

## **BAB 2**

### **KONSEP TEORI**

#### **2.1 Tinjauan Teori Medis**

##### **2.1.1 Haemoragic Post partum (HPP)**

###### **1. Pengertian Haemoragic Post partum (HPP)**

Perdarahan postpartum disebut juga Hemoragic post partum (HPP) adalah perdarahan dalam kala IV dari 500-600cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir. Hemoragic post partum (HPP) adalah hilangnya darah lebih dari 500cc dalam 24 jam pertama setelah lahirnya bayi (Masruroh, 2016).

Haemoragic post partum (HPP) adalah perdarah lebih dari 500cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1000ml setelah persalinan abdominal. kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi, maka batasan jumlah perdarahan disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan darah sistolik  $< 90$  mmHg, denyut nadi  $> 100$  x/menit, kadar Hb  $< 8$  g/dL (Taufan N, 2011).

###### **2. Klasifikasi Haemoragic Post partum (HPP)**

Klasifikasi klinis haemoragic post partum (HPP) yaitu (Masruroh, 2016) :

- a. Haemoragic Postpartum Primer yaitu perdarahan post partum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

- b. Haemorrhagic Postpartum Sekunder yaitu perdarahan post partum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

### 3. Insiden

dr. Taufan Nugroho (2011) mengemukakan berdasarkan laporan – laporan baik dari Negara maju maupun Negara berkembang angka kejadian berkisar antara 5% sampai 15%. Berdasarkan penyebabnya diperoleh sebaran sebagai berikut :

- |                        |               |
|------------------------|---------------|
| 1. Atonia uteri        | : 50 – 60 %   |
| 2. Retensio plasenta   | : 16 – 17 %   |
| 3. Sisa plasenta       | : 23 – 24 %   |
| 4. Robekan jalan lahir | : 4 – 5 %     |
| 5. Kelaian darah       | : 0,5 – 0,8 % |

### 4. Etiologi

Penyebab umum pendarahan postpartum , antara lain :

#### a. Atonia Uteri

Atonia uteri merupakan kegagalan miometrium untuk berkontraksi setelah persalinan sehingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh, melebar, lembek dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi pembuluh darah. Akibat dari atonia uteri ini adalah terjadinya perdarahan. Perdarahan pada atonia uteri ini berasal dari pembuluh darah yang terbuka pada bekas menempelnya plasenta yang lepas sebagian atau lepas keseluruhan (Dewi M, 2012).

Atonia uteri dapat terjadi sebagai akibat :

- 1) Umur ibu terlalu muda (< 20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun)
- 2) Partus lama atau partus tak maju
- 3) Pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil, seperti pada hamil kembar, hidramnion atau janin besar
- 4) Status paritas ( multipara dan grande multi)
- 5) Kelainan uterus
- 6) Faktor social ekonomi yang berpengaruh terhadap status gizi ibu ( Dewi M, 2012).

Selain karena sebab di atas atonia uteri juga dapat timbul karena salah penanganan kala III persalinan, yaitu memijat uterus dan mendorongnya ke bawah dalam usaha melahirkan plasenta, dimana sebenarnya plasenta belum terlepas dari dinding uterus (Manuaba,2010).

#### **b. Retensio Plasenta**

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir. Hal tersebut disebabkan :

- 1) Plasenta belum lepas dari dinding uterus
- 2) Plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan

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

- 1) Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (*plasenta*

*adhesiva*)

- 2) Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus desidua sampai miometrium (*plasenta akreta*)
- 3) Plasenta merekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus sampai di bawah peritoneum (*plasenta perkreta*).

Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran konstriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (*inkarserasio plasenta*)( Anik M, 2012).

#### c. Sisa Plasenta

Sewaktu suatu bagian dari plasenta tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Perdarahan postpartum yang terjadi segera jarang disebabkan oleh retensi potongan-potongan kecil plasenta. Inspeksi plasenta segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin. Jika ada bagian plasenta yang hilang, uterus harus dieksplorasi dan potongan plasenta dikeluarkan (Dewi M,2012).

#### d. Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi luka yang terjadi disepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara sengaja (epiostomy) atau tidak disengaja. Robekan jalan lahir sering tidak diketahui sehingga tidak tertangani dengan baik. Penyebab perdarahan post partum yang kedua setelah retensio plasenta adalah robekan jalan lahir.

Tanda-tanda ibu mengalami robekan jalan lahir adalah perdarahan segar yang mengalir dan terjadi segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik, kadang ibu terlihat pucat, lemah dan menggigil akibat berkurangnya haemoglobin.

Berdasarkan kedalaman dan luasnya laserasi, robekan jalan lahir/perineum dibagi menjadi 4 tingkat yaitu :

- 1) Tingkat 1 : robekan hanya terjadi pada selaput lender vagina atau tanpa mengenai kulit perineum.
- 2) Tingkat 2 : robekan mengenai selaput lender vagina dan otot perineum transversalis tetapi tidak mengenai sphingter ani
- 3) Tingkat 3 : robekan mengenai seluruh perineum dan otot sphingter ani
- 4) Tingkat 4 : robekan sampai ke mukosa rectum (Dewi M, 2012).

#### e. Inversio Uteri

Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri masuk ke dalam kavum uteri, dapat secara mendadak atau terjadi perlahan (Dewi M 2012).

Pada inversio uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri. Peristiwa ini jarang sekali ditemukan, terjadi tiba-tiba dalam kala III atau segera setelah plasenta keluar. Sebab inversio uteri yang tersering adalah kesalahan dalam memimpin kala III, yaitu menekan fundus uteri terlalu kuat dan menarik tali pusat pada plasenta yang belum terlepas dari insersinya.

Menurut perkembangannya inversio uteri dibagi dalam beberapa tingkat (Dewi M, 2012) :

- 1) Fundus uteri menonjol ke dalam kavum uteri, tetapi belum keluar dari ruang tersebut (inversio uteri ringan)
- 2) Fundus uteri terbalik menonjol ke kavum uteri dan sudah masuk ke dalam vagina (inversio uteri sedang)
- 3) Uterus dan vagina dalam keadaan terbalik dan sebagian sudah keluar dari vagina (inversio uteri berat)

## **5. Patofisiologi**

Dalam persalinan, pembuluh darah yang ada diuterus melebar untuk meningkatkan sirkulasi ke uterus. Atonia uteri dan sub-involusio uterus menyebabkan kontraksi uterus menurun sehingga pembuluh darah-pembuluh darah yang melebar tersebut tidak menutup sempurna sehingga perdarahan terjadi terus menerus. Trauma jalan lahir seperti episiotomi yang lebar, laserisasi perineum, dan ruptur uteri juga menyebabkan perdarahan karena terbukanya pembuluh darah, penyakit darah pada ibu; misalnya afibrinogenemia dan hipofibrinogenemia karena tidak ada atau kurangnya fibrin untuk membantu proses pembekuan darah juga merupakan penyebab dari perdarahan post partum. Perdarahan yang sulit dihentikan bisa mendorong pada keadaan syok (Anik M, 2012).

## **6. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis yang biasa ditemukan pada haemorrhagic post partum (HPP) adalah :

- a. Kehilangan darah dalam jumlah yang banyak (lebih dari 500 ml)
- b. Nadi lemah

- c. Tekanan darah rendah
- d. Tampak pucat
- e. Ekstremitas terasa dingin
- f. Lochea berwarna merah
- g. Pusing, gelisah, mual
- h. Syok hipovolemik (Anik M, 2012).

### **7. Pemeriksaan penunjang**

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada ibu dengan kasus pendarahan pasca persalinan, antara lain :

- a. Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, hematocrit, *clotting time*, dan *bleeding time*
- b. Golongan darah : untuk menentukan Rh, ABO, dan percocokan silang
- c. Urinalisis : untuk memastikan kerusakan kandung kemih
- d. Kultur uterus dan vagina : untuk mengesampingkan infeksi pasca persalinan
- e. Ultrasonografi : untuk menentukan adanya jaringan plasenta yang tertahan (Anik, 2010).

### **8. Pencegahan Haemorrhagic Post partum (HPP)**

Penanganan terbaik haemorrhagic post partum (HPP) adalah pencegahan. Mencegah atau sekurang-kurangnya bersiap siaga pada kasus-kasus yang disangka akan terjadi perdarahan adalah penting. Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin, namun sudah dimulai sejak wanita hamil dengan *antenatal care* yang baik. Pengawasan antenatal

memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya. Kunjungan pelayanan antenatal bagi ibu hamil paling sedikit 4 kali kunjungan dengan distribusi sekali pada trimester I, sekali trimester II, dan dua kali pada trimester III.

Anemia dalam kehamilan harus diobati karena perdarahan dalam batas-batas normal dapat membahayakan penderita yang sudah anemia. Kadar fibrinogen perlu diperiksa pada perdarahan yang banyak, kematian janin dalam uterus dan solusio plasenta. Apabila sebelumnya penderita sudah mengalami perdarahan postpartum, persalinan harus berlangsung di rumah sakit. Di rumah sakit diperiksa keadaan fisik, keadaan umum, kadar Hb, golongan darah dan bila mungkin tersedia donor darah. Sambil mengawasi persalinan, dipersiapkan keperluan untuk infus dan obat-obatan penguat rahim (uterus tonikum). Setelah ketuban pecah kepala janin mulai membuka vulva, infus dipasang dan sewaktu bayi lahir diberikan ampul methergin atau kombinasi 5 satuan sintosinon (sintometrin intravena) (Serri H, 2012).

Dalam kala III uterus jangan dipijat dan didorong ke bawah sebelum plasenta lepas dari dindingnya. Penggunaan oksitosin sangat penting untuk mencegah perdarahan postpartum. Sepuluh satuan oksitosin diberikan intramuskulus(IM) segera setelah anak lahir untuk mempercepat pelepasan plasenta (Serri H, 2012).

### **9. Penatalaksanaan Haemorrhagic Post Partum (HPP)**

Penatalaksanaan yang tepat untuk pendarahan post partum adalah :

### **1. Penanganan awal**

- a. Menemukan terlebih dahulu penyebab perdarahan tersebut, sehingga petugas kesehatan dapat memberikan tindakan yang tepat untuk menangani/menghentikan pendarahan yang terjadi
- b. Pemberian cairan infuse, berikan infuse oksitosin 20 unit dalam 500 ml IV (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) 10 tetes/menit. jika perdarahan banyak berikan infuse sampai dengan 60 tetes/menit.
- c. Pemberian oksigen tambahan
- d. Berikan transfusi darah (kalau perlu)

### **2. Penanganan khusus**

- a. Ambil darah untuk pemeriksaan Hb, Hct, golongan darah. Jika memungkinkan pemeriksaan darah lengkap.
- b. infuse iv (2 jika memungkinkan dengan menggunakan kanula atau jarum terbesar no.6 ukuran terbesar yang tersedia). dengan kecepatan 1 liter dalam 15-20 menit.
- c. berikan paling sedikit 2 liter cairan ini pada 1 jam pertama. Jumlah ini melebihi cairan yang dibutuhkan untuk mengganti kehilangan cairan yang sedang berjalan
- d. Setelah kehilangan cairan dikoreksi, pemberian cairan infuse dipertahankan dalam kecepatan 1 liter per 6-8 jam.

Catatan : infuse dengan kecepatan yang lebih tinggi mungkin dibutuhkan dalam penatalaksanaan syok akibat perdarahan. Usahakan untuk mengganti 2-3 kali lipat jumlah cairan yang diperkirakan hilang.

- e. Jika vena perifer tidak dapat dikanulasi, lakukan venous cut-down
- f. Pantau TTV (setiap 15 menit) dan darah yang hilang. Apabila kondisi pasien membaik, hati-hati agar tidak berlebihan memberikan cairan. Napas pendek dan pipi yang bengkak merupakan kemungkinan tanda kelebihan pemberian cairan.
- g. Lakukan kateterisasi kandung kemih dan pantau cairan yang masuk dan jumlah urin yang keluar. Produksi urin harus diukur dan di catat.
- h. Tranfusi sesegara mungkin untuk mengganti kehilangan darah bila  $<8$  g%.
- i. Nilai ulang keadaan ibu dalam waktu 20-30 menit setelah pemberian cairan, nilai ulang keadaan ibu tersebut untuk melihat tanda-tanda perbaikan
- j. Tanda – tanda bahwa kondisi pasien sudah stabil atau ada perbaikan sebagai berikut :
  1. Tekanan darah mulai naik, sistolik mencapai 100 mmHg
  2. denyut jantung stabil
  3. Kondisi mental pasien membaik, ekspresi ketakutan berkurang
  4. Produksi urin bertambah, diharapkan produksi urin paling sedikit 100 ml/4 jam atau 30 ml/jam (Serri H, 2012).

### **2.1.2 Konsep syok**

#### **1. Definisi**

Berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa (SDKI, 2016).

Istilah syok digunakan untuk menggambarkan suatu keadaan klinis yang akut pada seorang penderita, yang bersumber pada berkurangnya perfusi jaringan dengan darah, akibat gangguan pada sirkulasi mikro. Gangguan pada sirkulasi mikro disebabkan oleh hipotensi yang terjadi karena adanya disparitas antara volume darah yang beredar dan kapasitas daerah vaskuler. Kekurangan dalam perfusi jaringan mengakibatkan berkurangnya persediaan oksigen dan zat-zat makanan yang dibutuhkan sel-sel dengan akibat berkurangnya ekskresi karbondioksida dan metabolit-metabolit yang harus dikeluarkan dari jaringan (Sarwono, 2014)

## **2. Klasifikasi syok**

### **a. Syok Hypovolemik**

#### 1) Pengertian

Syok hipovolemik merujuk keada suatu keadaan di mana terjadi kehilangan cairan tubuh dengan cepat sehingga terjadinya multiple organ failure akibat perfusi yang tidak adekuat. Syok hipovolemik ini paling sering timbul setelah terjadi perdarahan hebat (syok hemoragik). Perdarahan eksternal akut akibat trauma tembus dan perdarahan hebat akibat kelianan gastrointestinal merupakan 2 penyebab syok hemoragik yang paling sering ditemukan. Syok hemoragik juga bisa terjadi akibat perdarahan internal akut ke dalam rongga toraks dan rongga abdomen

#### 2) Penyebab

- a) Haemoragik
- b) Trauma
- c) Luka bakar
- d) Muntah hebat
- e) Fistula
- f) Peritonitis
- g) Diare yang berlebih

## **b. Syok hemoragik**

### 1) Pengertian

Syok hemoragik atau syok perdarahan adalah suatu kondisi akut yang mengancam kehidupan pasien yang membutuhkan penanganan segera dan intensif untuk menyelamatkan jiwa pasien. Dalam kondisi syok, volume darah relative berkurang secara akut sebagai akibat kegagalan system sirkulasi darah menyeluruh. Syok akibat perdarahan ini timbul setelah kehilangan darah yang banyak, terutama jika perdarahan terjadi berulang-ulang.

### 2) Klasifikasi syok hemoragik

#### a) Syok ringan

- (1) Terjadi bila perdarahan < 20% volume darah
- (2) Timbul penurunan fungsi jaringan dan organ non vital
- (3) Tidak terjadi perubahan kesadaran
- (4) Volume urine normal atau berkurang sedikit

#### b) Syok sedang

- (1) Telah terjadi penurunan perfusi jaringan pada organ hati ,usus,ginjal
- (2) Timbul oliguria (urine <0,5 ml/kg BB/jam)
- (3) Terjadi osidosis metabolic
- (4) Kesadaran masih baik

#### c) Syok berat

- (1) Penurunan perfusi pada jaringan otak dan jantung
- (2) Terjadi anuria
- (3) Penurunan kesadaran (delirium,stupor,koma)
- (4) Terjadi gejala hipoksia jantung (EKG anormal,nadi jantung menurun)
- (5) Perdarahan >50% volume darah menimbulkan henti jantung
- (6) Tekanan darah cepat menurun dan koma
- (7) Nadi tidak teraba

### 3) Tanda dan gejala

- a) Nadi cepat dan lemah ( > 110 kali per menit)

- b) Tekanan darah rendah (sistolik <90 MmHg)
- c) Pucat, tampak jelas pada bagian konjungtiva , telapak tangan dan sekitar mulut
- d) Berkeringat kulit terasa dingin dan lembab
- e) Pernafasan cepat, frekuensi pernafasan > 30 kali per menit
- f) Tampak takut, gelisah, bingung, kesadaran menurun sampai tidak sadar
- g) Urine sedikit (<30ml/jam).

4) Penanganan awal syok hemoragik

- a) Tindakan umum  
Periksa tanda-tanda vital, harus diyakini bahwa jalan nafas tidak tersumbat dan jagalah agar kondisi badan pasien tetap hangat.
- b) Posisi pasien:baringkan terlentang dan dengan kaki ditinggikan.
- c) Bebaskan dan pelihara jalan napas : tidur tanpa bantal.
- d) Berikan oksigen : pastikan bahwa jalan nafas bebas dan oksigen diberikan dalam kecepatan 5-10 liter per menit melalui sungkup muka.
- e) Pemberian cairan intravena : kehilangan cairan harus segera dikoreksi, hendaknya jumlah pemberian cairan intravena yang diberikan disesuaikan jam demi jam, berdasarkan tekanan darah dan produksi urine.
- f) Pemberian transfuse darah: mengganti darah yang hilang dengan transfuse darah sebanyak jumlah perdarahan merupakan terapi yang efektif pada syok hemoragik. Sebelumnya dilakukan pemeriksaan golongan darah dan *cross match* ,Hb, dan Ht, jika memungkinkan pemeriksaan darah lengkap termasuk trombosit,ureum, dan kreatinin untuk menilai fungsi ginjal , pH darah dan elektrolit.

**c. Syok septik**

1) **Pengertian**

Syok septik adalah bentuk paling umum syok distributif dan disebabkan oleh infeksi yang menyebar luas. Insiden syok septik dapat dikurangi dengan melakukan praktik pengendalian infeksi, melakukan teknik aseptik yang cermat, melakukan debridemen luka ntuk membuang

jarinan nekrotik, pemeliharaan dan pembersihan peralatan secara tepat dan mencuci tangan secara menyeluruh

## 2) Etiologi

Mikroorganisme penyebab syok septik adalah bakteri gram negatif. Ketika mikroorganisme menyerang jaringan tubuh, pasien akan menunjukkan suatu respon imun. Respon imun ini membangkitkan aktivasi berbagai mediator kimiawi yang mempunyai berbagai efek yang mengarah pada syok. Peningkatan permeabilitas kapiler, yang mengarah pada perembesan cairan dari kapiler dan vasodilatasi adalah dua efek tersebut.

## 3) Tanda dan Gejala

Sepsis merupakan respon sistemik terhadap bakteriemia. Pada saat bakteriemia menyebabkan perubahan dalam sirkulasi menimbulkan penurunan perfusi jaringan dan terjadi shock sepsis. Sekitar 40% pasien sepsis disebabkan oleh mikroorganisme gram-positive dan 60% disebabkan mikroorganisme gram-negative. Pada orang dewasa infeksi saluran kencing merupakan sumber utama terjadinya infeksi. Di rumah sakit kemungkinan sumber infeksi adalah luka dan kateter atau kateter intravena. Organisme yang paling sering menyebabkan sepsis adalah staphylococcus aureus dan pseudomonas sp. Pasien dengan sepsis dan shock sepsis merupakan penyakit akut. Pengkajian dan pengobatan sangat diperlukan. Pasien dapat meninggal karena sepsis. Gejala umum adalah:

- a) Demam tinggi  $>38^{\circ}\text{C}$  disertai menggigil
- b) Berkeringat
- c) Sakit kepala
- d) Nyeri otot
- e) Leukositosis, leukopenia, trombositopenia

## d. Syock anafilaktik

### 1) Pengertian

Syok anafilaktik adalah reaksi anafilaksis yang disertai hipotensi dengan atau tanpa penurunan kesadaran. Reaksi Anafilaktoid adalah suatu

reaksi anafilaksis yang terjadi tanpa melibatkan antigen-antibodi kompleks. Karena kemiripan gejala dan tanda biasanya diterapi sebagai anafilaksis.

Syock anafilaktik disebabkan oleh reaksi alergi ketika pasien yang sebelumnya sudah membentuk anti bodi terhadap benda asing (anti gen) mengalami reaksi anti gen- anti bodi sistemik

## 2) **Patofisiologi**

Mekanisme anafilaksis melalui beberapa fase :

- a) Fase Sensitisasi Yaitu waktu yang dibutuhkan untuk pembentukan Ig E sampai diikatnya oleh reseptor spesifik pada permukaan mastosit dan basofil. Alergen yang masuk lewat kulit, mukosa, saluran nafas atau saluran makan di tangkap oleh Makrofag.

Makrofag segera mempresen-tasikan antigen tersebut kepada Limfosit T, dimana ia akan mensekresikan sitokin (IL-4, IL-13) yang menginduksi Limfosit B berproliferasi menjadi sel Plasma (Plasmosit).Sel plasma memproduksi Immunoglobulin E (Ig E) spesifik untuk antigen tersebut. Ig E ini kemudian terikat pada receptor permukaan sel Mast (Mastosit) dan basofil.

- b) Fase Aktivasi Yaitu waktu selama terjadinya pemaparan ulang dengan antigen yang sama. Mastosit dan Basofil melepaskan isinya yang berupa granula yang menimbulkan reaksi pada paparan ulang . Pada kesempatan lain masuk alergen yang sama ke dalam tubuh. Alergen yang sama tadi akan diikat oleh Ig E spesifik dan memicu terjadinya reaksi segera yaitu pelepasan mediator vasoaktif antara lain histamin, serotonin, bradikinin dan beberapa bahan vasoaktif lain dari granula yang di sebut dengan istilah Preformed mediators. Ikatan antigen-antibodi merangsang degradasi asam arakidonat dari membran sel yang akan menghasilkan Leukotrien (LT) dan Prostaglandin (PG) yang terjadi beberapa waktu setelah degranulasi yang disebut Newly formed mediators. Fase Efektor Adalah waktu terjadinya respon yang kompleks (anafilaksis) sebagai efek mediator yang dilepas mastosit atau basofil dengan aktivitas farmakologik pada organ organ tertentu. Histamin memberikan efek bronkokonstriksi,

meningkatkan permeabilitas kapiler yang nantinya menyebabkan edema, sekresi mukus dan vasodilatasi. Serotonin meningkatkan permeabilitas vaskuler dan Bradikinin menyebabkan kontraksi otot polos. Platelet activating factor (PAF) berefek bronchospasme dan meningkatkan permeabilitas vaskuler, agregasi dan aktivasi trombosit. Beberapa faktor kemotaktik menarik eosinofil dan neutrofil. Prostaglandin yang dihasilkan menyebabkan bronchokonstriksi, demikian juga dengan Leukotrien.

#### e. Syock Neurogenik

##### 1) Pengertian

Syok neurogenik disebut juga syok spinal merupakan bentuk dari syok distributif, Syok neurogenik terjadi akibat kegagalan pusat vasomotor karena hilangnya tonus pembuluh darah secara mendadak di seluruh tubuh. sehingga terjadi hipotensi dan penimbunan darah pada pembuluh tampung (*capacitance vessels*). Hasil dari perubahan resistensi pembuluh darah sistemik ini diakibatkan oleh cedera pada sistem saraf (seperti: trauma kepala, cedera spinal, atau anestesi umum yang dalam).

Syok neurogenik juga disebut sinkop. Syok neurogenik terjadi karena reaksi vasovagal berlebihan yang mengakibatkan terjadinya vasodilatasi menyeluruh di daerah splanchnikus sehingga aliran darah ke otak berkurang. Reaksi vasovagal umumnya disebabkan oleh suhu lingkungan yang panas, terkejut, takut, atau nyeri hebat. Pasien merasa pusing dan biasanya jatuh pingsan. Setelah pasien dibaringkan, umumnya keadaan berubah menjadi baik kembali secara spontan. Trauma kepala yang terisolasi tidak akan menyebabkan syok. Adanya syok pada trauma kepala harus dicari penyebab yang lain. Trauma pada medula spinalis akan menyebabkan hipotensi akibat hilangnya tonus simpatis. Gambaran klasik dari syok neurogenik adalah hipotensi tanpa takikardi atau vasokonstriksi perifer.

##### 2) Etiologi

- a) Trauma medula spinalis dengan quadriplegia atau paraplegia (syok spinal).
- b) Rangsangan hebat yang kurang menyenangkan seperti rasa nyeri hebat pada fraktur tulang.

- c) Rangsangan pada medula spinalis seperti penggunaan obat anestesi spinal/lumbal.
- d) Trauma kepala (terdapat gangguan pada pusat otonom).
- e) Suhu lingkungan yang panas, terkejut, takut.

### 3) Manifestasi Klinis

Hampir sama dengan syok pada umumnya tetapi pada syok neurogenik terdapat tanda tekanan darah turun, nadi tidak bertambah cepat, bahkan dapat lebih lambat (bradikardi) kadang disertai dengan adanya defisit neurologis berupa quadriplegia atau paraplegia . Sedangkan pada keadaan lanjut, sesudah pasien menjadi tidak sadar, barulah nadi bertambah cepat. Karena terjadinya pengumpulan darah di dalam arteriol, kapiler dan vena, maka kulit terasa agak hangat dan cepat berwarna kemerahan.

## f. Syok Kardiogenik

### 1) Pengertian

Syok kardiogenik disebabkan oleh kegagalan fungsi pompa jantung yang mengakibatkan curah jantung menjadi berkurang atau berhenti sama sekali. Syok kardiogenik didefinisikan sebagai adanya tanda-tanda hipoperfusi jaringan yang diakibatkan oleh gagal jantung rendah preload dikoreksi. Tidak ada definisi yang jelas dari parameter hemodinamik, akan tetapi syok kardiogenik biasanya ditandai dengan penurunan tekanan darah (sistolik kurang dari 90 mmHg, atau berkurangnya tekanan arteri rata-rata lebih dari 30 mmHg) dan atau penurunan pengeluaran urin (kurang dari 0,5 ml/kg/jam) dengan laju nadi lebih dari 60 kali per menit dengan atau tanpa adanya kongesti organ. Tidak ada batas yang jelas antara sindrom curah jantung rendah dengan syok kardiogenik.

Syok kardiogenik merupakan stadium akhir disfungsi ventrikel kiri atau gagal jantung kongestif, terjadi bila ventrikel kiri mengalami kerusakan yang luas. Otot jantung kehilangan kekuatan kontraktilitasnya, menimbulkan penurunan curah jantung dengan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung, otak, ginjal). Derajat syok sebanding dengan disfungsi ventrikel kiri. Meskipun syok kardiogenik biasanya sering terjadi sebagai komplikasi

MI, namun bisa juga terjadi pada tamponade jantung, emboli paru, kardiomiopati dan disritmia. (Brunner & Suddarth, 2001)

## 2) Etiologi

Penyebab syok kardiogenik mempunyai etiologi koroner dan non koroner. *Koroner*, disebabkan oleh infark miokardium, Sedangkan *Non-koroner* disebabkan oleh kardiomiopati, kerusakan katup, tamponade jantung, dan disritmia.

- a) Penyakit jantung iskemik (IHD)
- b) Obat-obatan yang mendepresi jantung
- c) Gangguan Irama Jantung.

## 3) Manifestasi Klinis

Syok kardiogenik ditandai oleh gangguan fungsi ventrikel kiri yang mengakibatkan gangguan mengakibatkan gangguan fungsi ventrikel kiri yaitu mengakibatkan gangguan berat pada perfusi jaringan dan penghantaran oksigen ke jaringan yang khas pada syok kardiogenik yang disebabkan oleh infark miokardium akut adalah hilangnya 40% atau lebih jaringan otot pada ventrikel kiri dan nekrosis focal di seluruh ventrikel karena ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen miokardium. Gambaran klinis gagal jantung kiri :

- a) Sesak napas dyspnea on effort, paroxymal nocturnal dyspnea
- b) Pernapasan cheyne stokes
- c) Batuk-batuk
- d) Sianosis
- e) Suara serak
- f) Ronchi basah, halus tidak nyaring di daerah basal paru hydrothorax
- g) Kelainan jantung seperti pembesaran jantung, irama gallop, tachycardia
- h) BMR mungkin naik
- i) Kelainan pada foto rontgen

## 4) Pemeriksaan Diagnostik

- a) Electrocardiogram (ECG)
- b) Sonogram

- c) Scan jantung
- d) Kateterisasi jantung
- e) Rontgen dada
- f) Enzim hepar
- g) Elektrolit oksimetri nadi
- h) AGD
- i) Kreatinin
- j) Albumin / transforin serum
- k) HSD

### **2.1.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan mengumpulkan data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan di ketahui berbagai masalah yang ada.pengkajian juga harus di lakukan dengan teliti karena dengan pengkajian dapat menentukan diagnosa. (A.Aziz dan Musrifatul 2012)

#### **2. Diagnosis Keperawatan**

Merupakan dimana terjadi proses pengambilan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial (A.Aziz dan Musrifatul 2012).

#### **3. Intervensi Keperawatan**

Merupakan suatu proses menyusun berbagai perencanaan keperawatan yang di butuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat di laksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap di antaranya penentuan prioritas diagnosis, penentua tujuan,

hasil yang di harapkan, dan penentuan rencana tindakan (A.Aziz dan Musrifatul 2012).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Jenis tindakan keperawatan mandiri atau dikenal dengan tindakan independent, dan tindakan kolaborasi atau dikenal dengan tindakan interdependent (A.Aziz dan Musrifatul 2012).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil (A.Aziz dan Musrifatul 2012).

### **2.1.4 Penerapan Asuhan Keperawatan Haemoragic Post Partum (HPP)**

#### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Menurut ( Doenges, 2009) adapun hal-

hal yang perlu dikaji sebagai berikut :

a. Anamnesa

4) Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, suku bangsa, pendidikan ,alamat agama, status perkawinan, no.register, tanggal MRS. Pada klien perdarahan post partum biasanya terjadi pada usia <20 tahun atau >35 tahun

5) 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.

6) Riwayat kesehatan

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

7) Riwayat kehamilan,persalinan,dan nifas yang lalu

Riwayat ini dikaji untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada saat yang lalu sebagai tindakan anstipasi dalam perawatan saat ini.

b. Pemeriksaan fisik

8) Aktivitas/istirahat

Melaporkan kelelahan berlebih

9) Sirkulasi

- a) Kehilangan darah pada kelahiran umumnya 400-500 (kelahiran per vagina) , kehilangan darah 600-800 ml (kelahiran seksio caesarea).
- b) Riwayat anemia kronis, defek koagulasi kongenital/incidental, idiopatik, trombositopenia purpura.
- c) Perubahan tekanan darah dan nadi ( mungkin tidak terjadi sampai kehilangan darah bermakna).
- d) Perlambatan pengisian kapiler.
- e) Pucat, kulit dingin/lembap.
- f) Perdarahan vena gelap dari uterus ada secara eksternal (plasenta tertahan).
- g) Dapat mengalami perdarahan pervaginam berlebihan, rembesan dari insisi caesarea atau episiotomi, seperti: rembesan kateter intravena, injeksi intramuskular, atau kateter urinarius, perdarahan gusi (tanda-tanda koagulasi intravascular diseminata).
- h) Hemoragi berat atau gejala syok di luar proporsi jumlah kehilangan darah (inversi uterus).

#### 10) Integritas ego

Mungkin cemas, ketakutan, khawatir.

#### 11) Eleminasi

Kesulitan berkemih dapat menunjukkan hematoma dari porsi vagina.

#### 12) Seksualitas

- a) Persalinan mungkin lama/ diaugmentasi atau diinduksi, mendadak/traumatic, penggunaan forseps, anestesia 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), beku-bekuan besar dikeluarkan dari massase uterus (atonia uterus)
- f) Fundus uterus terinversi mendekat pada kontak, atau menonjol melalui os eksternal (inversi uterus)
- g) Kehamilan baru dapat mempengaruhi overdistensi uterus (gestasi multiple, polihidramnion, makrosomia), abrupsi plasenta, plasenta previa.
- h) Tinggi fundus atau badan uterus gagal kembali pada ukuran dan fungsi sebelum kehamilan (subinvolusi<sup>2</sup>)

### 13) Nyeri/ ketidaknyamanan

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

### c. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, hematocrit, chithing time,dan

bleeding time

- 2) Golongan darah : untuk menentukan Rh,ABO,dan percocokan silang
- 3) Urinalisis : untuk memastikan kerusakan kandung kemih
- 4) Kultur uterus dan vagina : untuk mengesampingkan infeksi pasca persalinan
- 5) Ultrasonografi : untuk menentukan adanya jaringan plasenta yang tertahan

## 2. Diagnosa keperawatan

1. Resiko syok berhubungan dengan perdarahan post partum
2. Perfusi jaringan tidak adekuat berhubungan dengan perdarahan aktif
3. Ansietas berhubungan dengan stressor fisiologis atau psikologis

## 3. Intervensi

**Diagnosa keperawatan** : Resiko syok berhubungan dengan perdarah post partum

### a. Definisi

Pada buku SDKI (2016) mendefinisikan resiko syok akan berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

### b. Faktor resiko

1. Hipoksemia
2. Hipoksia
3. Hipotensi
4. Kekurangan volume cairan

5. Sepsis
  6. Sindrom respons inflamasi sistemik (system inflammatory response syndrome {SIRS} )
- c. Kondisi klinis terkait
1. Perdarahan
  2. Trauma multiple
  3. Pneumothoraks
  4. Infark miokard
  5. Kardiomiopati
  6. Cedera medulla spinalis
  7. Anafilaksis
  8. Sepsis
  9. Koagulasi intravaskuler diseminata
  10. Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome {SIRS} )

**Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam syok teratasi dan tidak terulang

**Kriteria hasil**

- a. Nadi dalam batas normal (60-100x/menit)
- b. Frekuensi nafas dalam batas normal (18-20x/mnt)
- c. Tekanan darah dalam batas normal (Sistol : 100-140 MmHg , Diastol : 60-90 MmHg)

- d. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal
- e. Akral hangat

**Intervensi :**

- a. Kaji dan catat jumlah, tipe, dan sisi perdarahan; timbang dan hitung pembalut ; simpan bekuan dan jaringan untuk dievaluasi oleh dokter.

Rasional : perkiraan kehilangan darah ,arterial, versus vena, dan adanya bekuan-bekuan membantu membuat diagnose banding dan menentukan kebutuhan penggantian.

- b. Kaji lokasi uterus dan derajat kontraktilitas uterus. Dengan perlahan 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 simpisis pubis mencegah kemungkinan inversi uterus selama masase.

- c. Perhatikan hipotensi atau takikardi, perlambatan pengisian kapiler atau sianosis dasar kuku, membrane mukosa dan bibir.

Rasional : tanda-tanda ini menunjukkan hipovolemik dan terjadinya syok perubahan pada tekanan darah tidak dapat dideteksi sampai volume cairan telah menurun samapi 30%-50%.

- d. Lakukan tirah baring dengan kaki ditinggikan 20-30 derajat.

Rasional : perdarahan dapat menurunkan dan menghentikan reduksi aktivitas. Pengubahan posisi yang tepat meningkatkan aliran balik vena,

menjamin persediaan darah ke otak dan organ vital lainnya lebih besar.

- e. Pantau masukan dan halauran; perhatikan berat jenis urine.

Rasional : bermanfaat dalam memperkirakan luas/signifikasi kehilangan cairan. Volume perfusi/sirkulasi adekuat ditunjukkan dengan haluaran 30-50 ml/jam atau lebih besar.

- f. Berikan lingkungan yang tenang dan dukungan psikologis.

Rasional : meningkatkan relaksasi;menurunkan ansietas dan kebutuhan metabolic.

- g. Kaji terhadap nyeri perineal menetap atau perasaan penuh pada vagina.

Rasional : hematoma sering merupakan akibat dari perdarahan lanjutan pada laserasi jalan lahir.

- h. Kolaborasi dengan tim medis meliputi: memasang infus 1 atau 2 iv dari cairan isotinik atau elektolit, obat-obatan sesuai indikasi (oksitosin, $MgSO_4$ ,antibiotik), pemeriksaan laboratorium (Hb,Ht,trombosit, fibrinogen dan APTT), pemasangan kateter indwelling.

Rasional : perlu infus cepat untuk meningkatkan volume sirkulasi dan mencegah bekuan; meningkatkan kontraksi myometrium dan menghentikan *haemorigic* pada adanya atonia dan untuk mencegah mencegah infeksi; membantu dalam menentukan jumlah kehilangan darah, setiap ml darah membawa 0,5 mgHb; memberikan pengkajian lebih akurat terhadap fungsi ginjal dan perfusi relative volume cairan.

#### **4. Implementasi**

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Jenis tindakan keperawatan mandiri atau dikenal dengan tindakan independent, dan tindakan kolaborasi atau dikenal dengan tindakan interdependent (Nikmatur R, 2016).

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan menggunakan catatan perkembangan dalam metode sebagai berikut :

##### **S : Data Subjektif**

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

##### **O : Data Objektif**

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

##### **A : Analisis**

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif

**P : Planning**

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya ( Nikmatur R, 2016).

