

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kurang lebih selama 6 minggu (Saifuddin, 2011).

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (berakhirnya periode intrapartum) sampai kembalinya organ reproduksi wanita dalam kondisi tidak hamil (Varney, 2007).

2. Perdarahan *Postpartum* Primer atau Dini

a. Definisi

Yaitu perdarahan dari jalan lahir ≥ 500 ml dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir (Krisnadi, 2011). Perdarahan *postpartum* primer adalah kehilangan darah dari jalan lahir sebanyak 500 ml atau lebih dalam 24 jam setelah melahirkan (Hanretty, 2010).

Perdarahan *postpartum* primer adalah perdarahan yang berlangsung dalam 24 jam pertama dengan jumlah 500 cc atau lebih (Manuaba, 2007).

Berdasarkan jumlah kehilangan darah, perdarahan *postpartum* primer digolongkan menjadi :

1) Perdarahan *Minor*

Merupakan perdarahan dengan jumlah kehilangan darah antara 500-1000 ml, tanpa tanda-tanda syok secara klinis.

2) Perdarahan Mayor

Merupakan perdarahan dengan jumlah kehilangan darah >1000 ml atau <1000 ml dan disertai tanda-tanda klinis syok.

a) Perdarahan mayor sedang

Apabila jumlah kehilangan darah antara 1000-2000 ml

b) Perdarahan mayor berat

Apabila jumlah kehilangan darah >2000 ml (Krisnadi, 2011).

b. Etiologi

Menurut Manuaba (2007) penyebab perdarahan primer antara lain :

1) *Atonia Uteri*

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

2) *Retensio Plasenta*

Plasenta lahir terlambat lebih dari 30 menit. Retensio plasenta merupakan diagnosis klinik yang dapat disebabkan oleh plasenta adhesive, akreta, inkreta, perkreta, inkarserata (Manuaba, 2007).

3) Robekan Jalan Lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forseps atau vakum ekstraksi. Semua sumber perdarahan yang terbuka harus diklem, diikat dan luka ditutup dengan jahitan *cat-gut* lapis demi lapis sampai perdarahan berhenti (Wiknjosastro, 2008).

4) Inversi Uterus

Suatu keadaan lapisan dalam uterus (*endometrium*) turun dan keluar lewat *ostium uteri eksternum* yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit (Wiknjosastro, 2008).

5) Retensio Sisa Plasenta

Tertinggalnya sisa plasenta atau selaput janin dapat mengakibatkan perdarahan *postpartum* (Wiknjosastro, 2008).

3. Robekan Jalan Lahir

commit to user

Merupakan kondisi dimana terdapatnya luka pada jalan lahir baik akibat luka episiotomi, trauma *forceps*/ekstraksi *vacuum*, atau memimpin persalinan sebelum pembukaan lengkap (Christanto, 2014).

Robekan jalan lahir adalah terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, serviks, porsio rektovaginalis akibat tekanan dari benda tumpul (Wiknjosastro, 2008). Jenis laserasi jalan lahir menurut JEMS (2012) antara lain robekan perineum, *hematoma vulva*, robekan dinding vagina, robekan serviks, rupture uteri.

a. Robekan Perineum

1) Definisi

Merupakan robekan yang terjadi pada perineum kecuali yang disertai oleh cedera pada bagian bawah vagina dalam derajat yang bervariasi. Robekan pada dua sisi biasanya memiliki panjang yang berbeda, dan dipisahkan oleh bagian tunika vaginae berbentuk lidah (Cunningham, 2013).

Robekan perineum dibagi atas 4 tingkat :

- a) Derajat 1 : Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja
- b) Derajat 2 : Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani
- c) Derajat 3 : robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani
 - 1) 3a : robekan < 50% sfingter ani eksterna

commit to user

- 2) 3b : robekan > 50% sfingter ani ekterna
- 3) 3c : robekan juga meliputi sfingter ani interna
- d) Derajat4 :Robekan stadium tiga disertai robekan epitel anus (Kemenkes RI, 2013).

2) Etiologi

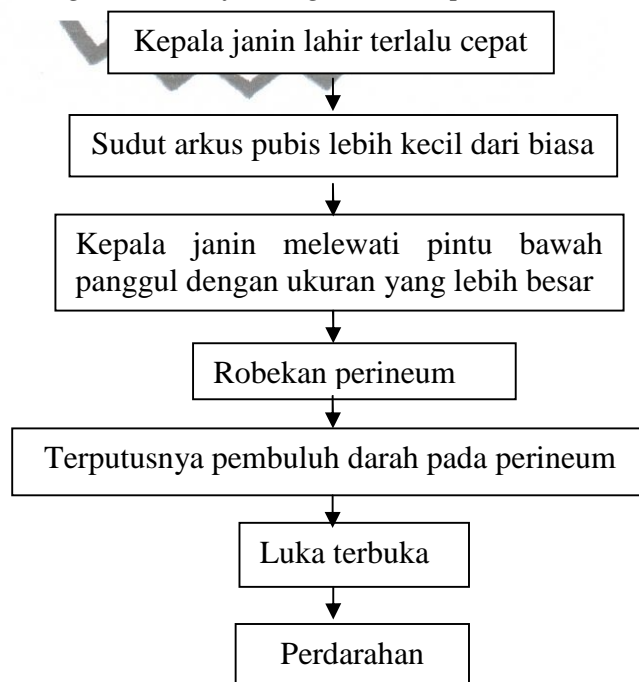
- a) Robekan spontan karena partus macet (Manuaba, 2008).
- b) Gagal atau terlambat melakukan tindakan episiotomi (Manuaba, 2008).
- c) Memimpin persalinan sebelum pembukaan lengkap (Christanto, 2014).
- d) Kepala janin terlalu cepat lahir dan partus presipitatus (Manuaba, 2007).

3) Patofisiologi

Robekan perineum terjadi pada semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan ini dapat dihindarkan maupun dikurangi dengan menjaga agar jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat, sebaliknya apabila kepala janin akan lahir jangan ditahan terlalu kuat dan lama karena akan menyebabkan asfiksia dan perdarahan dalam tengkorak janin, dan melemahkan otot-otot dan fascia pada dasar panggul karena diregangkan terlalu lama (Cunningham, 2013).

Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil dari biasa sehingga kepala janin terpaksa lahir lebih belakang daripada biasanya, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar daripada *sirkumferensia* suboksipitobregmatika, atau anak dilahirkan dengan pembedahan vaginal. Adanya desakan tiba-tiba dan karena pergerakan pada vulva sehingga membuat integritas kulit menjadi rusak dan kontinuitas jaringan dan pembuluh kapiler darah terpisah (Wiknjosastro, 2008). Adanya perlukaan yang luas di bagian yang tidak bisa berkontraksi akan menyebabkan perdarahan yang banyak (Chalik, 2006).

Bagan 1 : Patofisiologi robekan perineum



Sumber : (Chalik, 2006; Cunningham, 2013; Wiknjosastro, 2008)

4) Faktor Predisposisi

- a) Paritas (Primigravida lebih berisiko) (Saifuddin, 2009).
- b) Bayi besar (Varney, 2007).
- c) Posisi janin (Varney, 2007).
- d) Trauma forceps atau ekstraksi *vacuum* (Christanto, 2014).
- e) Persalinan dengan tindakan episiotomy (Manuaba, 2008).
- f) Persalinan dilakukan dengan tergesa-gesa, dengan dorongan fundus yang berlebihan (Saifuddin, 2009).

5) Faktor Risiko

- a) Persalinan oleh dukun (Manuaba, 2007).
- b) Perineum kaku atau adanya jaringan parut pada perineum (Saifuddin, 2009).
- c) Cara meneran yang salah atau pasien tidak mau berhenti mengejan (Saifuddin, 2009).

6) Keluhan Subyektif

Keluhan dapat bervariasi dari ringan sampai berat (Prawirohardjo, 2011). Keluhan yang biasanya dialami oleh penderita perdarahan *postpartum* primer adalah merasa darah mengalir banyak dari jalan lahir, haus, berkunang-kunang, merasakan cemas yang berlebihan (*ansietas*) (Green, 2012).

7) Tanda Klinis

- 1) Perdarahan ringan sampai berat (Manuaba, 2008).

- 2) Terdapat perlukaan dalam mengenai mukosa vagina hingga mukosa rectum (Manuaba, 2008).
- 3) Pasien lemah, pucat, menggigil (Jems, 2012).
- 4) Perubahan tingkat kesadaran (Green, 2012)
- 5) Perdarahan merah segar yang banyak, terus-menerus, dan pulsatif sesuai denyut nadi (Christanto, 2014).
- 6) Kontraksi uterus baik (Saifuddin, 2009).
- 8) Pemeriksaan penunjang
Pemeriksaan darah lengkap (DPL) dengan hitung trombosit, fibrinogen, waktu protombin, golongan darah dan, elektrolit serum, gas darah arteri (Green, 2012).
- 9) Prognosa
Prognosis pada ruptur perineum menurut Mochtar (2011) :
 - a) Ruptur perineum derajat 1 dan 2 sering terjadi sehingga dijahit dengan benardan tidak terjadi peradangan biasanya akan sembuh dengan memuaskan.
 - b) Ruptur perineum derajat 3 sulit dijahit dan apabila tidak sembuh akan berakibat besar. Oleh karena itu sebaiknya dicegah dengan tindakan episiotomy.
 - c) Jika terjadi peradangan, jahitan tidak boleh dilakukan tindakan perbaikan luka hingga 3 bulan *postpartum*.

10) Penatalaksanaan

- a) Perbaiki KU ibu (infuse, tranfusi jika diperlukan)
(Manuaba, 2008).
- b) Berikan dukungan emosional (Saifuddin, 2014).
- c) Minta asisten untuk menahan fundus dan melakukan masase uterus untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).
- d) Periksa vagina, serviks, perineum dan rectum (Saifuddin, 2014).
- e) Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi lokasi laserasi dan sumber perdarahan, jika robekan panjang dan dalam, periksa apakah robekan itu tingkat III atau IV :
 - (1) Masukkan jari yang bersarung tangan ke anus
 - (2) Identifikasi sfingter
 - (3) Rasakan tonus dari sfingter (jika sfingter ani robek kaji robekan derajat III atau IV, apabila sfingter ani utuh lanjutkan penjahitan)
 - (4) Ganti sarung tangan (Edwin, 2011; Saifuddin, 2014).
- f) Memberikan anestesi dan juga antisepsis di daerah robekan:
 - (1) Masukkan jarum pada ujung atau pojok laserasi dan dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahitnya akan masuk dan keluar.

- (2) Aspirasikan dan kemudian suntikkan sekitar 10 ml lidokain 0.5% di bawah mukosa vagina, dibawah kulit perineum, dan pada otot-otot perineum.
- (3) Tunggu 2 menit agar anestesi efektif (Saifuddin, 2014).
- g) Jepit dengan ujung klem sumber perdarahan kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap (Edwin, 2011; Saifuddin, 2014).
- h) Lakukan penjahitan luka mulai dari bagian yang paling jauh terhadap penolong (Kemenkes RI, 2013).

(1) Robekan Perineum derajat I

Penjahitan robekan perineum tingkat I dapat dilakukan dengan memakai catgut yang dijahitkan secara jelujur atau dengan cara jahitan angka delapan dengan catgut kromik 2-0 (Jems, 2012; Saifuddin, 2014).

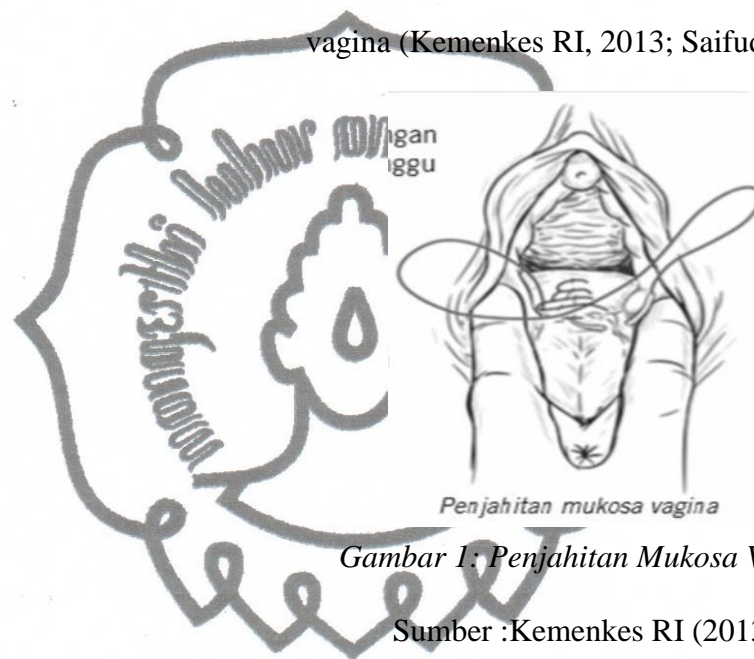
(2) Robekan Perineum Derajat II

- (a) Jika dijumpai pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir yang bergerigi tersebut harus diratakan terlebih dahulu. Pinggir robekan sebelah kiri dan kanan masing-masing dijepit dengan klem terlebih dahulu, kemudian digunting. Setelah pinggir robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka robekan.

commit to user

(b) Diawali dengan jahitan mukosa dengan benang catgut :

- (1) Jahit mukosa vagina secara jelujur dengan benang 2-0 mulai dari 1 cm di atas puncak luka di dalam vagina sampai pada batas vagina (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).



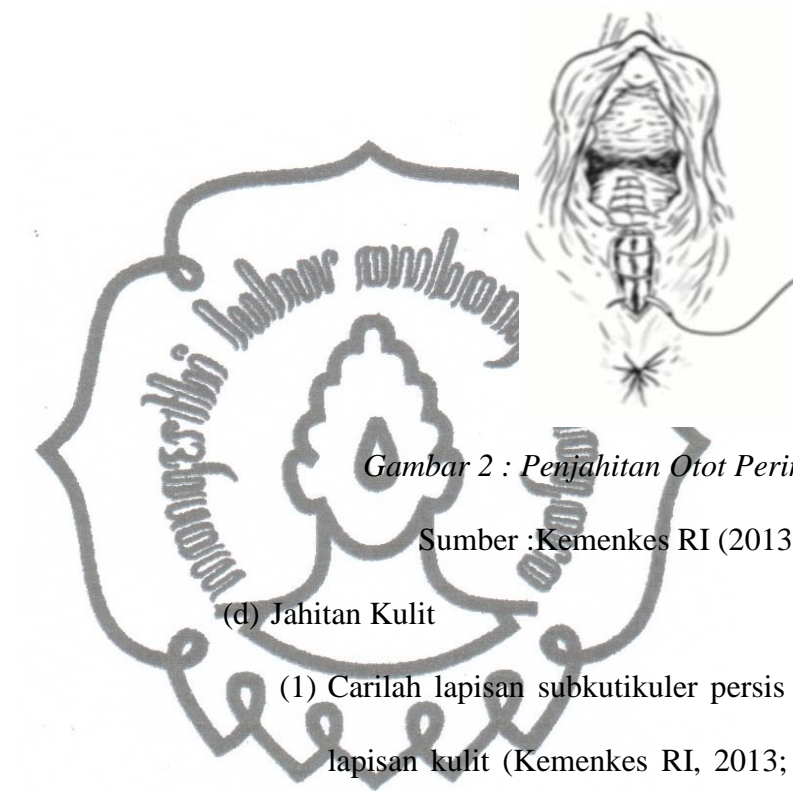
Gambar 1: Penjahitan Mukosa Vagina

Sumber :Kemenkes RI (2013).

(c) Dilanjutkan dengan jahitan otot :

- (1) Lanjutkan jahitan pada daerah otot perineum sampai ujung luka pada perineum secara jelujur dengan benang 2-0 (JEMS, 2012; Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).
- (2) Lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

- (3) Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).

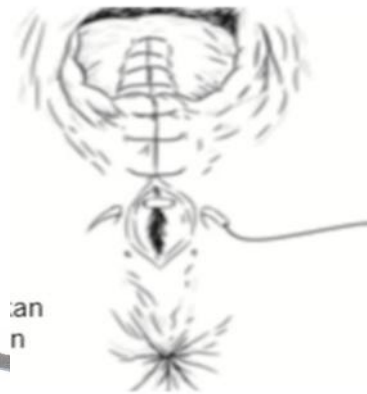


Gambar 2 : Penjahitan Otot Perineum

Sumber :Kemenkes RI (2013)

(d) Jahitan Kulit

- (1) Carilah lapisan subkutikuler persis di bawah lapisan kulit (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).
- (2) Lanjutkan dengan jahitan subkutikuler kembali ke arah batas vagina, akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).
- (3) Potong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1 cm (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).



Gambar 3 : Penjahitan Kulit Perineum

Sumber :Kemenkes RI (2013).

(3) Robekan Perineum Derajat III

- (a) Lakukan inspeksi pada vagina dan perineum untuk melihat robekan (Saifuddin, 2009).
- (b) Jika ada perdarahan yang menutupi luka perineum, pasang tampon atau kasa ke dalam vagina (sebaiknya menggunakan tampon yang berekor benang) (Saifuddin, 2009).
- (c) Pasang jarum jahit pada pemegang jarum kemudian kunci pemegang jarum (Saifuddin, 2009).
- (d) Pasang benang jahit (kromik 2/0) pada mata jarum (Saifuddin, 2009).
- (e) Tentukan dengan jelas batas luka robekan (Saifuddin, 2009).

commit to user

(f) Ujung-ujung otot sfingter ani yang terpisah akibat robekan dijepit dengan klem (Saifuddin, 2009; JEMS, 2012).

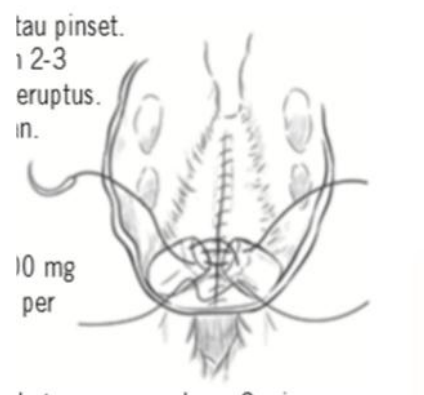
(g) Tautkan ujung otot sfingter ani dengan 2-3 jahitan benang 2-0 angka 8 secara interruptus (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2009).

(h) Larutan antiseptik pada daerah robekan (Kemenkes RI, 2013).

(i) Dilanjutkan dengan penjahitan robekan lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum derajat II (Jems, 2012; Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2009).

(4) Robekan Perineum Derajat IV

Khusus pada robekan perineum derajat IV dilakukan penjahitan lapis demi lapis dengan bantuan bougie pada rectum (Edwin, 2011).



Gambar 4 : Penjahitan Sfingter Ani
commit to user

- i) Untuk membuat simpul mati benar-benar kuat, buatlah simpul mati. Potong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1 cm (Saifuddin, 2014).
- j) Jika robekan cukup luas dan dalam, lakukan colok rectal, dan pastikan tidak ada bagian rectum yang terjatuh (Saifuddin, 2014).
- k) Perawatan pascatindakan :
 - (1) Observasi tanda-tanda infeksi
 - (2) Jangan lakukan pemeriksaan rectal selama 2 minggu (Saifuddin, 2014).
- 11) Komplikasi
 - (a) Fistula rekto-vagina, vesiko-vagina (Manuaba, 2008).
 - (b) Infeksi perineum (Saifuddin, 2011).
 - (c) Hematoma (Kemenkes RI, 2013).

4. Laserasi Porsio

a. Definisi

Merupakan robekan ringan yang terjadi di porsio, bentuk luka dapat melintang atau membujur serta dapat berlanjut hingga segmen bawah rahim (Manuaba, 2008).

b. Etiologi

- 1) Partus presipitatus (Saifuddin, 2009).
- 2) Persalinan yang dilakukan sebelum pembukaan lengkap (Saifuddin, 2009).

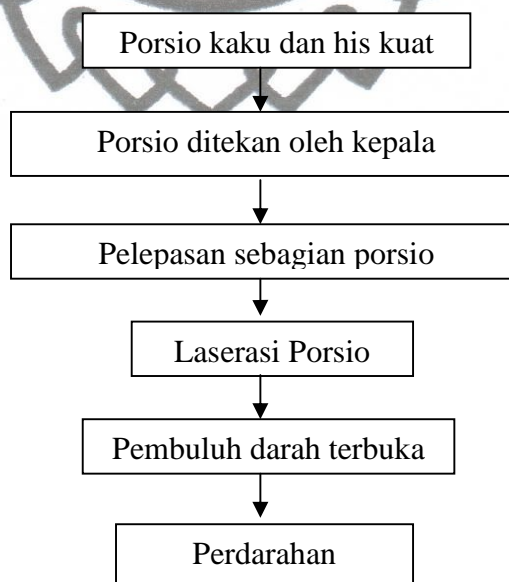
3) Persalinan lama (Mochtar, 2011).

4) Kelahiran dengan bantuan (forsep, ekstraksi vacuum, atau ekstraksi bokong sebelum serviks berdilatasi penuh) (Mochtar, 2011).

c. Patofisiologi

Persalinan selalu mengakibatkan laserasiportio, sehingga portio seorang multipara berbeda dengan yang belum pernah melahirkan pervaginam. Laserasiporsio yang luas mengakibatkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus berkontraksi baik, perlu dipikirkan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Hanretty, 2010).

Bagan 2 : Patofisiologi Laserasi Porsio



Sumber : Mochtar (2011) ; Saifuddin (2009)

d. Keluhan Subyektif

Ibu mengeluh darah mengalir banyak dari jalan lahir, haus, berkunang-kunang, merasakan cemas yang berlebihan (*ansietas*), menggigil, dan lemas (Green, 2012; Mochtar, 2011).

e. Tanda Klinis

- 1) Perdarahan terus menerus berwarna merah segar
- 2) Kontraksi uterus baik
- 3) Inspekulo : Terdapat laserasi pada porsio (Cunningham, 2013).

f. Diagnosa

Diperlukan pemeriksaan yang menyeluruh, dan serviks yang lunak sering menyebabkan hasil pemeriksaan dengan jari tidak memuaskan. Jadi, luas cedera hanya dapat diketahui dengan baik setelah inspeksi adekuat porsio. Untuk melakukan visualisasi terbaik dengan cara asisten menekan uterus ke bawah dengan kuat, sementara penolong melakukan traksi pada labia servisis menggunakan forceps cincin. Retractor vagina yang bersudut siku-siku sering berguna (Cunningham, 2013).

g. Penanganan

- 1) Paling sering terjadi pada bagian ujung bawah kiri dan kanan dari porsio (Manuaba, 2008).
- 2) Jepitkan klem ovum pada kedua sisi porsio yang robek sehingga perdarahan dapat segera dihentikan. Laserasi porsio tidak perlu dijahit apabila kurang dari 1 cm (UNPAD, 2013).

- 3) Jika ditemukan robekan yang besar, maka harus dilakukan penjahitan (Edwin, 2011; Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2009).
- 4) Setelah tindakan, periksa tanda vital pasien, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan perdarahan pasca tindakan (Edwin, 2011; Saifuddin, 2009).
- 5) Beri antibiotika profilaksis, kecuali bila jelas ditemui tanda-tanda infeksi (Kemenkes RI, 2013).
- 6) Apabila kadar Hb dibawah 8 gr%, berikan tranfusi darah (Edwin, 2011; Saifuddin, 2009)
- 7) Bila perdarahan masih berlanjut, berikan 1 g asam traneksamatIV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit) lalu rujuk pasien (Kemenkes RI, 2013).

B. Teori Manajemen Kebidanan

1. Manajemen kebidanan 7 Langkah Varney

Dalam penerapannya, manajemen kebidanan pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III menurut 7 langkah Varney meliputi:

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Untuk memperoleh data dasar secara lengkap pada kasus perdarahan *postpartum* primer karena karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III dapat diperoleh melalui:

1) Anamnesa

a) Identitas

Identitas yang perlu dikaji meliputi nama lengkap, umur, suku bangsa, agama, pendidikan, dan pekerjaan pasien beserta suami dan alamat tempat tinggal.

Pada kasus perdarahan *postpartum* primer karena karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III identitas yang perlu dikaji lebih lanjut adalah :

(1) Umur

Umur klien perlu dikaji untuk mengetahui faktor resiko dari penyakit yang diderita. Umur kurang dari 20 tahun alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur >35 tahun rentan mengalami perdarahan masa nifas (Wiknjosastro, 2008).

b) Keluhan Utama.

Keluhan utama pada kasus perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III antara lain merasa darah mengalir banyak dari jalan lahir, haus, berkunang-kunang, merasakan cemas yang berlebihan (*ansietas*) (Green, 2012).

c) Riwayat Kebidanan, meliputi:

(1) Riwayat obstetri

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang perlu ditanyakan dalam pengkajian. Apabila terdapat riwayat persalinan dengan perdarahan *postpartum* primer karena robekan perineum dan robekan serviks, maka untuk persalinan selanjutnya terdapat kecenderungan untuk hal tersebut terjadi lagi karena bisa saja luka bekas persalinan sebelumnya belum menutup sempurna (Cunningham, 2013).

d) Data Psikososial

Data psikososial dari kasus ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III berhubungan dengan keadaan mental ibu dalam menghadapi masa nifasnya, apakah ibu merasa senang dengan kelahiran anaknya dan apakah ini merupakan anak yang diharapkan. Biasanya ibu nifas dalam menghadapi masa nifasnya yang tidak normal akan tampak cemas. Pada kasus ini, suami dan keluarga harus memberikan dukungan dan support mental supaya ibu merasa tenang (Varney, 2007).

2) Data Objektif

Data obyektif yang dikaji pada perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III meliputi:

a) Pemeriksaan Umum

Pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III pemeriksaan umum yang harus dilakukan meliputi keadaan umum dan kesadaran, pengukuran *vital sign* yang meliputi tekanan darah, suhu, nadi, dan respirasi, jika perdarahan terjadi terus-menerus menyebabkan keadaan umum ibu semakin jelek dan terjadi perubahan tanda-tanda vital (sistole < 90 mmHg, nadi > 100 kali per menit) (Wiknjosastro, 2008).

b) Pemeriksaan fisik

Pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III pemeriksaan fisik yang harus dilakukan meliputi :

(1) Inspeksi

Pada kasus ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III pada pemeriksaan inspeksi harus diperhatikan dengan seksama masih terdapat perdarahan yang masih aktif dan banyak, bergumpal atau tidak (Saifuddin, 2011). Kemudian

cek apakah terdapat robekan jalan lahir atau tidak baik pada perineum, serviks, hingga uterus (Mochtar, 2011).

(2) Palpasi

Pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III palpasi yang dilakukan untuk merasakan apakah kontraksi uterus lembek dan TFU masih setinggi pusat (Chalik, 2006).

(3) Pemeriksaan Inspekulo

Pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III, hasil yang perlu diketahui melalui pemeriksaan inspekulo yaitu apakah ada robekan pada serviks, dinding vagina, dan varices yang pecah (Chalik, 2006).

(4) Pemeriksaan Dalam

Pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III, hasil yang perlu diketahui melalui pemeriksaan dalam yaitu apakah ada sisa plasenta atau selaput yang tertinggal, robekan rahim, dan plasenta *suksenturiata* (Chalik, 2006).

c) Pemeriksaan Penunjang

Data penunjang pada kasus perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dan lain-lain (Salmah, 2006). Pemeriksaan laboratorium diperlukan sebagai data penunjang untuk mengetahui keadaan umum ibu terutama pada ibu nifas, meliputi pemeriksaan darah lengkap (DPL) dengan hitung trombosit untuk menentukan derajat perdarahan, fibrinogen untuk mendeteksi masalah pembekuan, waktu protombin untuk mendeteksi masalah pembekuan, golongan darah dan *crossmatch* untuk menyediakan darah jika diperlukan, elektrolit serum untuk mendeteksi ketidakseimbangan elektrolit, gas darah arteri untuk mengkaji oksigenasi (Green, 2012). Pemeriksaan USG untuk menentukan adanya jaringan plasenta yang tertinggal (Saifuddin, 2009).

b. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III yang perlu diketahui dari interpretasi data dasar yaitu :

1) Diagnosa kebidanan

Diagnosa yang dapat ditegakkan dalam kasus perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum

derajat III adalah diagnosa yang berhubungan dengan gravida, paragravida, umur ibu, tanggal persalinan(Salmah, 2006).

Diagnosa tersebut ditegakkan berdasarkan data subyektif dan obyektif. Diagnosa dalam studi kasus ini yaitu ibu nifas pada Ny.Iumur 21 tahun P₂A₀ *postpartum* 1 jam dengan perdarahan primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III.

2) Masalah

Pada kasus perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III, masalah yang dialami ibu biasanya adalah merasakan cemas yang berlebihan (*ansietas*) (Green, 2012).

3) Kebutuhan

Untuk mengatasi masalah yang terjadi pada ibu, perlu diberikan informasi dan support mental kepada ibu tentang penyebab perdarahan *postpartum* karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III (Salmah, 2006). Sedangkan kebutuhan ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III adalah komunikasi, monitoring tanda-tanda vital, dan mencari sumber perdarahan, serta menghentikan sumber perdarahan harus dilakukan secara simultan (Hanretty, 2010).

c. Langkah III: Identifikasikan Diagnosa atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya

Diagnosa potensial pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III adalah potensial terjadi syok hipovolemik dan anemia serta terjadinya infeksi. Untuk mengantisipasi terjadinya diagnosa potensial tersebut, bidan perlu mengobservasi keadaan umum dan *vital sign* ibu serta pemberian asupan nutrisi (Manuaba, 2007). Mengobservasi ketat kondisi perdarahan, memperbaiki keadaan umum dan vital sign ibu dengan pemasangan infus dan pemberian transfusi (Manuaba, 2008).

d. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Tindakan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang dilakukan pada kasus perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III yaitu dengan pemberian terapi meliputi pemasangan infus, pemberian antibiotik, komunikasi, monitoring tanda-tanda vital, dan menghentikan sumber perdarahandengan cara merekatkan kembali luka robekan dengan penjahitan (Hanretty, 2010; Kemenkes RI, 2013).

e. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Dalam kasus perdarahan *postpartum* primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III perlu dilakukan perencanaan seperti:

1. Observasi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu) dan perdarahan pervaginam untuk menentukan pertolongan segera pada pasien (Saifuddin, 2009).
2. Berikan informasi pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan tindakan yang dilakukan karena pemahaman mengenai kondisi dan penatalaksanaan dapat mengurangi kecemasan (Saifuddin, 2007).
3. Berikan dukungan moril kepada ibu dengan melibatkan suami atau keluarga dalam perawatan. Pendamping yang mendukung dapat membantu ibu untuk berani menghadapi kecemasannya (Saifuddin, 2007).
4. Berikan lembar persetujuan (informed concent).
5. Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk pemberian terapi (cairan infus) dan pelaksanaan tindakan penjahitan (Manuaba, 2010).

f. Langkah VI : Pelaksanaan asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh dari langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya (Varney, 2007). Bidan berkolaborasi dengan dokter SpOG untuk melakukan tindakan penjahitan (Varney, 2007).

g. Langkah VII: Evaluasi

Evaluasi dari asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan perdarahan *postpartum* primer karena laserasi persio dan robekan perineum derajat

III terdiri dari beberapa kriteria hasil meliputi keadaan umum baik, kesadaran composmentis, vital sign dalam batas normal, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras, perdarahan dalam batas normal, terapi dari dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi harus sudah dilaksanakan semua dengan baik.

2. *Follow Up* Data Perkembangan Kondisi Klien

Dari Tujuh Langkah Varney kemudian disarikan menjadi 4 langkah, yaitu SOAP (Subjektif, Objektif, *Assesment* dan *Planning*) sesuai dengan. SOAP disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan sebagai perkembangan catatan kemajuan keadaan klien.

S = Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien pada kasus perdarahan primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III melalui anamnesis sebagai langkah I Varney. Pada pasien dengan perdarahan primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III data subjektif dari data perkembangan yaitu ibu merasa lebih baik, perdarahan sudah berkurang maupun berhenti.

O = Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien berupa keadaan umum ibu baik, sadar, tanda-tanda vital ibu normal, dalam pemeriksaan inspeksi terlihat perdarahan dari jalan lahir sudah tidak ada, dan tidak terdapat tanda infeksi pada luka jahitan.

A = Assesment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi diagnosa atau masalah potensial, serta perlunya tindakan segera pada kasus perdarahan primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III. Diagnosis kebidanan pada data perkembangan yang dapat ditegakan dari kasus perdarahan primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III adalah Ny.I P₂A₀ umur 21 tahun dengan riwayat perdarahan primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III.

P = Planning

Menggambarkan pendokumentasian seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan pada kasus perdarahan primer karena laserasi porsio dan robekan perineum derajat III seperti tindakan antisipasi seperti observasi keadaan umum, tanda tanda vital, dan perdarahan pervaginam. Tindakan secara komprehensif yaitu memberikan terapi analgesik, antibiotik, dan roborantia (Manuaba, 2010). Pemberian dukungan serta evaluasi atau follow up dari rujukan sebagai langkah 3, 4, 5, 6, dan 7 Varney. (KepMenKes RI No: 938/Menkes/SK/VII/2007).