

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **2.1.1 Pengertian masa nifas**

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut post partum. Masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Post Partum adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2010).

##### **2.1.2 Tahapan Masa Mifas**

Adapun tahapan dalam masa nifas menurut (Sulistiyawati, 2009) yaitu :

1. Puerperium dini

Merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial

Merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote pueperium

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

### 2.1.3 Perubahan Fisiologis Dan Anatomis Masa Nifas

#### 1. Perubahan sistem reproduksi

##### a. Uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lochia. Uterus, segera setelah kelahiran bayi, plasenta, dan selaput janin beratnya sekitar 1000 g. Berat uterus menurun sekitar 500 g pada akhir minggu pertama pascapartum dan kembali pada berat yang biasanya pada saat tidak hamil, yaitu 70 g pada minggu kedelapan pascapartum.

Setelah bayi lahir tinggi fundus uterus (TFU) terletak sekitar dua pertiga hingga tiga perempat bagian atas antara simpisis pubis dan umbilikus. Letak TFU kemudian naik sejajar dengan umbilikus dalam beberapa jam. TFU tetap terletak kira-kira sejajar (atau satu ruas jari di bawah) umbilikus selama satu atau dua hari dan secara bertahap turun ke dalam panggul sehingga tidak dapat dipalpasi lagi di atas simpisis pubis setelah hari kesepuluh pascapartum.

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-sympisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas sympisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

### b. Lochea

Lochea adalah sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Jenis-jenis lochia dan keterangannya.

Tabel 2.2 Jenis-Jenis Lochia dan Keterangannya.

Jenis lochea	Hari ke -	Keterangan
Lochea rubra (cruenta)	2 hari pasca persalinan	Darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium.
Lochea sanguinolenta	3-7 hari pasca persalinan	Berwarnah merah kuning berisi darah dan lendir.
Lochea serosa	7-14 hari pasca persalinan	Berwarnah kuning, cairan tidak berdarah lagi.
Lochea alba	2 minggu pasca persalinan	Cairan putih.
Lochea purulenta	-	Cairan seperti nanah berbau busuk (infeksi).
Lochiostasis	-	Lochea tidak lancar keluaranya.

### c. Vagina dan perineum

Setelah melahirkan vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berbanding lunak, lebih besar dari biasanya, dan umumnya longgar. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar minggu ketiga pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit lebih besar dari pada sebelum kelahiran pertama. Akan tetapi, latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya. Pengencangan ini sempurna

pada akhir puerperium dengan latihan setiap hari. Abrasi dan laserasi vulva dan perineum mudah sembuh termasuk yang memerlukan perbaikan.

## 2. Perubahan payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Bagi wanita yang memilih memberikan makanan formula, involusi jaringan payudara terjadi dengan menghindari stimulasi.

Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara karena posisi bayi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu.

## 3. Perubahan tanda-tanda vital

### a. Tekanan darah

Setelah melahirkan banyak mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ketekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

b. Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum.

c. Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat.

d. Pernafasan

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embulus paru.

4. Perubahan berat badan

Perubahan berat badan wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta, dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan. Salah satu studi menemukan bahwa berat badan mayoritas wanita mendekati berat badan pra kehamilan dalam 6 bulan pascapartum. Penentu utama penurunan berat badan yang paling besar

pula. Akan tetapi menyusui yang banyak di laporkan mempengaruhi penurunan berat badan setelah melahirkan, tidak memiliki efek yang signifikan pada studi ini. Rata-rata, wanita multipara mengalami penurunan berat badan lebih sedikit.

#### 5. Perubahan dinding abdomen

Striae abdomen tidak dapat dihilangkan secara sempurna tetapi dapat berubah menjadi garis putih-keperakan yang halus setelah periode beberapa bulan. Dinding abdomen lunak setelah bayi lahir karena dinding ini meregang selama kehamilan. Semua wanita puerpera mengalami beberapa derajat diastasis rekti (pemisahan otot rektus abdomen). Beberapa berat diastasis bergantung pada sejumlah faktor termasuk kondisi umum dan tonus otot wanita; apakah wanita melakukan latihan untuk mengembalikan tonus ototnya dan menutup diastasisnya setelah setiap kehamilan; paritasnya (pengembalian tonus otot yang sempurna akan semakin sulit jika paritasnya tinggi); jarak kehamilannya (apakah wanita punya waktu untuk mengembalikan tonus ototnya sebelum hamil lagi); dan apakah kehamilannya menyebabkan distensi berlebihan pada abdomen (misal: kehamilan kembar). Faktor-faktor tersebut juga menentukan beberapa lama ia dapat mengembalikan tonus ototnya.

Pengembalian tonus otot dari diastasis yang lebarnya lima jari membutuhkan waktu lebih lama dibandingkan dari diastasis yang lebarnya hanya dua jari. Pada diastasis yang lebarnya hanya dua jari, penutupan diastasis mungkin terjadi pada akhir puerperium.

#### 6. Perubahan sistem perkemihan/sistem renal

Pelvis renalis dan ureter yang meregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal pada akhir minggu ke empat pascapartum. Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti dan hipotonik yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Uretra jarang mengalami obstruksi tetapi mungkin tidak dapat dihindari akibat persalinan lama dengan kepala janin dalam panggul. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih.

#### 7. Perubahan sistem pencernaan/sistem gastrointestinal

Wanita mungkin merasa lapar dan mulai makan satu atau dua jam setelah melahirkan. Kecuali ada komplikasi kelahiran, tidak ada alasan untuk menunda pemberian makan pada wanita pascapartum yang sehat lebih lama dari waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pengkajian awal.

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

## 8. Perubahan hematologi

Leukositosis dengan peningkatan hitung sel darah putih hingga 15.000 atau lebih selama persalinan, dilanjutkan dengan peningkatan sel darah putih selama dua hari pertama pascapartum. Hitung sel darah putih dapat mengalami peningkatan lebih lanjut hingga 25.000 atau 30.000 tanpa menjadi patologis jika wanita mengalami persalinan lama. Akan tetapi dugaan infeksi harus dipastikan jika peningkatan sel darah putih signifikan.

Hemoglobin, hematokrit dan jumlah eritrosit sangat bervariasi dalam puerperium awal sebagai akibat fluktuasi volume darah, volume plasma, dan kadar volume sel darah merah. Kadar ini di pengaruhi oleh status hidrasi wanita saat itu, volume cairan yang ia dapat selama persalinan dan reduksi volume darah total normal wanita dari peningkatan kadar volume darah selama kehamilan. Faktor ini menyebabkan hematokrit kurang efektif sebagai ukuran kehilangan darah selama sedikitnya dua hingga empat hari pascapartum. Akan tetapi jika nilai hematokrit pada hari pertama atau ke dua pascapartum lebih rendah dua persen atau lebih dari nilai hematokrit yang diukur saat memasuki persalinan, terjadi kehilangan darah yang signifikan. Nilai dua persen kira-kira ekuivalen dengan satu unit (500 ml) kehilangan darah. Terdapat reduksi sekitar 1500 ml dalam volume darah total selama kelahiran dan puerperium. Tidak semua dari reduksi tersebut berupa kehilangan darah; terdapat reduksi volume karena beban cairan yang terakumulasi pada kehamilan hilang melalui diuresis, peningkatan perspirasi dan kembalinya fungsi sistem renalis ke keadaan normal saat tidak hamil.

#### **2.1.4 Pengertian *Haemorrhagic Post Partum***

*Haemorrhagic post partum* (perdarahan post partum) adalah hilangnya darah lebih dari 500 ml dalam 24 jam pertama setelah lahirnya bayi. Namun menurut Doengoes (2001), *haemorrhagic post partum* adalah kehilangan darah lebih 500 ml selama atau setelah melahirkan. Pada umumnya bila terdapat perdarahan yang lebih dari normal, apalagi telah menyebabkan perubahan tanda vital (seperti kesadaran menurun, pucat, berkeringat dingin, sesak nafas, serta tensi < 90 mmHg dan nadi > 100/menit), maka penanganan harus segera dilakukan (Sarwono, 2008).

Pada pengukuran kuantitatif, ternyata batasan tersebut tidak terlalu tepat, karena terbukti bahwa darah yang keluar pada persalinan pervaginam umumnya lebih dari 500 cc, dan ini merupakan salah satu penyebab mortalitas pada ibu. *Haemorrhagic post partum* dapat dibagi menjadi dua.

1. *Haemorrhagic post partum* (sampai 24 jam setelah kelahiran).
2. *Haemorrhagic post partum* lambat (sampai 28 jm setelah kelahiran).

(Mitayani, 2011)

#### **2.1.5 Etiologi**

Berbagai penyebab penting, baik yang berdiri sendiri maupun bersama-sama yang dapat menimbulkan *haemorrhagic post partum* adalah sebagai berikut (Mitayani, 2011).

1. Trauma jalan lahir.
  - a. Episiotomi yang lebar.
  - b. Laserasi perineum, vagina, dan serviks.

c. Rupture uterus.

2. Kegiatan kompresi pembuluh darah tempat implantasi plasenta.

a. Myometrium hipotonia.

- 1) Anestesi umum (trauma dengan senyawa halogen dan ester)
- 2) Perfusi myometrium yang kurang (hipotensi akibat perdarahan atau anestesi konduksi)
- 3) Uterus yang terlalu menegang (janin yang besar, kehamilan multiple, hidramion)
- 4) Setelah persalinan yang lama.
- 5) Setelah persalinan yang terlalu cepat.
- 6) Setelah persalinan yang dirangsang dengan oksitosin dalam jumlah yang besar.
- 7) Paritas tinggi
- 8) Perdarahan akibat atonia uteri pada persalinan sebelumnya.
- 9) Infeksi uterus.

b. Retensi sisa placenta

- 1) Perlekatan yang abnormal (plasenta akreta dan perkreta)
- 2) Tidak ada kelainan perlekatan (plasenta senturia)

c. Gangguan koagulasi

Gangguan koagulasi yang didapat maupun kongenital akan memperberat perdarahan akibat semua sebab di atas.

Dari semua penyebab di atas, dua penyebab perdarahan post partum dini yang paling sering adalah sebagai berikut

- 1) Myometrium yang hipotonia (atonia uteri).
- 2) Perlukaan vagina serta serviks.

### **2.1.6 Epidemiologi**

*Haemorrhagic post partum* dini jarang disebabkan oleh retensi potongan plasenta yang kecil, tetapi plasenta yang tersisa sering menyebabkan perdarahan pada akhir masa nifas. Kadang-kadang plasenta tidak segera terlepas. Bidang obstetric membuat batas-batas durasi kala III secara agak ketat sebagai upaya untuk mendefinisikan retensio plasenta sehingga perdarahan akibat terlalu lambatnya pemisahan plasenta dapat dikurangi. Combs dan Laros meneliti 12.275 persalinan pervaginam tunggal dan melaporkan median durasi kala III adalah 6 menit dan 3,3% berlangsung lebih dari 30 menit. Beberapa tindakan untuk mengatasi perdarahan, termasuk kuretase atau transfuse, meningkat pada kala III yang mendekati 30 menit atau lebih.

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah pada sebelum hamil dan derajat anemia saat kelahiran. Gambaran *haemorrhagic post partum* yang dapatengecohkan adalah nadi dan tekanan darah yang masih dalam batas normal sampai terjadi kehilanagan darah yang sangat banyak (Sujiatini, 2011).

### **2.1.7 Klasifikasi**

Berdasarkan saat terjadinya *haemorrhagic post partum* dapat dibagi menjadi *haemorrhagic post partum* primer, yang terjadi dalam 24 jam pertama dan biasanya disebabkan oleh atonia uteri, berbagai robekan jalan lahir dan sisa sebagian plasenta. Dalam kasus yang jarang, bisa karena inversio uteri.

*Haemorrhagic post partum* sekunder yang terjadi setelah 24 jam persalinan, biasanya oleh karena sisa plasenta (Sarwono, 2010).

### **2.1.8 Faktor predisposisi**

Faktor-faktor predisposisi *haemorrhagic post partum* adalah sebagai berikut.

1. Kelahiran besar.
2. Kelainan forsep tengah.
3. Rotasi forsep.
4. Kelahiran sebelum pembukaan serviks lengkap.
5. Insisi serviks
6. Kelahiran pervaginam.
7. Post-seksio caesarea.
8. Insisi uterus lain.
9. Atonia uteri

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

#### 10. Robekan jalan lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinana yang semakin manipulative dan traumatic akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir

biasanya akibat episiotomy, robekan spontan perineum, trauma forsep atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi (Sarwono, 2008).

#### 11. Retensio plasenta

Bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir disebut sebagai retensio plasenta. Plasenta yang sukar dilepas dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus (Sarwono, 2008).

#### 12. Inversi uterus

Kegawatdaruratan pada kala III yang dapat menimbulkan perdarahan adalah terjadinya inversi uterus. Inversi uterus adalah keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum, yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit (Sarwono, 2008).

#### 13. Perdarahan karena gangguan Pembekuan Darah

Kausal *haemorrhagic post partum* karena gangguan pembekuan darah baru dicurigai bila penyebab yang lain dapat disingkirkan apalagi disertai ada riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalinan sebelumnya. Akan ada tendensi mudah terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan dan perdarahan aka merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdrahan dari gusi, rongga hidung dn lain-lain (Sarwono, 2008).

Disamping hal di atas, kekeliruan pada pengolahan kala III adalah dengan mempercepat kelahiran plasenta seperti pengeluaran plasenta manual, dengan terus-menerus meremes uterus yang telah berkontraksi baik, sehingga dapat menghambat mekanisme fisiologis pelepasan plasenta. Akibat pelepasan

plasenta yang tidak lengkap akan terjadi peningkatan jumlah perdarahan (Mitayani, 2011).

### **2.1.9 Tanda klinis**

Pengaruh perdarahan sangat tergantung pada hal-hal berikut (Mitayani, 2011).

1. Volume darah yang ada sebelum kehamilan.
2. Besarnya hypervolemia akibat kehamilan.
3. Tingkat anemia waktu kelahiran.

Tanda-tanda yang mengkhawatirkan pada *haemorrhagic post partum* adalah tidak adanya perubahan nadi dan tekanan darah yang berarti sebelum terjadi perdarahan yang banyak.

Tanda klinis *haemorrhagic post partum* antara lain:

1. Hipovolemia yang berat, hipoksia, takipnea, dyspnea, asidosis, dan sianosis.
2. Kehilangan darah dalam jumlah yang besar.
3. Distensia kavum uterus.

### **2.1.10 Penatalaksanaan *Haemorrhagic Post Partum*.**

Dengan adanya perdarahan yang keluar pada kala III, bila tidak berkontraksi dengan kuat, uterus harus diurut (Mitayani, 2011).

1. Dorongan pada plasenta diupayakan dengan tekanan manual pada fundus uterus. Bila perdarahan berlanjut, pengeluaran plasenta secara manual harus dilakukan.

2. Pemberian 20 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan RL atau normal saline terbukti efeknya bila diberikan perinfus intravena kurang lebih 10 ml/menit bersama dengan mengurut uterus secara efektif.
3. Bila cara di atas tidak efektif, ergometrin 0,2 mg yang diberikan secara IV dapat merangsang uterus untuk berkontraksi dan berinteraksi dengan baik, untuk mengatasi perdarahan dari tempat implantasi plasenta.

Tentukan apakah terdapat syok, bila ada segera berikan transfusi cairan atau darah, kontrol perdarahan dan berikan O<sub>2</sub>. Bila keadaan umum telah membaik, lakukan pemeriksaan untuk menentukan etiologi (Mansjoer, 2000).

- a. Pada retensio plasenta, bila plasenta belum lahir dalam 30 menit, lahirkan plasenta dengan cara manual. Bila terdapat plasenta akreta, segera hentikan plasenta manual dan lakukan histektomi. Bila hanya sisa plasenta, lakukan pengeluaran plasenta dengan digital/curetase, sementara infus oksitosin diteruskan.
- b. Pada trauma jalan lahir segera lakukan reparasi.
- c. Pada atonia uteri, lakukan masase uterus dan penyuntikan 0,2 mg ergometrin intravena atau prostaglandin parenteral. Jika tidak berhasil, lakukan kompresi pada uterus dengan cara memasukkan tangan kiri kedalam vagina dan dalam posisi mengepal diletakkan di forniks anterior; tangan kanan diletakkan di dinding perut memegang fundus uteri. Bila tetap gagal, dapat dipasang tampon uterovaginal, dengan cara mengisi kavum uteri dengan kasa sampai padat selama 24 jam, atau dipasang kateter Folley. Bila tindakan tersebut tidak dapat menghentikan perdarahan

juga, terapi definitive yang diberikan adalah histerektomi, atau ligasi a. uterina.

- d. Bila disebabkan gangguan pembekuan darah, berikan transfusi plasma segar.

### **2.1.11 Pencegahan**

Klasifikasi kehamilan dengan resiko rendah dan resiko tinggi akan memudahkan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan dengan mengatur petugas kesehatan mana yang sesuai dan jenjang rumah sakit rujukan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai resiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah *haemorrhagic post partum*. Antisipasi terhadap hal tersebut dapat dilakukan sebagai berikut (Sarwono, 2010).

1. Persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia, dan lain-lain sehingga pada saat hamil dan persalinan pasien tersebut ada dalam keadaan optimal.
2. Mengenal faktor predisposisi *haemorrhagic post partum* seperti multiparitas, anak besar, hamil kembar, hidramnion, bekas seksio, ada riwayat perdarahan post partum sebelumnya dan kehamilan resiko tinggi lainnya yang risikonya akan muncul saat persalinan.
3. Persalinan harus selesai dalam waktu 24 jam dan pencegahan perdarahan lama.
4. Kehamilan resiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan.
5. Kehamilan resiko rendah agar melahirkan di tenaga kesehatan terlatih dan menghindari persalinan dukun.

6. Menguasai langkah-langkah pertolongan pertama menghadapi perdarahan post partum dan mengadakan rujukan sebagaimana mestinya.

### **2.1.12 Komplikasi**

Komplikasi *haemorrhagic post partum* ada dua, yakni segera atau tertunda. Syok hemoragi (hipovolemik) dan kematian dapat terjadi akibat perdarahan yang tiba-tiba dan perdarahan berlebihan. Komplikasi yang tertunda, yang timbul akibat *haemorrhagic post partum*, mencakup anemia, infeksi puerperal, dan tromboembolisme (Bobak, 2005).

### **2.1.13 Pemeriksaan diagnostik**

1. Golongan darah: menentukan Rh, golongan ABO, dan pencocokan silang.
2. Jumlah darah lengkap: Menunjukkan penurunan hemoglobin/hematocrit (Hb/Ht) dan/atau peningkatan jumlah sel darah putih (ISP) (perpindahan ke kiri, dan peningkatan laju sedimentasi menunjukkan infeksi).
3. Kultur uterus dan vaginal: Mengesampingkan infeksi pascapartum.
4. Urinalisis: Memastikan kerusakan kandung kemih.
5. Profil koagulasi: Peningkatan degradasi kadar produk fibrin/produk split fibrin (FDP/FSP), penurunan kadar fibrinogen; masa tromboplastin parsial diaktivasi; masa tromboplastin parsial (APTT/PTT), masa protombin memanjang pada adanya koagulasi intravenous diseminata.
6. Sonografi: Menentukan adanya jaringan plasenta yang tertahan.

## **2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan**

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur, 2012).

### **2.2.2 Diagnosis Keperawatan**

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

### **2.2.3 Perencanaan Keperawatan**

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

### **2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

## **2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Haemorrhagic Post Partum**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan langkah awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Menurut ( Doengoes,2001 ) adapun hal-hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

#### **2.3.1.1 Anamnesa**

1. Identitas :

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, suku, bangsa, pendidikan, alamat, agama, pekerjaan, status perkawinan, no register, tanggal MRS.

2. Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan oleh klien sehingga menyebabkan timbulnya gangguan pada dirinya. Pada klien dengan *haemorrhagic post partum* adanya mata berkunang-kunang, pusing, badan terasa lemas, perut mules, serta terus menerus mengeluarkan darah setelah bayi lahir.

3. Riwayat kesehatan

Mengetahui kelainan-kelainan dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien saat kehamilannya. Antara lain HPHT, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, pemeriksaan, berapa kali periksa, tempat pemeriksaan.

#### 4. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat ini dikaji untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada saat yang lalu sebagai tindakan antisipasi dalam perawatan saat ini. Hal yang perlu dikaji pernah hamil atau tidak, usia melahirkan, jumlah anak yang hidup dan mati, penolong persalinan, jenis persalinan, kelainan-kelainan pada masa nifas.

#### **2.3.1.2 Pemeriksaan fisik**

##### 1. Aktifitas/Istirahat

Melaporkan kelelahan berlebihan.

##### 2. Sirkulasi

- a) Kehilangan darah pada kelahiran umumnya 400-500 ml (kelahiran per vaginam), 600-800 ml (kelahiran sesaria).
- b) Riwayat anemia kronis, defek koagulasi kongenital/incidental idiopatik trombositopenia purpura.
- c) Perubahan tekanan darah dan nadi (mungkin tidak terjadi kehilangan darah bermakna).
- d) Pelambatan pengisian kapiler.
- e) Pucat, kulit dingin/lembab.
- f) Perdarahan vena gelap dari uterus ada secara eksternal (plasenta tertahan).
- g) Dapat mengalami perdarahan vaginal berlebihan , atau rembesan dari insisi sesaria atau episotomi; rembesan dari kateter intravena, sisi injeksi intramuscular, atau kateter urinarius; perdarahan gusi (tanda-tanda koagulasi intravenous diseminata).

3. Integritas ego

Cemas, ketakutan, khawatir.

4. Eleminasi

Kesulitan berkemih dapat menunjukkan hematoma dari porsio atas vagina.

5. Nyeri/ketidaknyamanan

Sensasi nyeri terbakar/robekan (laserasi), nyeri vulva / vagina / pelvis / punggung bert (hematoma), nyeri uterus lateral, nyeri panggul (hematoma ke dalam ligament luas), nyeri tekan abdominal (atonia uterus, fragmen plasenta tertahan), nyeri ambdominal (inversi uterus).

6. Keamanan

a) Laserasi jalan lahir : darah merah terang sedikit menetap (mungkin tersembunyi) dengan uterus keras, uterus berkontraksi dengan baik, robekan terlihat pada labia mayora / minora dari muara vagina ke perenium, robekan episiotomi luas, ekstensi episiotomi ke dalam kubah vagina atau robekan pada serviks.

b) Hematoma : unilateral, penonjolan massa tegang berfluktuasi pada muara vagina atau meliputi labia mayora, keras, nyeri pada sentuhan perubahan warna kemerahan atau kebiruan unilateral kulit perineum atau bokong (hematoma abdominal setelah kelahiran caesarea mungkin asimptomatik, kecuali pada perubahan tanda vital).

7. Seksualitas

a) Persalinan mungkin lama/diaugmentasi atau diinduksi, mendadak/traumatic; penggunaan forsep, anastesi umum, terapi tokolitik.

- b) Kelahiran sulit atau manual dari plasenta.
- c) Pemeriksaan plasenta setelah kelahiran telah menunjukkan hilangnya fragmen-fragmen plasenta, robekan, atau bukti terlilit pembuluh darah.
- d) Kelahiran vagina setelah sesaria (VABC).
- e) Pembesaran uterus lunak dan menonjol, sulit dipalpasi, perdarahan merah terang dari vagina (lambat atau tersembunyi), bekuan-bekuan besar dikeluarkan dari masase uterus (atonia uterus).
- f) Uterus kuat, kontraksi baik atau kontraksi parstial, dan agak menonjol melalui, os eksternal (inversi uterus).
- g) Kehamilan baru dapat mempengaruhi overdistensi uterus (gestasi multiple, polihidramnion, makrosomia, abrupcio plasentae, plasentae previa).

### **2.3.1.3 Pemeriksaan penunjang**

1. Golongan darah menentukan Rh, ABO, dan pencocokan silang.
2. Jumlah darah lengkap menunjukkan penurunan Hb/Ht dan peningkatan sel darah putih (perpindahan ke kiri dan peningkatan laju sedimentasi menunjukkan infeksi)
3. Kultur uterus dan vagina mengesampingkan infeksi postpartum
4. Urinalitas : memastikan kerusakan kandung kemih.
5. Profil koagulasi : peningkatan degradasi kadar produk fibrin/produk split fibrin (FDP/FSP), penurunan kadar fibrinogen masa tromboplastin parsial diaktivasi : masa tromboplastin partial (APTT/PTT) masa protrombin memanjang pada KID
6. Sonografi : menentukan adanya jaringan plasenta yang tertahan.

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan *haemorrhagic post partum* adalah sebagai berikut (Mitayani, 2011):

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan vaskuler yang berlebihan.
2. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan hipovolemia.
3. Nyeri berhubungan dengan episiotomy dan laserasi.
4. Resiko tinggi terjadi infeksi berhubungan dengan adanya trauma jalan lahir.
5. Ansietas berhubungan dengan ancaman perubahan pada status kesehatan atau kematian, transmisi/penularan antar pribadi, respons fisiologis (pelepasan ketekolamin).

### 2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Ada 4 tahap dalam fase perencanaan yaitu menentukan prioritas masalah keperawatan, menetapkan tujuan dan kriteria hasil, merumuskan rencana tindakan keperawatan dan menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan vaskuler yang berlebihan ditandai dengan asidosis, sianosis, takipnea, dyspnea, syok hipovolemik (Mitayani, 2011).
  - a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan volume cairan adekuat.
  - b. Kriteria hasil : Tanda-tanda vital dalam batas normal, pengisian kapiler cepat (kurang dari 3 detik), sensorium tepat, input dan

output cairan seimbang, serta berat jenis urine dalam batas normal (25 cc/jam).

c. Rencana tindakan

- 1) Kaji dan catat jumlah, tipe, dan sisi perdarahan. Timbang dan hitung pembalut. Simpan bekuan dan jaringan untuk dievaluasi oleh dokter.

Rasional:

Perkirakan kehilangan darah, arteri versus vena, dan adanya bekuan-bekuan membantu membuat diagnosa banding serta menentukan kebutuhan penggantian (satu gram peningkatan berat pembalut sama dengan kurang lebih 1 ml kehilangan darah).

- 2) Kaji lokasi uterus dan derajat kontraktilitas uterus. Dengan masase, penonjolan uterus dengan satu tangan sambil menempatkan tangan kedua tepat diatas simfisis pubis.

Rasional:

Derajat kontraktilitas uterus membantu dalam diagnose banding. Peningkatan kontraktilitas myometrium dapat menurunkan kehilangan darah. Penempatan satu tangan diatas simfisis pubis mencegah kemungkinan inversi uterus selama masase.

- 3) Perhatikan hipotensi dan takikardi, pelambatan pengisian kapiler atau sianosis dasar buku, serta membrane mukosa.

Rasional:

Tanda-tanda menunjukkan hipovolemik dan terjadi syok. Perubahan tekanan darah tidak dapat dideteksi sampai volume cairan telah menurun hingga 30-50%. Sianosis adalah tanda akhir dari hipoksia.

- 4) Pertahankan aturan puasa saat menentukan status/kebutuhan klien.

Rasional:

Mencegah aspirasi isi ambung dalam kejadian dimana sensorium berubah dan ataubintervensi pembedahan diperlukan.

- 5) Pantau masukan dan keluaran: perhatikan berat jenis urine.

Rasional:

Bermanfaat dalam memperkirakan luas/signifikansi kehilangan cairan.

Volume perfusi/sirkulasi adekuat ditunjukkan dengan keluaran 30-50%.

Sianosis adalah tnda akhir dari hipoksia.

- 6) Berikan lingkungan yang tenang dan dukungan psikologis.

Rasional:

Meningkatkan relaksasi, menurunkan ansietas dan kebutuhan metabolik.

2. Perubahan perfusi jaringan yang berhubungan dengan hipovolemia, ditandai dengan pengisian kapilari lambat, pucat, kulit dingin atau lembab, penurunan produksi ASI.

- a. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan perfusi jaringan kembali normal.

b. Kriteria hasil : TD, nadi darah arteri, Hb/Ht dalam batas normal (Hb >11 gram dalam darah); pengisian kapiler cepat; fungsi hormonal normal menunjukkan dengan suplai ASI adekuat untuk fungsi laktasi dan mengalami kembali menstruasi normal.

c. Rencana tindakan

1) Perhatikan Hb atau Ht sebelum dan sesudah kehilangan darah. Kaji status nutrisi, tinggi, dan berat badan.

Rasional:

Nilai bandingan membantu menentukan beratnya kehilangan darah. Status sebelumnya dari kesehatan yang buruk meningkatkan luasnya cedera karena kekurangan O<sub>2</sub>.

2) Pantau tanda vital, catat derajat, dan durasi episode hipovelemik.

Rasional:

Luasnya keterlibatan hipofisi dapat dihubungkan dengan derajat dan durasi hipotensi. Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan upaya untuk mengatasi asidosis metabolik.

3) Perhatikan tingkat kesadaran dan adanya perubahan perilaku.

Rasional:

Perubahan sensorium adalah indikator dini hipoksia, sianosis tanda lanjut, mungkin tidak tampak sampai kadar PO<sub>2</sub> turun dibawah 50 mmHg.

- 4) Kaji warna dasar kuku, mukosa mulut, gusi dan lidah, serta perhatikan suhu kulit.

Rasional :

Pada kompensasi fasokonstriksi dan pirau organ vital, sirkulasi pada pembuluh darah perifer diturunkan, yang mengakibatkan sianosis dan suhu kulit dingin.

- 5) Kaji payudara setiap hari, perhatikan ada atau tidaknya laktasi dan perubahan pada ukuran payudara.

Rasional :

Kerusakan atau keterlibatan hipofisis anterior menurunkan kadar prolactin, mengakibatkan tidak adanya produksi ASI dan akhirnya menurunkan jaringan payudara.

### 3. Nyeri berhubungan dengan episiotomi dan laserasi

a. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan nyeri dapat berkurang

b. Kriteria hasil : mengidentifikasi metode yang tepat secara individu untuk meningkatkan keamanan, mengungkapkan hilangnya nyeri dan ketidaknyamanan

c. Rencana tindakan :

- 1) Tentukan karakteristik, tipe, lokasi, dan durasi nyeri. Kaji klien terhadap nyeri perineal yang menetap, perasaan penuh pada vagina, kontraksi uterus, atau nyeri tekan abdomen.

Rasional :

Ketidaknyamanan berkenaan dengan hematoma karenan tekanan dari perdarahan tersembunyi ke vagina atau jaringan perineal. Nyeri berat baik pada uterus dan abdomen dapat terjadi dengan inversi uterus. Nyeri tekan abdominal mungkin sebagai akibat dari atonia uterus atau tertahannya bagian-bagian plasenta. Laserasi dapat mengakibatkan nyeri rasa terbakar atau sensasi robekan.

- 2) Kaji kemungkinan penyebab psikologis dari ketidaknyamanan.

Rasional :

Situasi darurat dapat mencetuskan rasa takut dan ansietas, yang memperberat persepsi ketidaknyamanan.

- 3) Intruksikan klien untuk melakukan teknik relaksasi, berikan aktifitas hiburan dengan tepat.

Rasional :

Pendidikan dengan metode fisiologis dan psikologis dari kontrol nyeri menurunkan ansietas dan persepsi ketidaknyamanan klien.

- 4) Berikan tindakan kenyamanan, seperti pemberian kompres es pada perineum atau lampu pemanas pada penyambungan episiotomy.

Rasional :

Kompres dingin meminimalkan edema dan menurunkan hematoma serta sensasi nyeri, panas meningkatkan fasodilatasi yang memudahkan resorbsi hematoma.

4. Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya trauma jalan lahir.
- a. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan tanda infeksi tidak ada.
  - b. Kriteria hasil : Mengungkapkan pemahaman tentang factor penyebab infeksi, menunjukkan tanda vital dalam batas normal, lochia bebas dari bau.
  - c. Rencana tindakan :
    - 1) Demonstrasikan mencuci tangan yang tepat dan teknik perawatan diri.  
Tinjau ulang cara yang tepat untuk menangani dan membuang material yang terkontaminasi (misalnya : pembalut, tissue, balutan)  
Rasional :  
Mencegah kontaminasi silang/penyebab organisme infeksius.
    - 2) Perhatikan perubahan pada tanda vital.  
Rasional :  
Peningkatan suhu dari 38° Celcius pada 2 hari berturut-turut (tidak menghitung 24 jam pertama postpartum), takikardia, atau leukositosis dengan perpindahan ke kiri menandakan infeksi.
    - 3) Perhatikan gejala malaise, menggigil, anoreksia, nyeri tekan uterus, atau nyeri pelvis.  
Rasional :  
Gejala-gejala ini menandakan keterlibatan sistemik, kemungkinan menimbulkan bakteremia, shock, dan kematian bila tidak teratasi.

- 4) Pantau kecepatan involusi uterus dan sifat serta jumlah rabas lochia.

Rasional :

Infeksi uterus memperlambat involusi dan memperlama aliran lochia.

- 5) Selidiki sumber potensial lain dari infeksi, seperti pernapasan (perubahan pada bunyi nafas, batuk produktif, sputum purulen), mastitis (bengkak, eritema, nyeri), atau infeksi saluran kemih (urine keruh, bau busuk, dorongan, frekuensi, nyeri).

Rasional :

Diagnose banding adalah penting untuk pengobatan yang efektif.

5. Ansietas berhubungan dengan ancaman perubahan pada status kesehatan atau kematian, transmisi/penularan antar pribadi, respons fisiologis (pelepasan ketekolamin).

a. Tujuan : setelah dilakukn asuhan keperawatan dapat mengatasi ketegangan, ketakutan, perasaan tidak adekuat/tidak berdaya, dan gelisah.

b. Kriteria hasil : mengungkapkan kesadaran terhadap perasaan dan penyebab ansietas (hemoragi post partum dirasakan sebagai ancaman pada integritas fisiknya), mengidentifikasi cara-cara sehat untuk menghadapi perasaan, melaporkan ansietas berkurang, tampak rileks, dapat tidur/istirahat dengan tepat.

c. Rencana tindakan:

- 1) Evaluasi respon psikologis serta persepsi klien terhadap kejadian *haemorrhagic post partum*.

Rasional:

Membantu dalam membentuk rencana perawatan. Persepsi klien tentang kejadian mungkin menyimpang, memperberat ansietasnya.

- 2) Evaluasi respon fisiologis pada hemoragi post partum; misalnya takikardia, takipnea, gelisah atau iritabilitas.

Rasional:

Meskipun perubahan pada tanda vital mungkin karena respon fisiologis, ini dapat diperberat atau dikomplikasi oleh factor-faktor psikologis.

- 3) Sampaikan sikap tenang, empati, dan mendukung.

Rasional:

Dapat membantu klien mempertahankan kontrol emosional dalam berespons terhadap perubahan status fisiologis. Membantu dalam menurunkan transmisi ansietas antar pribadi.

- 4) Berikan informasi tentang modalitas tindakan dan keefektifan intervensi.

Rasional:

Informasi akurat dapat menurunkan ansietas dan ketakutan yang mengakibatkan oleh ketidaktahuan.

- 5) Bantu klien dalam mengidentifikasi perasaan ansietas; berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan.

Rasional:

Pengungkapan memberikan kesempatan untuk memperjelas informasi, memperbaiki kesalahan konsep, dan meningkatkan perspektif, memudahkan proses pemecahan masalah.

6) Kaji strategi koping dan implantasi jangka panjang dari episode hemoragi.

Rasional:

Ansietas berat atau lama dapat diantisipasi bila komplikasi permanen (seperti pada nekrosis hipofisis anterior).

#### **2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah di rencanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk kesehatan yang lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama seperti dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2011)

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012)

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Mitayani, 2011).

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan

rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012). Berdasarkan evaluasi selanjutnya asuhan keperawatan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan yang mencakup SOAP yang artinya:

S (Subyektif) : perdarahan yang keluar sedikit-sedikit, tidak keluar keringat dingin dan pusing lagi, rasa cemas sudah berkurang.

O (Obyektif) : perdarahan pervaginam sedikit, HB>11 gram %, tidak didapatkan tanda infeksi pada luka, rasa ketakutan klien berkurang.

A (Asesment) : perdarahan, syok, cemas, anemia, dapat teratasi.

P (Planning) : perawatan dilanjutkan sesuai dengan masalah yang ada.