

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian Haemorrhagic Post Partum

Hemoragic post partum (perdarahan pasca persalinan) adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. 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,2010).

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, yaitu :

1. *Haemorrhagic post partum* awal atau primer yaitu perdarahan setelah bayi lahir dan terjadi dalam 24 jam pertama post partum
2. *Haemorrhagic post partum* lambat atau sekunder yaitu perdarahan setelah 24 jam pertama persalinan (Mitayani,2012).

2.1.2 Etiologi

Penyebab *hemoragic post partum* dibedakan atas:

1. Perdarahan dari tempat implantasi plasenta.
 - a. Hipotoni sampai atonia uteri.

- 1) Akibat anestesi
 - 2) Distensi berlebihan (gemili, anak besar, hidramnion).
 - 3) Partus lama, partus kaseppartus presipitatus/partus terlalu cepat.
 - 4) Persalinan karena oksitoksin
 - 5) Multiparitas.
 - 6) Karioamnionitis.
 - 7) Pernah atonia sebelumnya.
- b. Sisa plasenta
- 1) Selaput ketuban tersisa.
 - 2) Plasenta sumenturiata.
 - 3) Plasenta akreta, inkreta, perkreta
2. Perdarahan karena robekan
- a. Episiotomi yang melebar.
 - b. Robekan pada perineum, vagina, serviks.
 - c. Ruptura uteri
3. Gangguan koagulasi
- Jarang terjadi tetapi bisa memperburuk keadaan di atas, misalnya pada kasus trombofilia, preeklamsi, solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan dan emboli air ketuban.

2.1.3 Klasifikasi

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 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).

2.1.4 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. Insisi uterus lain.
8. Post-seksio caesarea.

Pada post sectio caesarea perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri. Pada atonia uteri di perkirakan karena anestesia yang menyebabkan relaksasi uterus. Persalinan buatan mengakibatkan otot uterus dipaksa untuk segera mengeluarkan buah kehamilan dengan segera sehingga pada pasca persalinan menjadi lelah dan lemah untuk berkontraksi.

9. Atonia uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plsenta lahir (Sarwono,2010).

10. Robekan jalan lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan 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 forseps atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi (Sarwono,2010).

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,2010).

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,2010).

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 akan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan dari gusi, rongga hidung dn lain-lain (Sarwono,2010).

2.1.5 Tanda klinis

Manifestasi klinis yang biasa ditemukan pada *hemoragic post partum* adalah :

1. Kehilangan darah dalam jumlah yang banyak (lebih dari 500 ml).
2. Nadi lemah.
3. Tekanan darah rendah.
4. Tampak pucat.
5. Ekstrimitas teraba dingin.
6. Lokia berwarna merah.
7. Pusing, gelisah, mual.
8. Syok hipovolemik.

(Serri Hutahaean,2009).

2.1.6 Penatalaksanaan Perdarahan Post Partum

Penatalaksanaan yang tepat untuk perdarahan post partum adalah:

1. Menemukan terlebih dahulu penyebab perdarahan tersebut, sehingga petugas kesehatan dapat memberikan tindakan yang tepat untuk menangani/ menghentikan perdarahan yang terjadi.
2. Pemberian cairan infus
3. Berikan tranfusi darah (kalau perlu)

(Serri Hutahean,2009).

Pada perdarahan yang timbul setelah janin lahir, dilakukan upaya penghentian perdarahan secepat mungkin dan mengatasi akibat perdarahan. Pada perdarahan yang disebabkan atonia uteri penatalaksanaannya adalah dilakukan masase rahim dan bersihkan semua gumpalan darah atau membran yang mungkin berada didalam mulut uterus atau didalam uterus dan suntikan ergometrin kedalam pembuluh balik. Bila tidak memberi hasil yang diharapkan dalam waktu singkat, dilakukan kompresi bimanual pada rahim. Bila perlu dilakukan temponade uteru vaginal, yaitu dimasukkan tampon kasa kedalam rahim sampai rongga rahim terisi penuh (Anik muryanani,2009).

2.1.7 Pencegahan

Pencegahan yang tepat untuk menghindari/meminimalkan terjadinya *hemoragic post partum* adalah :

1. Selama masa kehamilan, perlu di perhatikan keadaan ibu,apakah anemis atau tidak (awasi hemoglobin)
2. Anjurkan ibu dengan pemberian gizi yang baik, termasuk pemberian zat besi atau vitamin-vitamin.
3. Proses persalinan sebaiknya dilakukan di rumah sakit, kalau ibu ada riwayat perdarahan sebelumnya.
4. Hindari memijat atau mendorong uterus saat pengeluaran plasenta (sebelum plasenta lepas) (Serri Hutahaeen,2009).

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi *hemoragic post partum* ada dua yakni segera atau tertunda. Syok Hemoragik (hipovolemik) dan kematian dapat terjadi akibat

perdarahan yang tiba-tiba dan perdarahan berlebihan. Komplikasi yang tertunda, yang timbul akibat *hemoragic post partum*, mencakup anemia, infeksi puerperal, dan tromboembolisme (Bobak,2005).

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan pada *hemoragic post partum* adalah :

1. Pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, hematokrit, chithing time, bleeding time (biasanya terjadi penurunan Hb/Ht)
2. Kultur uterus dan vagina : untuk mengetahui infeksi paska persalinan (biasanya terjadi peningkatan leokosit/sel darah putih).
3. Ultrasonografi : untuk mengetahui penyebab perdarahan,apakah karena adanya plasenta yang tertahan dalam uterus atau tidak (Serri Hutahaeen,2009).

2.1.10 Perubahan-perubahan pada masa nifas

Perubahan- perubahan yang terjadi pada masa nifas yaitu :

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

Involusi uteri adalah proses uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Pada saat bayi lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat dan berat uterusnya 1000 gram, uri lahir tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat 750 gram, 1 minggu kemudian tidak teraba di atas simpisis 500 gram, 6 minggu tinggi fundus uteri normal 50 gram dan pada

minggu ke 8 tinggi fundus uteri normal tetapi sebelum hamil berat uterusnya 30 gram.

b. Lokhea

Lokhea adalah cairan yang keluar dari liang vagina pada masa nifas. Cairan ini dapat berupa darah atau sisa lapisan rahim.

Berikut ini adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada wanita masa nifas :

1) Lokia rubra (cruenta)

Berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.

2) Lokia sanguilenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

3) Lokia serosa

Lokia ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.

4) Lokia alba

Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim. Dimulai dari hari ke 14 sampai satu atau dua minggu berikutnya.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenarasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta.

d. Serviks

Segera setelah berakhirnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur dan terkulai. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat 4 minggu post partum.

e. Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis.

f. Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. 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.

2. 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.

d. Pernafasan

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum.

3. 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.

4. Perubahan dinding abdomen

Striae abdomen tidak dapat dihilangkan secara sempurna tetapi dapat berubah menjadi garis putih-keperakan yang halus setelah periode beberapa bulan.

5. Perubahan sistem perkemihan/sistem renal

Pelvis renalis dan ureter yang meregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal pada akhir minggu ke empat pascapartum.

6. Perubahan sistem pencernaan/sistem gastrointestinal

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

7. 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 (Siti Saleha,2009).

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 tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan.

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 Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola Persepsi Kesehatan

Menanyakan apakah klien sudah mengetahui tentang perdarahan post partum dan sudah pernah mendengar tentang hal itu.

2) Pola Nutrisi Metabolik

Perhatikan pola menu makanan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan (Kalori, protein, vitamin, tinggi serat), frekuensi, konsumsi snack (makanan ringan), nafsu makan, pola minum, jumlah. makan dan minum pada masa nifas harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

3) Pola eliminasi

Perhatikan apakah terjadi diuresis, setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya involunter pengeluaran urin), hilangnya kontrol blass, terjadi over distensi blass atau tidak atau retensi urine karena rasa

takut luka episiotomi, apakah perlu bantuan saat BAK. Pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet. BAB harus ada 3-4 hari post partum sedangkan miksi hendaklah secepatnya dilakukan sendiri (*Rustam Mukthar, 1995*)

4) Pola Aktivitas Latihan

Lihat kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri dan melakukan eliminasi, kemampuan bekerja dan menyusui.

5) Pola Istirahat dan tidur

Seberapa lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu atau remang-remang atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suara-suara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum).

6) Pola Kognitif dan perseptual

Biasanya pada pola ini klien tidak mengalami gangguan, karena klien masih dapat berkomunikasi.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Sikap penerimaan ibu terhadap tubuhnya, keinginan ibu menyusui, persepsi ibu tentang tubuhnya terutama perubahan-perubahan selama kehamilan, perasaan klien bila mengalami operasi SC karena CPD atau karena bentuk tubuh yang pendek.

8) Pola Peran dan hubungan

Peran klien sebagai ibu biasanya akan terganggu. Karena penyakit yang dideritanya. Begitu juga hubungannya dengan orang lain disekitarnya.

9) Pola seksual reproduksi

Bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi frekuensi koitus atau hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan seks, kontinuitas hubungan seksual. Pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan intercourse pasca partum (dapat dilakukan setelah luka episiotomy membaik dan lochia terhenti, biasanya pada akhir minggu ke 3).

10) Pola coping dan toleransi stress

Perubahan peran, respon keluarga, yang bervariasi dapat menjadi pendukung berkurang rasa sakit atau nyeri yang dialami pasien.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Tanyakan pada klien tentang nilai dan kepercayaan yang diyakininya. Ini sering kali berpengaruh terhadap intervensi yang akan kita berikan nantinya.

2.3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Kepala : tidak terdapat benjolan, kulit kepala, warna rambut.
2. Mata : sclera icterus atau tidak, konjungtiva 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 tyroid.
7. Dada dan payudara : simetris atau tidak, ada kelainan atau tidak pada jantung dan paru, hiperpigmentasi pada areola mama atau puting susu

menonjol atau tidak, colostrum keluar atau tidak, terdapat pembasaran 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 pervagina berapa cc, adakah luka perineum ada atau tidak.
10. Ekstremitas : akral dingin dan pucat, turgor kulit menurun.

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.

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) 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 tanda akhir dari hipoksia.

- 5) Berikan lingkungan yang tenang dan dukungan psikologis.

Rasional:

Meningkatkan relaksasi, menurunkan ansietas dan kebutuhan metabolik.

- 6) Kolaborasi : mulai infus 1 atau 2 I.V dari cairan isotonik atau elektrolit.

Berikan darah lengkap atau produk darah sesuai indikasi.

Rasional :

Perlu untuk infus cepat atau multipel dari cairan atau produk darah untuk meningkatkan volume sirkulasi dan mencegah pembekuan.

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 O₂.

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

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 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.

- 6) Kolaborasi : pantau GDA dan kadar pH dan berikan terapi oksigen sesuai kebutuhan.

Rasional : membantu dalam mendiagnosa derajat hipoksi jaringan dan memaksimalkan ketersediaan oksigen untuk transport sirkulasi jaringan.

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 vasodilatasi yang memudahkan resorpsi hematoma.

- 5) Kolaborasi : Berikan analgesik dan sedatif sesuai indikasi.

Rasional :

Menurunkan nyeri dan meningkatkan relaksasi.

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 :

Diagnosa 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 dilakukan 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 implikasi 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).