya. riwayat obstetric yang detail yang diperoleh pada pemeriksaan neonatal yang pertama akan memastikan dilakukannya pengaturan agar ibu dapat melahirkan di unit konsultan.
- 2) Paritas tinggi pada setiap kehamilan
Jaringan fibrosa menggantikan serat otot di dalam uterus. Hal ini akan menurunkan kontraktilitasnya dan pembuluh darah menjadi lebih sulit dikompresi. Ibu yang pernah mengalami lima kelahiran atau lebih, mengalami peningkatan resiko.
- 3) Fibroid (fibromioma)
Fibroid normalnya adalah tumor benigna yang terdiri atas otot dan jaringan fibrosa. Yang dapat mengganggu efektifitas kerja uterus.
- 4) Anemia
Ibu yang memasuki persalinan dengan konsentrasi hemoglobin yang rendah (dibawah 10 gr/dl) dapat mengalami penurunan yang lebih cepat lagi jika terjadi perdarahan, bagaimanapun kecilnya anemia berkaitan dengan debilitas yang merupakan penyebab lebih langsung terjadinya atonia uterus.

5) Ketosis

Pengaruh ketosis terhadap kerja uterus masih belum jelas. Fouleks & Dumoulin (1983) mengemukakan bahwa dalam sejumlah orang yang terdiri atas 3500 wanita, 40% mengalami ketonuria selama persalinan. Mereka melaporkan bahwa jika persalinan mengalami kemajuan yang baik, hal ini tampaknya tidak membahayakan kondisi janin atau ibu. Namun demikian, terdapat hubungan yang signifikan antara ketosis dan kebutuhan penambahan oksitosin, kelahiran dengan bantuan alat dan perdarahan pasca partum jika persalinan berlangsung lebih dari 12 jam. Oleh karena itu, koreksi ketosis dianjurkan dan dapat difasilitasi dengan memastikan bahwa ibu mendapatkan asupan cairan dan nutrisi yang agak padat sesuai toleransi selama persalinan. Tidak ada yang menunjukkan bahwa batasan makanan atau cairan perlu dilakukan perjalanan normal persalinan.

3. Penatalaksanaan Atonia Uteri

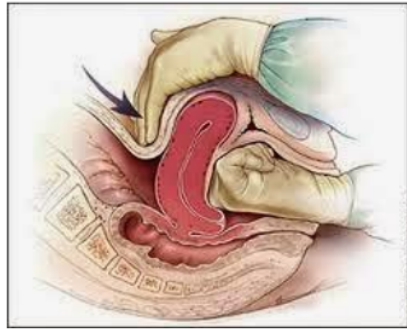
1) Prinsip Dasar

- (1) Kaji ulang indikasi
- (2) Kaji ulang prinsip dasar perawatan
- (3) Berikan dukungan emosional
- (4) Cegah infeksi sebelum tindakan
- (5) Kosongkan kandung kemih, pastikan perdarahan karena atonia uteri
- (6) Segera lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit jika perdarahan karena atonia uteri

- (7) Pastikan plasenta lahir lengkap
- 2) Prosedur Kompresi Bimanual Internal (KBI)
- (1) Pakai sarung tangan DTT/steril, tangan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari/menguncup) melalui introitus vagina.
 - (2) Periksa vagina dan serviks, pastikan tidak ada bekuan darah (stolsel).
 - ¹⁷ (3) Pastikan kandung kemih kosong, apabila penuh lakukan kateterisasi dengan teknik aseptik.
 - ⁴ (4) Kepalkan tangan yang ada di dalam vaginadan tempatkan di forniks anterior. Letakkan dataran punggung jari telunjuk hingga kelingking pada forniks anterior dan dorong esgmen bawah uterus ke kranioanterior.
 - (5) Upayakan tangan yang diluar mencakup bagian korpus uteri sebanyak mungkin.
 - (6) Lakukan kompresi uterus dengan mendekatkan telapak tangan luar dan kepalan tangan dalam. Lakukan tekanan yang kuat pada uterus diantara keduatangan. Kompresi ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah dan merangsang miometrium untuk berkontraksi
 - (7) Lakukan KBI selama 5 menit
 - (8) Lakukan evaluasi keberhasilan setelah dilakukan ²² KBI selama 5 menit:
 - a. Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, lanjutkan KBI selama dua menit,

kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu selama kala IV secara ketat.

- b. Jika uterus berkontraksi tapi perdarahan masih berlangsung, periksa laserasi jalan lahir (perineum, vagina dan serviks). Jika ada laserasi segera lakukan penjahitan.
- c. Jika uterus tidak berkontraksi setelah dilakukan KBI selama 5 menit, maka anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna (KBE), dilanjutkan dengan penatalaksanaan atonia uteri.



Gambar 5.1 Kompresi Bimanual Interna (KBI)

3) Prosedur Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)

- (1) Minta keluarga atau asisten untuk melakukan KBE
- (2) Keluarkan tangan secara perlahan-lahan
- (3) Berikan suntikan metil ergometrin 0,2 mg IM atau berikan misoprostol 600-1000mcg per rektal apabila ibu mengalami hipertensi.
- (4) Pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan 500 cc cairan Ringer Laktat atau

Natrium Clorida ditambah dengan 20unit ¹⁷ oksitosin.
Habiskan 500 cc pertama secepat mungkin.

- (5) Ulangi KBI selama 2 menit
- (6) Lakukan evaluasi setelah 2 menit KBI,
 - a. Apabila uterus berkontraksi dan perdarahan berhenti keluarkan tangan secara perlahan-lahan dan pantau kala IV secara ketat.
 - b. Apabila uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus berlangsung segera lakukan rujukan dan dampingi ibu sampai di tempat rujukan dengan tetap melakukan KBI.



Gambar 5.2 Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)

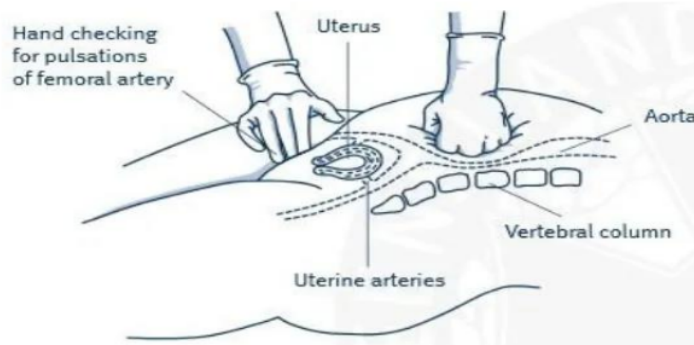
- 4) Prosedur Kompresi Aorta Abdominalis (KAA)
 - (1) Baringkan ibu di atas ranjang, penolong menghadap sisi kanan pasien. Atur posisi penolong sehingga pasien berada pada ketinggian yang sama dengan pinggul penolong
 - (2) Tungkai diletakkan pada dasar yang rata (tidak menggunakan penopang kaki) dengan sedikit fleksi pada articulatio coxae
 - (3) Raba pulsasi arteri femoralis dengan cara meletakkan ujung jari telunjuk dan tengah tangan kanan pada lipah

paha, yaitu pada perpotongan garis lipat paha dengan garis horisontal yang melalui titik 1 cm di atas dan sejajar dengan tepi atas simfisis pubis. Pastikan pulsasi arteri teraba dengan baik

- (4) Setelah pulsasi dikenali, jangan pindahkan kedua ujung jari dari titik pulsasi tersebut
- (5) Kepalkan tangan kiri dan tekankan bagian punggung jari telunjuk, tengah, manis, dan kelingking pada umbilikus ke arah kolumna vertebralis dengan arah tegak lurus
- (6) Dorongan kepalan tangan kanan akan mengenai bagian yang keras di bagian tengah/sumbu badan ibu dan apabila tekanan kepalan tangan kiri mencapai aorta abdominalis, maka pulsasi arteri femoralis (yang dipantau dengan ujung jari telunjuk dan tengah tangan kanan) akan berkurang/terhenti (tergantung pada derajat tekanan pada aorta)
- (7) Perhatikan perubahan perdarahan pervaginam (kaitkan dengan perubahan pulsasi arteri femoralis)
Perhatikan: - Bila perdarahan berhenti sedangkan uterus tidak berkontraksi dengan baik, usahakan pemberian preparat prostaglandin. Bila bahan tersebut tidak tersedia atau uterus tetap tidak berkontraksi setelah pemberian prostaglandin, pertahankan posisi tersebut sampai pasien mencapai fasilitas rujukan - Bila kontraksi membaik tetapi perdarahan masih berlangsung, maka lakukan kompresi manual eksternal

dan pertahankan posisi demikian hingga pasien sampai ke tempat rujukan - Bila kompresi sulit untuk dilakukan secara terus-menerus, maka lakukan pemasangan tampon padat uterovaginal, pasang gurita ibu dengan kencang dan lakukan rujukan - Kompresi baru dilepaskan bila perdarahan berhenti dan uterus berkontraksi dengan baik. Teruskan pemberian uterotonika

- (8) Bila perdarahan berkurang atau berhenti, pertahankan posisi tersebut dan lakukan pemijatan uterus (oleh asisten) hingga uterus berkontraksi dengan baik (lanjutkan ke langkah I)



Gambar 5.3 Kompresi Aorta Abdominalis (KAA)

5) Prosedur Pemasangan Kondom Kateter

Pada tahun 2003 Sayeba Akhter dkk mengajukan alternatif baru dengan pemasangan kondom yang diikatkan pada kateter. Dari penelitiannya disebutkan angka keberhasilannya 100% (23 berhasil dari 23 HPP), kondom dilepas 24 - 48 jam kemudian dan tidak didapatkan

komplikasi yang berat. Indikasi pemasangan kondom sebagai tampon tersebut adalah untuk HPP dengan penyebab Atonia Uteri. Cara ini kemudian disebut dengan Metode Sayeba. Metode ini digunakan sebagai alternatif penanganan HPP terutama sambil menunggu perbaikan keadaan umum, atau rujukan.

Cara pemasangan tampon kondom menurut Metode Sayeba adalah secara aseptik kondom yang telah diikatkan pada kateter dimasukkan kedalam *cavum uteri*. Kondom diisi dengan cairan garam fisiologis sebanyak 250-500 cc sesuai kebutuhan. Dilakukan observasi perdarahan dan pengisian kondom dihentikan ketika perdarahan sudah berkurang. Untuk menjaga kondom agar tetap di *cavum uteri*, dipasang tampon kasa gulung di vagina. Bila perdarahan berlanjut tampon kassa akan basah dan darah keluar dari introitus vagina. Kontraktilitas uterus dijaga dengan pemberian drip oksitosin paling tidak sampai dengan 6 jam kemudian. Diberikan antibiotika tripel, Amoksisilin, Metronidazol dan Gentamisin. Kondom kateter dilepas 24 - 48 jam kemudian, pada kasus dengan perdarahan berat kondom dapat dipertahankan lebih lama.



Gambar 5.4 Pemasangan Kondom Kateter

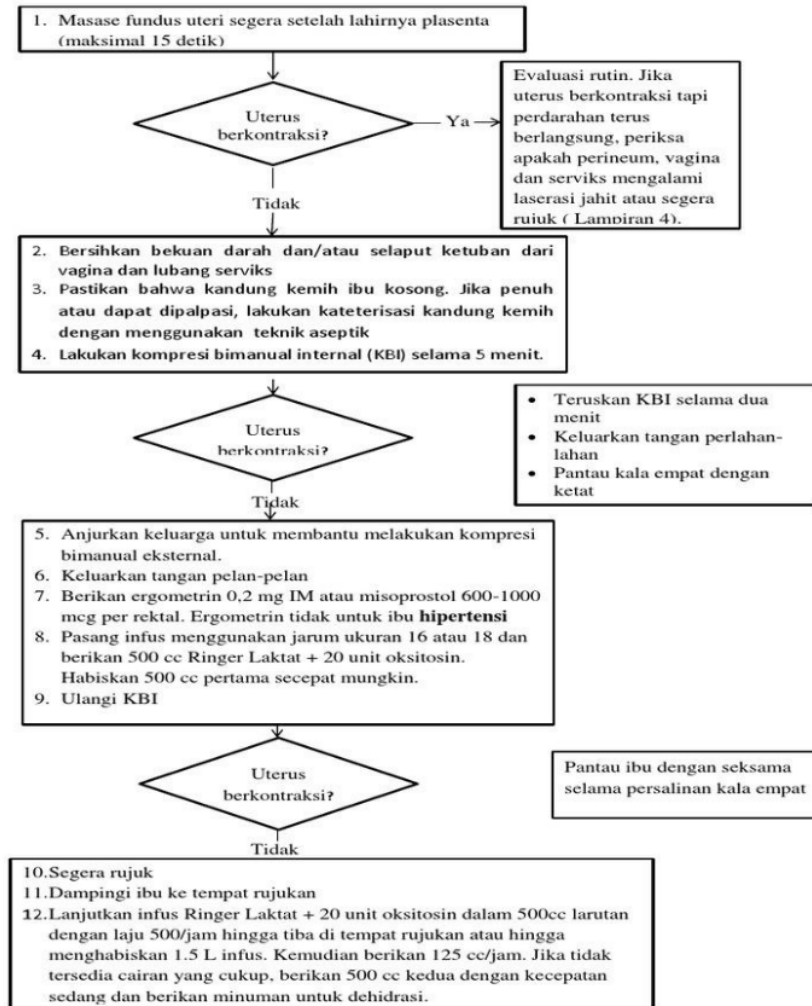
CATATAN :

1. Walaupun tindakan ini berhasil menghentikan PPP, sebaiknya tetap dirujuk ke Rumah Sakit dengan fasilitas transfusi dan operasi
2. Efektivitas tindakan ini tinggi pada PPP yang disebabkan atonia uteri
3. Tindakan ini disebut gagal bila setelah pemasangan kondom masih tampak perdarahan keluar dari cavum uteri (pada langkah 9). Bila gagal kondom tidak perlu dikeluarkan, tetapi diikat dan dipasang tampon vagina dan dirujuk segera untuk penanganan selanjutnya. Dengan kondom tetap menekan cavum uteri walau tidak menghentikan perdarahan akan tetapi tetap mengurangi jumlah perdarahan
4. Selama melakukan tindakan ini resusitasi cairan tetap dilakukan

Keuntungan Penggunaan Kondom Dibandingkan Kassa

1. Kelenturan - kondom lebih lentur sehingga tidak mengganggu kontraksi uterus,
2. Tidak berpori - kassa menyerap darah sehingga bila terjadi kegagalan tidak cepat diketahui dan menambah jumlah darah yang keluar, *Ingat Diktum PPP Prognosis Tergantung Kecepatan Tindakan Dan Mengenal Kegagalan*
3. Kemudahan pemasangan dan alat-alat - pemasangan lebih mudah dan permukaan kondom dapat menyesuaikan dengan permukaan cavum uteri serta kurang traumatis baik pemasangan ataupun pelepasannya
4. Risiko infeksi lebih kecil
5. Tekanan uterus - dapat dihindari tekanan yang terlalu padat atau longgar
6. Walaupun diperlukan tindakan operatif, pemasangan kondom dapat dikerjakan lebih dulu untuk mengurangi jumlah perdarahan sambil menunggu persiapan operasi
7. Lebih sederhana, lebih mudah, lebih murah, lebih efektif, efek samping lebih kecil, bisa dikerjakan dimana saja

PENATALAKSANAAN ATONIA UTERI



Gambar 8. Penatalaksanaan Atonia Uteri

C. Prosedur Kerja

1. Prosedur Kerja Kompresi Bimanual Internal (KBI)

Nilai kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1. Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan).
- 2. Mampu:** langkah dikerjakan dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan). Fasilitator/Dosen hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal.
- 3. Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.

No.	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		1	2	3
1.	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none">• Sarung tangan panjang steril atau DTT (untuk tangan dalam)• Sarung tangan DTT (untuk tangan luar)• Blood set• Cairan infus (RL/NaCl 0,9%)• Jarum infus ukuran 16 - 18• Oksitosin 10 IU• Ergometrin 0,2 mg• Tensimeter dan stetoskop			
2.	Persiapan Pasien <ul style="list-style-type: none">• Beritahu ibu dan keluarga• Beri dukungan pada ibu dan tetap jaga privasi			
3.	Persiapan Penolong (Jika Atonia uteri terjadi tidak saat persalinan) <ul style="list-style-type: none">• Pakai pelindung diri (celemek)• Cuci tangan			
4.	Prosedur KBI <ul style="list-style-type: none">• Pakai sarung tangan DTT atau steril, dengan lembut memasukkan secara			

	<p>16 obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus ke dalam vagina ibu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa vagina dan serviks, keluarkan bekuan darah dan sisa selaput • Pastikan KK kosong, jika penuh lakukan 16 teterisasi secara steril • Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan ke belakang • Tekan kuat uterus diantara kedua tangan untuk memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta) dan merangsang miometrium berkontraksi, tekan selama 5 menit 			
5.	<p>Evaluasi Keberhasilan Tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang teruskan melakukan KBI selama 2 menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat selama kala IV • Jika uterus berkontraksi tetapi perdarahan masih berlangsung periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah 22 jadi laserasi • Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan KBE 			
6.	<p>Pasca Tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celupkan sarung tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin selama 10 menit • Cuci tangan dengan air dan sabun • Pantau ibu secara melekat pada kala IV • Dokumentasikan seluruh tindakan 			

	• Dokumentasikan seluruh tindakan yang dilakukan			
TOTAL				

25

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Skor perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100$$

Mengetahui,

Penguji

.....

2. Prosedur Kerja Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)

Nilai kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan).
2. **Mampu:** langkah dikerjakan dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan). Fasilitator/Dosen hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk k₁₂disi di luar normal.
3. **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.

No.	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		1	2	3
1.	Kaji ulang indikasi, yaitu apabila KBI selama 5 menit uterus tidak berkontraksi, maka ajarkan keluarga untuk melakukan KBE			
2.	Pro ₁₃ dur KBE <ul style="list-style-type: none"> • Letakkan satu tangan pada dinding abdomen diatas simfisis pubis • Letakkan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang korpus uteri, sejajar dengan dinding depan korpus uteri. Usahakan untuk mencakup bagian belakang uterus seluas mungkin • Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah di dalam miometrium dapat terjepit secara manual • Selama keluarga melakukan KBE penolong melakukan langkah-langkah penanganan atonia uteri berikutnya <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi metil ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 600 - 1000 mcg per rektal - Pasang infus RL 500 ml + 20 IU oksitosin habiskan 500 ml pertama secepat mungkin (grojok) 			
3.	Pasca Tindakan KBE			

	<ul style="list-style-type: none"> • Setelah penolong melakukan injeksi ergometrin dan pasang infus, penolong kembali menggunakan sarung tangan DTT atau steril dan ulang KBI selama 1-2 menit • Jika dalam waktu 1-2 menit uterus tidak berkontraksi, segera rujuk ibu karena hal ini bukan atonia uteri sederhana • Selama rujukan tetap lanjutkan pemberian infus RL 500 ml + 20 IU oksitosin, 500 ml/jam (maksimal 1,5 L/3 botol infus) • Jika belum sampai tempat rujukan dan perdarahan tetap berlangsung lanjutkan infus RL 500 ml + 20 IU oksitosin, 125 ml/jam • Jika persediaan cairan terbatas, berikan tetesan sedang dan berikan cairan peroral 			
TOTAL				

25
Nilai = $\frac{\text{Skor perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100$

Mengetahui,
Penguji

.....

3. Prosedur Kerja Kompresi Aorta Abdominalis (KAA)

Nilai kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan).
2. **Mampu:** langkah dikerjakan dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan). Fasilitator/Dosen hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal.
3. **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.

No.	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		1	2	3
1.	Baringkan ibu diatas ranjang, penolong menghadapi sisi kanan pasien. Atur posisi penolong sehingga pasien berada pada ketinggian yang sama dengan pinggul penolong			
2.	Tungkai diletakkan pada dasar yang rata (tidak menggunakan penopang kaki) dengan sedikit fleksi pada artikulasio koksae			
3.	Raba pulsasi arteri femoralis dengan meletakkan ujung kaki telunjuk dan lengan kanan pada lipat paha yaitu pada perpotongan garis lipat paha dengan garis horizontal yang melalui titik 1 cm diatas dan sejajar dengan tepi atas simphisis ossium pubis. Pastikan pulsasi arteri tersebut teraba dengan baik			
4.	Setelah pulsasi dikenali, jangan pindahkan kedua ujung jari pada titik pulsasi tersebut			
5.	Kepalkan tangan kiri dan tekankan bagian punggung jari telunjuk, tengah, manis dan kelingking pada umbilikus ke arah kolumna vertebralis dengan arah tegak lurus			
6.	Dorongan kepalan tangan kanan akan mengenai bagian yang keras di bagian tengah/sumbu badan ibu dan apabila tekanan kepalan tangan kiri mencapai aorta			

	abdominalis maka pulsasi arteri femoralis yang dipantau dengan ujung jari telunjuk dan dengan tangan kanan akan berkurang/berhenti (tergantung dari derajat tekanan pada aorta)			
7.	Perhatikan perubahan pervaginam (kaitkan dengan perubahan pulsasi arteri femoralis): <ul style="list-style-type: none"> • Bila ada perdarahan berhenti sedangkan uterus tidak berkontraksi dengan baik, usahakan pemberian preparat prostaglandin. Bila bahan tersebut tidak tersedia atau uterus tetap tidak berkontraksi setelah pemberian prostaglandin, pertahankan posisi demikian hingga pasien mencapai fasilitas rujukan • Bila kontraksi membaik tetapi perdarahan masih terjadi maka lakukan kompresi bimanual eksterna dan pertahankan posisi demikian hingga pasien mencapai fasilitas rujukan • Bila kompresi sulit dilakukan secara terus menerus maka lakukan pemasangan tampon pada utero vagina, pasang gurita ibu dengan kencang dan lakukan rujukan • Kompresi baru dilepaskan bila perdarahan berhenti dan uterus berkontraksi dengan baik teruskan pemberian uterotoni 			
8.	Bila perdarahan berkurang atau berhenti pertahankan posisi tersebut dan lakukan pemijatan uterus (oleh asisten) hingga uterus berkontraksi dengan baik (lanjutkan ke langkah selanjutnya)			
	TOTAL			

25
Nilai = Skor perolehan x 100
Skor Maksimal

Mengetahui,
Penguji

.....

4. Prosedur Kerja Pemasangan Kondom Kateter

Nilai kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan).
2. **Mampu:** langkah dikerjakan dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan). Fasilitator/Dosen hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal.
3. **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.

No.	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		1	2	3
1.	Persiapan Alat: <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan steril • Kondom • Kateter • Tali / benang pengikat • Speculum Sim • Ring tang • Tampon tang • Infusion set • Cairan Normal Saline (PZ) 			
2.	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu PPP tidur dengan posisi Litotomi ditepi tempat tidur atau tempat tidur / meja ginekologi • Dilakukan desinfeksi daerah genitalia interna dan eksterna dengan cairan antiseptik • Kondom dilepas dari tempatnya dan dibuka • Ujung kateter dimasukkan ke kondom sekitar 5 cm, kondom diikat dengan tali pengikat ke kateter • Speculum dipasang • Mulut serviks depan dipegang dengan ring tang, ditarik mendekat introitus vagina • Speculum dipegang oleh asisten 			

<ul style="list-style-type: none"> • Kateter beserta kondom yang telah terikat dimasukkan ke cavum uteri dengan bantuan tampon tang sampai menyentuh permukaan cavum uteri pada dinding atas (fundus) uteri • Pangkal kateter dihubungkan dengan infusion set yang telah dipasangkan dengan cairan Normal Saline (PZ) • Cairan PZ dimasukkan ke kondom melalui infusion set dan kateter • Dilihat sampai kondom berisi PZ tampak hampir keluar ostium uteri eksternum (pada umumnya berisi 200 - 350 cc) • Dilakukan observasi dan evaluasi apakah darah berhenti, bila berhenti dilanjutkan pemasangan tampon kassa di vagina yang bertujuan agar kondom tidak keluar dari cavum uteri. Tetapi bila masih ada perdarahan aktif yang keluar disamping kondom yang berasal dari cavum uteri, berarti pemasangan kondom gagal maka dilanjutkan dengan tindakan penanganan PPP yang selanjutnya dengan tanpa melepas kondom • Kontraksi uterus dipertahankan dengan pemberian oksitosin drip selama paling tidak 12 jam disamping pemberian uterotonika yang lain yang diperbolehkan • Diberikan antibiotika tripel yang terdiri dari : Amoksisilin, Gentamisin dan Metronidazol • Kondom dipertahankan sampai 24 - 48 jam sambil diperbaiki keadaan umum • Kondom dilepas perlahan-lahan setelah keadaan umum baik 			
---	--	--	--

25
Nilai = Skor perolehan x 100
Skor Maksimal

Mengetahui,
Penguji

.....

D. Latihan

Anda sebagai seorang baru saja melakukan pertolongan persalinan pada ibu grandemultipara dan bayi lahir dengan berat 4100 gram. Setelah plasenta lahir Anda melakukan pemijatan pada uterus selama 15 kali (15 detik), tetapi setelah dilakukan pemijatan uterus tidak segera berkontraksi dengan baik dan terjadi perdarahan. Anda sebagai seorang bidan segera melakukan penatalaksanaan atonia uteri.

Tugas:

1. Buatlah kelompok yang terdiri dari 3 orang yang terdiri dari 1 orang Bidan, 1 orang pasien dan 1 orang observer.
2. Lakukan tindakan penanganan umum pada kasus perdarahan akibat atonia uteri tersebut.

BAB 7

PENATALAKSANAAN LASERASI JALAN LAHIR

A. Tujuan Praktikum

Mahasiswa mampu untuk menjelaskan dan mempraktikkan penatalaksanaan laserasi jalan lahir dengan benar sesuai dengan SOP.

B. Dasar Teori





1. Pengertian

Laserasi jalan lahir²¹ adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan, robekan ini umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin terlalu cepat keluar.

Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir. Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan pascapersalinan. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri.

2. Klasifikasi Laserasi Jalan Lahir

Terdapat empat derajat laserasi perineum, yang pada masing-masing derajat memiliki tingkat keparahan yang berbeda-beda. Adapun empat derajat laserasi perineum, sebagai berikut :

Derajat Laserasi Jalan Lahir	Daerah yang Terkena	Gambar
Laserasi Derajat Satu	Robekan pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum	 A diagram showing a cross-section of the perineum. A small tear is visible in the vaginal mucosa, labeled 'Tear'.
Laserasi Derajat Dua	Robekan sudah mencapai perineum otot	 A diagram showing a cross-section of the perineum. A larger tear is visible, reaching the perineal muscles, labeled 'Perineal muscles (torn)'. The anal sphincter is also labeled.
Laserasi Derajat Tiga	Robekan sudah mencapai otot spingter ani	 A diagram showing a cross-section of the perineum. A large tear is visible, reaching the anal sphincter muscle, labeled 'Anal sphincter (torn)'. The perineal muscles are also labeled as 'Perineal muscles (torn)'.
Laserasi Derajat Empat	Robekan telah mencapai rektum	 A diagram showing a cross-section of the perineum. A very large tear is visible, reaching the rectum, labeled 'Rectum (torn)'. The anal sphincter is also labeled as 'Anal sphincter (torn)'.

Gambar 5.1 Derajat Laserasi Jalan Lahir

3. Faktor Penyebab Laserasi Jalan Lahir

Beberapa hal berikut merupakan penyebab laserasi jalan lahir, yaitu:

- 1) Faktor Janin, antara lain: Bayi besar (lebih dari 4000 gram), Posisi kepala oksipital posterior, Distosia bahu

2) Faktor Ibu, antara lain: Kala dua persalinan yang lama, Persalinan presipitatus, Arkus pubis yang sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit pula, dan Paritas

4. Tanda dan Gejala Laserasi Jalan Lahir

Tanda dan gejala laserasi jalan lahir adalah sebagai berikut: Darah segera yang mengalir segera setelah bayi lahir, Kontraksi rahim baik, Plasenta lahir lengkap, dan Wajah pucat dan lemas.

5. Penanganan Laserasi Jalan Lahir

Periksa terlebih dahulu keadaan laserasi secara keseluruhan untuk mengetahui tingkat keparahan laserasi, kemudian dilakukan teknik penjahitan laserasi perineum disesuaikan dengan derajat laserasinya. Tindakan yang dilakukan untuk menangani laserasi perineum, sebagai berikut :

1) Laserasi Derajat Satu

Jika laserasi terjadi di bagian permukaan perineum dan tidak mengakibatkan perdarahan seperti pada derajat satu, laserasi dapat dibiarkan, dengan tetap mempertahankan luka dalam keadaan bersih.

2) Laserasi Derajat Dua, Tiga dan Empat

Pada laserasi derajat dua, tiga dan empat dilakukan tindakan penjahitan. Tujuan penjahitan robekan perineum adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

6. Dampak Laserasi Jalan Lahir

Terjadinya laserasi perineum dapat menimbulkan beberapa dampak yang, antara lain :

- 1) Pada 10% ibu merasa nyeri dan tidak nyaman, akan berakhir 3-18 bulan setelah kelahiran
- 2) Sebanyak 20% ibu akan mengalami dispareuni superfisial (nyeri pada daerah genital bagian luar saat berhubungan intim) sekitar 3 bulan
- 3) Sebanyak 3-10% ibu melaporkan mengalami inkontinensia usus, biasanya mengalami masalah flatus
- 4) Sebanyak 20% ibu mengalami inkontinensia urine
- 5) Kerusakan spingter anal terjadi pada 36% setelah kelahiran per vaginam
- 6) Jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan perdarahan dan bisa mengalami syok hipovolemik akibat perdarahan.
²¹ Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan
- 7) Infeksi pasca persalinan juga berisiko terjadi sebab luka tidak segera menyatu sehingga timbul jaringan parut selain itu, laserasi perineum dapat dengan mudah terkontaminasi feses terutama derajat 3 dan 4 karena lokasinya dekat dengan anus.

C. Prosedur Kerja Penjahitan Laserasi Jalan Lahir

Nilai kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan).
2. **Mampu:** langkah dikerjakan dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan). Fasilitator/Dosen hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi luar normal.
3. **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.

No.	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		1	2	3
PERSIAPAN PENJAHITAN				
1.	Bersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 05%.			
2.	Siapkan peralatan untuk melakukan penjahitan: <ul style="list-style-type: none"> • Dalam wadah set partus masukkan: sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, chromic catgut atau plana catgut No. 2/0 atau 3.0, pinst, dan gunting benang. • Buka alat suntik 10 ml sekali pakai, masukkan ke dalam wadah set partus. • Patahkan tabung lidokain (lidokain 1% tanpa epineprin) perkirakan volume lidokain yang akan digunakan-sesuaikan dengan besar/dalamnya robekan. <i>Bila tidak tersedia larutan jadi lidokain 1% dapat digunakan lidokain 2% yang diencerkan 1:1 dengan menggunakan aquades steril.</i> 			
3.	Posisikan bokong ibu pada sudut temoat tidur, dengan posisi litotomi			
4.	Pasang kain bersih di bawah bokong ibu			
5.	Atur lampu sorot/senter ke arah vulva/perineum ibu			

24	6.	Pakai satu sarung tangan DTT/Steril pada tangan kanan			
	7.	Isi tabung suntik 10 ml dengan larutan lidokain 1% tanpa epineprin			
6	8.	Lengkapi pemakaian sarung tangan pada kedua tangan			
	9.	Gunakan kasa bersih, untuk membersihkan daerah luka dari darah atau bekuan darah, dan nilai kembali luas dan dalamnya robekan pada daerah perineum.			
ANESTESI LOKAL					
	10.	Beritahukan ibu akan disuntik dan mungkin timbul rasa kurang nyaman			
	11.	Tusukkan jarum suntik pada ujung luka/robekanperineum, masukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka			
	12.	Aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Bila ada darah, tarik jarum sedikit dan kembali masukkan. Ulangi lagi aspirasi (cairan lidokain yang masuk ke dalam pembuluh darah dapat menyebabkan denyut jantung tidak teratur)			
	13.	Suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik pada tepi luka perineum			
	14.	Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik. <i>Bila robekan besar dan dalam, anestesi daerah bagian dalam robekan - alur suntikan anestesi akan berbentuk seperti kipas: tepi perineum, dalam luka, tepi mukosa vagina</i>			
	15.	Lakukan langkah No. 11 s/d 14 untuk kedua tepi robekan			
	16.	Tunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anestesi			

PENJAHITAN ROBEKAN				
17.	Lakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan			
18.	Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, pasang tampon atau kassa ke dalam vagina. (Sebaiknya menggunakan tampon berekor benang)			
19.	Tempatkan jarum jahit pada pemegang jarum, kemudian kunci pemegang jarum ²⁰ .			
20.	Pasang benang jahit (chromic 2-0) pada mata jarum			
21.	Lihat dengan jelas batas luka episiotomi			
22.	Lakukan penjahitan pertama ± 1 cm di atas puncak luka robekan di dalam vagina, ikat jahitan pertama dengan simpul mati. Potong ujung benang yang bebas (ujung bebas tanpa jarum) hingga tersisa ± 1 cm			
23.	Jahit mukosa vagina dengan menggunakan jahitan jelujur hingga tepat di belakang lingkaran himen			
	Bila menggunakan benang plane catgut, buat simpul mati pada jahitan jelujur di belakang lingkaran himen			
24.	Tusukkan jarum pada mukosa vagina dari belakang lingkaran himen			
	Bila robekan yang terjadi sangat dalam: <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan jarum dari benang • Ambil benang baru dan pasang pada jarum • Buat jahitan terputus pada robekan bagian dalam untuk menghindari rongga bebas/dead space • Gunting sisa benang • Pasang kembali jarum pada benang jahit jelujur semula 			
25.	Teruskan jahitan jelujur pada luka robekan perineum sampai ke bagian bawah luka robekan			
	Bila menggunakan benang plane catgut, buat simpul mati pada haitan jelujur paling bawah			

26.	Jahit jaringan subkutis kanan kiri ke arah atas hingga tepat di muka lingkaran himen			
27.	Tusukkan jarum dari depan lingkaran himen ke mukosa vagina di belakang lingkaran himen. Buat simpul mati di belakang lingkaran himen dan potong benang hingga tersisa ± 1cm			
28.	Bila menggunakan tampon/kassa di dalam vagina, keluarkan tampon/kassa. Masukkan jari telunjuk ke dalam rektum dan rabalah dinding atas rektum. <i>(bila teraba jahitan, ganti sarung tangan dan lakukan penjahitan ulang)</i>			
29.	Nasehati ibu agar: <ul style="list-style-type: none"> • Membasuh perineum dengan sabun dan air, terutama setelah buang air besar (arah basuhan dari bagian muka ke belakang) • Kembali untuk kunjungan tindak lanjut setelah 1 minggu untuk pemeriksaan jahitan dan rektum <i>(Segera rujuk jika terjadi fistula)</i> 			
	<i>Lanjutkan langkah/kegiatan untuk Kebersihan dan Keamanan sesuai dengan PB Persalinan Normal</i>			

²⁵
Nilai = Skor perolehan x 100
Skor Maksimal

Mengetahui,

Penguji

.....

D. Latihan

Anda sebagai seorang bidan baru selesai melakukan pertolongan pada ibu primipara. Ibu dilakukan episiotomi karena perineum kaku dan berat bayi 3800 gram. Setelah plasenta lahir, Anda segera melakukan observasi pada jalan lahir dan hasilnya ada perdarahan segar pervaginam serta laserasi pada mukosa vagina dan otot

perineum. Anda sebagai seorang Bidan segera melakukan penjahitan laserasi jalan lahir tersebut.

Tugas:

1. Buatlah kelompok yang terdiri dari 3 orang yang terdiri dari 1 orang Bidan, 1 orang pasien dan 1 orang observer.
2. Lakukan tindakan penanganan umum pada kasus perdarahan pascapersalinan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC; 2010.
- Cunningham. *Obstetri William*. Jakarta: EGC; 2013.
- Chalik TMA. Perdarahan pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan. Jakarta: Bina Pustaka; 2010.
- Liu, D. T. Y. (2010) *Manual Persalinan (Labour Ward Manual)*. 3rd edn. Jakarta: EGC.
- Manuaba. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan Edisi 2*. Jakarta: EGC; 2012.
- Maryunani, A. (2016). *Manajemen Kebidanan Terlengkap*. Jakarta Timur: TIM.
- Mochtar, R. (2013). *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. 3rd edn. Jakarta: EGC.
- Setyarini, Didin I, Suprapti, 2016. *Praktikum Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta: BPPSDM Kesehatan Kemenkes RI.
- Sofian, A. (2013). *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. 3rd edn. Edited by dr L. Indra. Jakarta: EGC.
- Waspodo, D. (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A.B., Rachimhadhi, T., & Wiknjosastro, G.H. (2014). *Ilmu Kebidanan*. (Edisi 4) Cetakan 4. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Modul Praktikum Perdarahan Pasca Persalinan

ORIGINALITY REPORT

23%

SIMILARITY INDEX

24%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	yankes.kemkes.go.id Internet Source	2%
2	hemoroghicpostpartum.blogspot.com Internet Source	2%
3	repository.unusa.ac.id Internet Source	1%
4	35yina.blogspot.com Internet Source	1%
5	www.dictio.id Internet Source	1%
6	jazirahkomputer.blogspot.com Internet Source	1%
7	vennynevia.wordpress.com Internet Source	1%
8	rohelmilingga.blogspot.com Internet Source	1%
9	repository.umpri.ac.id Internet Source	1%

10	www.poltekkes-medan.ac.id Internet Source	1 %
11	midwif3.wordpress.com Internet Source	1 %
12	jurnal.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	1 %
13	aiukaze.blogspot.com Internet Source	1 %
14	wulandprincess.blogspot.com Internet Source	1 %
15	lizzanurse.blogspot.com Internet Source	1 %
16	dyndhadinda.blogspot.com Internet Source	1 %
17	repository.um-surabaya.ac.id Internet Source	1 %
18	keperawatanindonesia.blogspot.com Internet Source	1 %
19	repository.unpas.ac.id Internet Source	1 %
20	unzie.blog.unissula.ac.id Internet Source	1 %
21	repository.bku.ac.id Internet Source	1 %

22 nanaymidy.blogspot.com 1 %
Internet Source

23 kuliahgrafikakomputer.blogspot.com 1 %
Internet Source

24 bangiwell.blogspot.com 1 %
Internet Source

25 digilib.uinsby.ac.id 1 %
Internet Source

26 Submitted to IAIN Bukit Tinggi 1 %
Student Paper

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On