

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian persalinan

Persalinan adalah kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Sujiatini, 2011).

Persalinan normal adalah peristiwa lahirnya bayi hidup dan placenta dari dalam uterus dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa menggunakan alat pertolongan pada usia kehamilan 30-40 minggu atau lebih dengan berat badan bayi 2500 gram atau lebih dengan lama persalinan kurang dari 24 jam yang dibantu dengan kekuatan kontraksi uterus dan tenaga mengeram.

Sedangkan menurut WHO persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan (dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir), beresiko rendah pada awal persalinan dan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37-42 minggu setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi baik. Persalinan normal disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2.1.2 Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan.

Penyebab terjadinya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks antara lain ditemukan factor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh prostaglandin, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi.

1. Teori penurunan hormonal

1-2 sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone esterogen dan progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos Rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

2. Teori plasenta menjadi lebih tua

Yang akan menyebabkan turunnya kadar esterogen dan progesteron sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.

4. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

5. Induksi partus

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan: rangsang laminaria, amniotomi, dan oksitosin drip.

2.1.3 Pengertian Haemorrhagic Post Partum

Hemoraghic post partum (perdarahan post partum) adalah hilangnya darah lebih dari 500 ml dalam 24 jam pertama setelah lahirnya bayi. Namun menurut Doengoes (2001), perdarahan 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 per vaginam umumnya lebih dari 500 ml, dan ini merupakan salah satu penyebab mortalitas pada ibu. Perdarahan post partum dapat dibagi menjadi dua.

1. Perdarahan post partum awal (sampai 24 jam setelah kelahiran).
2. Perdarahan post partum lambat (sampai 28 jm setelah kelahiran).

(Mitayani, 2011)

2.1.4 Etiologi

Berbagai penyebab penting, baik yang berdiri sendiri maupun bersama-sama yang dapat menimbulkan perdarahan 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) Anastesi umum (trauma dengan senyawa halogen dan ester)
 - 2) Perfusi myometrium yang kurang (hipotensi akibat perdarahan atau anetesi 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 plasenta
- 1) Perlekatan yang abnormal (plasenta akreta dan perkreata)
 - 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.

2.1.5 Epidemiologi

Perdarahan 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 tiga 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 tiga yang mendekati 30 menit atau lebih.

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

2.1.6 Klasifikasi

Berdasarkan saat terjadinya perdarahan post partum dapat dibagi menjadi perdarahan 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. Perdarahan post partum sekunder yang terjadi setelah 24 jam persalinan, biasanya oleh karena sisa plasenta (Sarwono, 2008).

2.1.7 Faktor predisposisi

Faktor-faktor predisposisi perdarahan 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 terbukadari 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 perdarahan 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).

2.1.8 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 perdarahan post partum adalah tidak adanya perubahan nadi dan tekanan darah yang berarti sebelum terjadi pedarahan yang banyak.

Tanda klinis perdarahan 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.

2.1.9 Penatalaksanaan perdarahan 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 O₂. 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 ligase a. uterina.
- d. Bila disebabkan gangguan pembekuan darah, berikan transfusi plasma segar.

2.1.10 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 perdarahan post partum. Antisipasi terhadap hal tersebut dapat dilakukan sebagai berikut (Sarwono, 2008).

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 perdarahan post partum seperti multiparitas, anak besar, hamil bembur, hidramnion, bekas seksio, ada riwayat perdarahan post partum sebelumnya dan kehamilan resiko tinggi lainnya yang resikonya akan muncul saat persalinan.
3. Persalinan harus selesai dalam waktu 24 jam dan pencegahan parus 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.

2.1.11 Komplikasi

Komplikasi perdarahan 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 hemoragi post partum, mencakup anemia, infeksi puerperal, dan tromboembolisme (Bobak, 2005).

2.1.12 Pemeriksaan diagnostic

Golongan darah: menentukan Rh, golongan ABO, dan pencocokan silang.

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).

Kultur uterus dan vaginal: Mengesampingkan infeksi pascapartum.

Urinalisis: Memastikan kerusakan kandung kemih.

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 KID.

Sonografi: Menentukan adaya 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

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

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosisi

keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

2.2.4 Pelaksanaan

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

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

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Menurut Varney adapun hal-hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

2.3.1.1 Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang diperoleh dari wawancara langsung dengan klien ataupun keluarganya. Data subyektif yang dikaji adalah

1. Identitas :

Nama, umur, suku, bangsa, pendidikan, alamat, agama, status perkawinan.

Hal ini dikaji guna mempermudah menghubungi keluarga terdekat bila dibutuhkan, mencegah kekeliruan antar sesama klien, untuk mengetahui social ekonomi, dan mempermudah dalam memberi tindakan keperawatan.

2. Keluhan utama

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

3. Tanda-tanda bersalin

Meliputi kontraksi, frekuensi, lamanya, kekuatannya, lokasi ketidak nyamanan saat klien di VT.

4. Pengeluaran pervaginam

Untuk mengetahui pengeluaran saat akan persalinan adanya darah, lender dan air ketuban.

5. Riwayat kehamilan sekarang

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

6. 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. Kepala: Tidak terdapat benjolan, kulit kepala, warna rambut.
2. Mata: sclera icterus atau tidak, conjungtiva pucat atau tidak.
3. Hidung: bersih atau tidak, adakah kelainan.

4. Telinga: bersih atau tidak adakah cairan yang keluar, jika ada warna cairan dan bau.
5. Mulut: bibir pucat, gigi caries atau tidak, stomatitis atau tidak.
6. Leher: ada atau tidak pembesaran kelenjar tiroid.
7. Dada dan payudara: simetris atau tidak, ada kelainan atau tidak pada jantrung dan paru, hiperpigmentasi pada areola mama atau putting susu menonjol atau tidak, colostrum keluar atau tidak, terdapat pembesaran atau tidak.
8. Abdomen: linea alba linea nigra, adanya striae atau tidak, tinggi uterus sesuai hari post partum atau tidak.
9. Genetalia: odema vulva atau tidak, varises vagina atau tidak, pengeluaran darah pervaginam berapa cc, adakah luka robekan pada perineum, tanda-tanda infeksi luka perineum ada atau tidak, tanda-tanda vital.
10. Ekstremitas: akral dingin dan pucat, turgor kulit menurun.

2.3.1.3 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan post partum akibat jalan lahir digunakan untuk lebih memastikan diagnose yang telah ditegakkan dan digunakan untuk mencari penyebab timbulnya masalah. Pemeriksaan penunjang dilakukan pada klien dengan perdarahan post partum robekan jalan lahir adalah pemeriksaan Haemoglobin didapatkan < 9 gram % dan pemeriksaan inspeksi didapatkan sumber perdarahan dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (rupture uteri).

Pengkajian dasar data klien: temuan temuan umum menurut (Doenges, 2001) yaitu:

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.

3. Integritas ego

Cemas, ketakutan, khawatir.

4. 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).

Hemoragi post partum awal (sampai 24 jam setelah kelahiran) menurut

(Doenges, 2001)

1. Sirkulasi

- a) Perubahan tekanan darah dan nadi (mungkin tidak terjadi kehilangan darah bermakna).

- b) Pelambatan pengisian kapiler.

- c) Pucat; kulit dingin/lembab.

- d) Perdarahan vena gelap dari uterus ada secara eksternal (plasenta tertahan).

e) 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 [KID]).

2. Eliminasi

Kesulitan berkemih dapat menunjukkan hematoma dari porsio atas vagina.

3. 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).

4. Seksualitas

a) Pembesaran uterus lunak dan menonjol, sulit dipalpasi, perdarahan merah terang dari vagina (lambat atau tersembunyi), bekuan-bekuan besar dikeluarkan dari masase uterus (atonia uterus).

b) Uterus kuat, kontraksi baik atau kontraksi parstial, dan agak menonjol melalui, os eksternal (inversi uterus).

c) Kehamilan baru dapat mempengaruhi overdistensi uterus (gestasi multiple, polihidramnion, makrosomia, abrupsi plasentae, plasentae previa).

Hemoragi post partum lambat (24 sampai 28 hari setelah kelahiran)

menurut (Doenges, 2001)

1. Sirkulasi

a) Rembesan continue atau rembasan tiba-tiba.

b) Kelihatan pucat, anemis.

2. Nyeri/ketidaknyamanan
 - a) Nyeri tekan uterus (fragmen-fragmen plasenta tertahan).
 - b) Ketidaknyamanan vagina/pelvis, sakit punggung (hematoma).
3. Keamanan
 - a) Lochea bau busuk (infeksi).
 - b) Pecah ketuban dini.
4. Seksualitas
 - a) Tinggi fundus badan uterus gagal kembali pada ukuran dan fungsi sebelum kehamilan (subinvolusi).
 - b) Leukore mungkin ada.
 - c) Terlepasnya jaringan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan perdarahan 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 selama 1x24 jam 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 diagnose 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 selama ...x24 jam 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 O₂.

- 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_2 turun dibawah 50 mmHg.

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

Rasional :

Pada kompensasi vasokonstriksi 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 selama ... x 24 jam 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 resorpsi hematoma.

4. Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya trauma jalan lahir.

- a. Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x 24 jam 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 pergeseran 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 selama ... x 24 jam 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 hemoragi 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 tranmisi ansietas antar bribadi.

- 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 implikasi jangka panjang dari episode hemoragi.

Rasional:

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

2.3.4 Pelaksanan Keperawatan

- A. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan vaskuler yang berlebihan ditandai dengan asidosis, sianosis, takipnea, dyspnea, syok hipovolemik

Tindakan:

- a. Mengkaji dan mencatat jumlah, tipe, dan sisi perdarahan. Menimbang dan menghitung pembalut.

Rasional:

Perkirakan kehilangan darah, arteri versus vena, dan adanya bekuan-bekuan membantu membuat diagnose banding serta menentukan

kebutuhan penggantian (satu gram peningkatan berat pembalut sama dengan kurang lebih 1 ml kehilangan darah).

Tindakan:

- b. Mengkaji 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.

Tindakan:

- c. Memperhatikan 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.

Tindakan:

- d. Mempertahankan aturan puasa saat menentukan status/kebutuhan klien.

Rasional:

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

Tindakan:

- e. Memantau masukan dan keluaran: memperhatikan 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.

Tindakan:

- f. Memberikan lingkungan yang tenang dan dukungan psikologis.

Rasional:

Meningkatkan relaksasi, menurunkan ansietas dan kebutuhan metabolic.

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

Tindakan:

- a. Memperhatikan Hb atau Ht sebelum dan sesudah kehilangan darah.

Mengkaji 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 O₂.

Tindakan;

- b. Memantau tanda vital, mencatat 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.

Tindakan:

- c. Memperhatikan tingkat kesadaran dan adanya perubahan perilaku.

Rasional:

Perubahan sensorium adalah indikator dini hipoksia, sianosis tanda lanjut, mungkin tidak tampak sampai kadar PO_2 turun dibawah 50 mmHg.

Tindakan:

- d. Mengkaji 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.

Tindakan:

- e. Mengkaji payudara setiap hari, perhartikan 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.

C. Nyeri berhubungan dengan episiotomi dan laserasi

Tindakan:

- a. Menentukan karakteristik, tipe, lokasi, dan durasi nyeri. Mengkaji 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.

Tindakan:

- b. Mengkaji kemungkinan penyebab psikologis dari ketidaknyamanan.

Rasional :

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

Tindakan:

- c. Mengintruksi 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.

Tindakan:

- d. Memberikan tindakan kenyamanan, seperti memberikan kompres es pada perineum atau lampu pemanas pada penyambungan episiotomy.

Rasional :

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

- D. Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya trauma jalan lahir.

Tindakan:

- a. Mendemonstrasikan mencuci tangan yang tepat dan teknik perawatan diri. Meninjau ulang cara yang tepat untuk menangani dan membuang material yang terkontaminasi (misalnya : pembalut, tissue, balutan)

Rasional :

Mencegah kontaminasi silang/penyebab organisme infeksius.

Tindakan:

- b. Memperhatikan 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.

Tindakan:

- c. Memperhatikan 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.

Tindakan:

- d. Memantau kecepatan involusi uterus dan sifat serta jumlah rabas lochia.

Rasional :

Infeksi uterus memperlambat involusi dan memperlama aliran lochia.

Tindakan:

- e. Menyelidiki 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 :

Diagnosa banding adalah penting untuk pengobatan yang efektif.

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

Tindakan:

- a. Mengevaluasi respon psikologis serta persepsi klien terhadap kejadian hemoragi post partum.

Rasional:

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

Tindakan:

- b. Mengevaluasi 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.

Tindakan:

- c. Menyampaikan 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.

Tindakan:

- d. Memberikan informasi tentang modalitas tindakan dan keefektifan intervensi.

Rasional:

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

Tindakan:

- e. Membantu klien dalam mengidentifikasi perasaan ansietas; memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan.

Rasional:

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

Tindakan:

- f. Mengkaji strategi koping dan implikasi jangka panjang dari episode hemoragi.

Rasional:

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

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 (Assesment) : perdarahan, syok, cemas, anemia, dapat teratasi.
- P (Planning) : perawatan dilanjutkan sesuai dengan masalah yang ada.

I (Implementasi) : melakukan perawatan nifas secara umum dan juga melakukan perawatan pada masalah yang timbul pada perdarahan post partum.

Evaluasi : masalah-masalah pada perdarahan post partum teratasi.