

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi *hemoragic post partum*

Hemoragic post partum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1000 ml setelah persalinan abdominal. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi, maka batas jumlah perdarahan disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal yang telah menyebabkan penurunan 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. Frekuensi perdarahan post partum berdasarkan laporan-laporan baik di Negara maju maupun negara berkembang angka kejadian berkisar antara 5% sampai 15%. Dari angka tersebut, diperoleh gambaran etiologi antara lain: antonia uteria (50-60 %), sisa plasenta (23-24 %), retensio plasenta (16-17 %), laserasi jalan lahir (4-5 %), kelainan darah (0,5-0,8 %) (Nugroho, 2012).

Perdarahan adalah hilangnya volume darah dari pembuluh kapiler baik mengucur maupun merembes dalam waktu yang cepat. (Purwadiato, 2010) *hemoragic post partum* merupakan kehilangan 500 ml darah atau lebih setelah kelahiran pervaginam, adalah tipe kehilangan darah berlebihan yang paling umum dan paling serius dibidang obstetri. Definisi perdarahan pascapartum yang lebih bermakna adalah kehilangan berat badan 1 % atau lebih karena 1 ml darah beratnya 1 g. *Hemoragic post partum* adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas maternal, penyebab sekitar 10 %

kematian maternal nonaborsi. Sekitar 8% seluruh kelahiran mengalami komplikasi perdarahan pascapartum (Bobak, 2005).

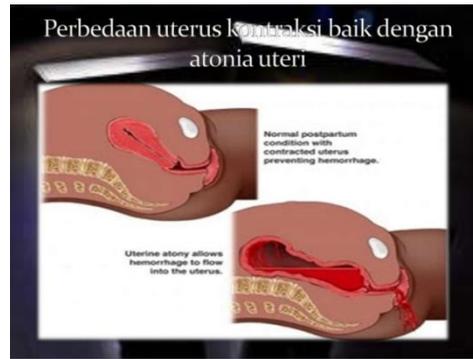
Perdarahan pasca persalinan menurut waktu terjadinya terdiri dari dua bagian yaitu :

1. perdarahan pasca persalinan primer (*early post partum hemorrhage*) yang terjadi 24 jam setelah melahirkan.
2. Perdarahan pasca persalinan sekunder (*late post partum hemorrhage*) yang terjadi antara 24 jam sampai enam minggu pasca persalinan (Ramadhani, 2011).

2.2 Etiologi *hemoragic post partum*

1. Atonia uteri

Kegagalan uterus untuk berkontraksi secara adekuat setelah kelahiran merupakan penyebab tersering perdarahan obstetris. Atonia uteri paling tidak dapat diantisipasi dengan baik jauh sebelum kelahiran. Meskipun faktor resiko diketahui dengan baik, kemampuan untuk mengidentifikasi perempuan mana yang akan mengalami antonia masih terbatas. Uterus yang mengalami distensi berlebihan rentan menjadi hipotonus setelah kelahiran. Jadi, perempuan dengan janin besar, multipel, atau hidramnion rentan mengalami atonia uterus. Perempuan persalinannya ditandai oleh aktivitas uterus yang sangat berlebihan atau hampir tidak efektif (lemah) juga beresiko mengalami perdarahan masif akibat atonia pasca partum. Serupa dengan hal tersebut, persalinan yang dimulai atau dibantu dengan oksitosik lebih berisiko diikuti oleh atonia dan perdarahan (Cunningham, 2013).



Gambar 2.1 Perbedaan kontraksi uterus yang baik dengan atonia uteri.

2. Laserasi jalan lahir

Robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forseps atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi (Purwadianto, 2010).

3. Retensio uteri

Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Hal ini disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan. Retensio plasenta merupakan etiologi tersering kedua dari perdarahan postpartum (20% - 30% kasus). Kejadian ini harus di diagnosis secara dini karena retensio plasenta sering dikaitkan dengan atonia uteri untuk diagnosis utama sehingga dapat membuat kesalahan diagnosis. Pada retensio plasenta, resiko untuk mengalami HPP 6 kali lipat pada persalinan normal (Ramadhani, 2011).

4. Solusio plasenta

Terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya sebelum kelahiran. Serta mengandung makna suatu peristiwa yang terjadi tiba-tiba, adalah ciri klinis pada sebagian besar kasus solusio plasenta. Perdarahan akibat solusio plasenta umumnya menyusup diantara membran plasenta dan uterus, dan akhirnya keluar melalui serviks, menyebabkan perdarahan eksternal. Yang lebih jarang, darah tidak berhasil keluar, tetapi tertahan diantara plasenta yang terlepas dan uterus, menyebabkan perdarahan terselubung. Solusio plasenta dapat total dan parsial. Perdarahan terselubung jauh lebih berbahaya bagi ibu dan janin. Bahaya ini timbul bukan hanya karena kemungkinan koagulopati konsumtif, tetapi juga karena banyak dan luas perdarahan tidak diketahui dengan segera, dan diagnosis umumnya terlambat (Cunningham, 2013).

5. Koagulopati

Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), sindrom defibrinasi, koagulopati defibrinasi, koagulopati konsumtif) adalah bentuk patologis pembekuan yang difus dan mengkonsumsi sejumlah besar faktor pembekuan, menyebabkan perdarahan interna/eksterna yang luas. Secara sederhana, DIC merupakan konsumsi faktor pembekuan dalam jumlah banyak (Bobak, 2005).

2.3 Manifestasi klinis *hemoragic post partum*

Tabel 2.1 penilaian klinik untuk menentukan derajat syok

Volume kehilangan darah	Tekanan darah (sistolik)	Gejala dan tanda	Derajat syok
500-1000 mL (10-15%)	Normal	Palpitasi, takikardia, pusing	Terkompensasi
1000-1500 mL (15-25%)	Penurunan ringan (80-100 mmHg)	Lemah, takikardia, berkeringat	Ringan
1500-2000 mL (25-35%)	Penurunan sedang (70-80 mmHg)	Gelisah, pucat, oliguria	Sedang
2000-3000 mL (35-50%)	Penurunan tajam (50-70 mmHg)	Pingsan, hipoksia, anuria	Berat

Tabel 2.2 Penilaian klinik untuk menentukan penyebab perdarahan postpartum

Gejala dan tanda	Penyulit	Daignosis kerja
Uterus tidak berkontraksi dan lembek. Perdarahan segera setelah anak lahir	Syok, Bekuan darah pada serviks atau posisi telentang akan menghambat aliran darah keluar.	Atonia uteri
Darah segar mengalir segera setelah bayi lahir. Uterus berkontraksi dan keras. Plasenta lengkap.	Pucat Lemah dan Menggigil	Robekan jalan lahir
Plasenta belum lahir setelah 30 menit. Perdarahan segera. Uterus berkontraksi dan keras.	Tali pusat putus akibat taksasi berlebihan Inversio akibat tarikan Perdarahan lanjutan	Retensio plasenta
Plasenta atau sebagian selaput tidak lengkap. Perdarahan segera.	Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	Retensi plasenta
Uterus tidak teraba. Lumen vagina terisi massa. Tampak tali pusat (bila plasenta belum lahir).	Neurogenik syok Pucat dan limbung	Inversio uteri
Sub-involusi uterus. Nyeri tekan perut bawah dan pada uterus. Perdarahan sekunder.	Anemia Demam	Endometritis atau sisa fragmen plasenta (terinfeksi atau tidak)

(Nugroho, 2012)

2.4 Patofisiologi *hemoragic post partum*

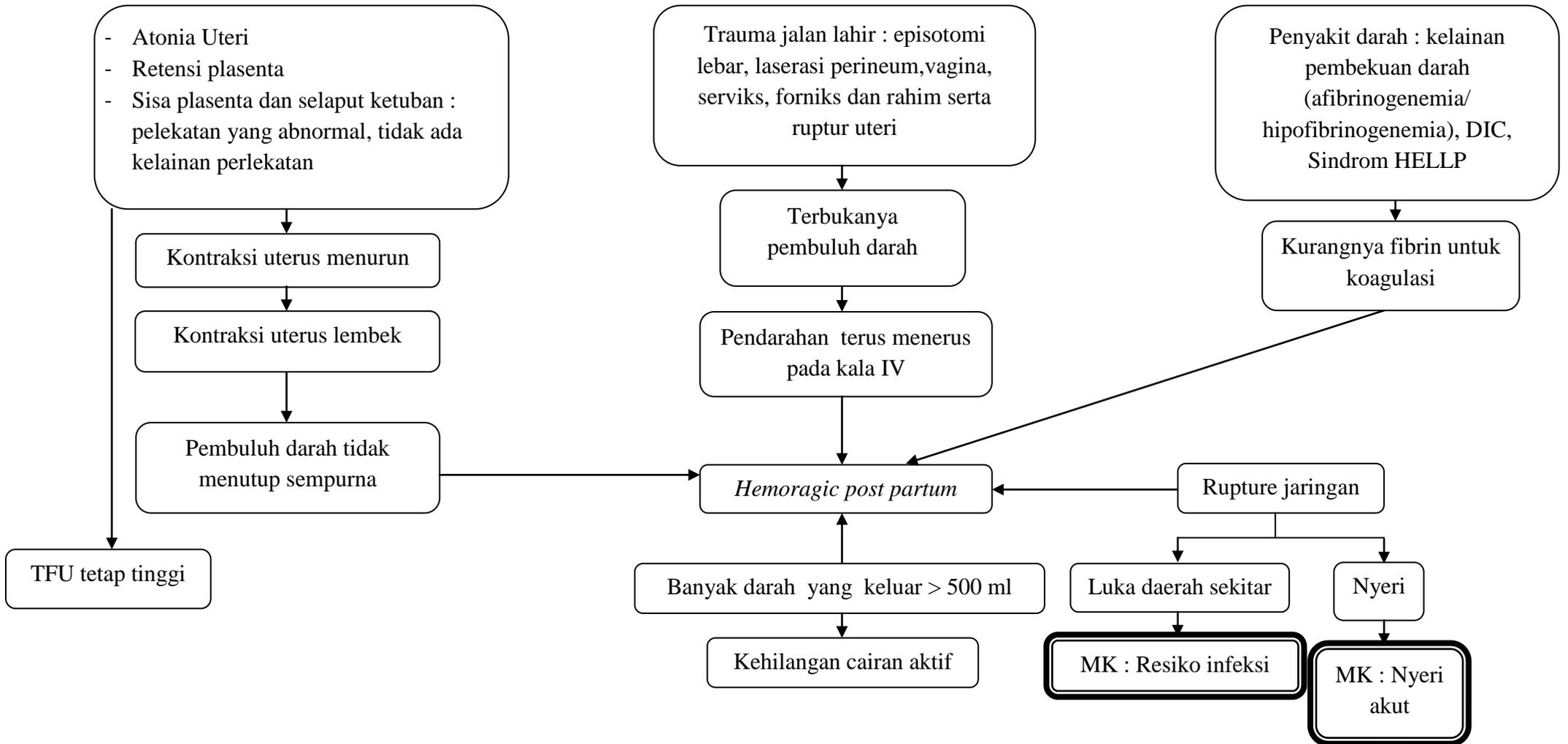
Plasenta manusia terdiri dari dua permukaan, antara lain permukaan korion atau *chorionic plate* dimana tali pusat menempel dan permukaan basal atau *basal plate* yang berbatasan dengan endometrium. Diantara dua permukaan tersebut terdapat celah yang dipenuhi oleh darah dengan kecepatan 600 mL/menit oleh arteri spiralis pada keadaan atern yang disebut sebagai ruang intervili atau *intervillous space*. Pada kala ketiga persalinan terjadi pemisahan plasenta dengan endometrium yang menyebabkan arteri spiralis mengalami robekan. Proses hemostatis pada pembuluh darah tersebut. Setelah kontraksi terjadi pembekuan darah oleh faktor-faktor pembekuan dan penutupan dari lumen pembuluh darah tersebut. Sisa atau bagian dari plasenta maupun gumpalan darah yang melekat pada uterus juga dapat menyebabkan gangguan kontraksi miometrium yang efektif sehingga perdarahan yang berkelanjutan terjadi (Rita, 2014).

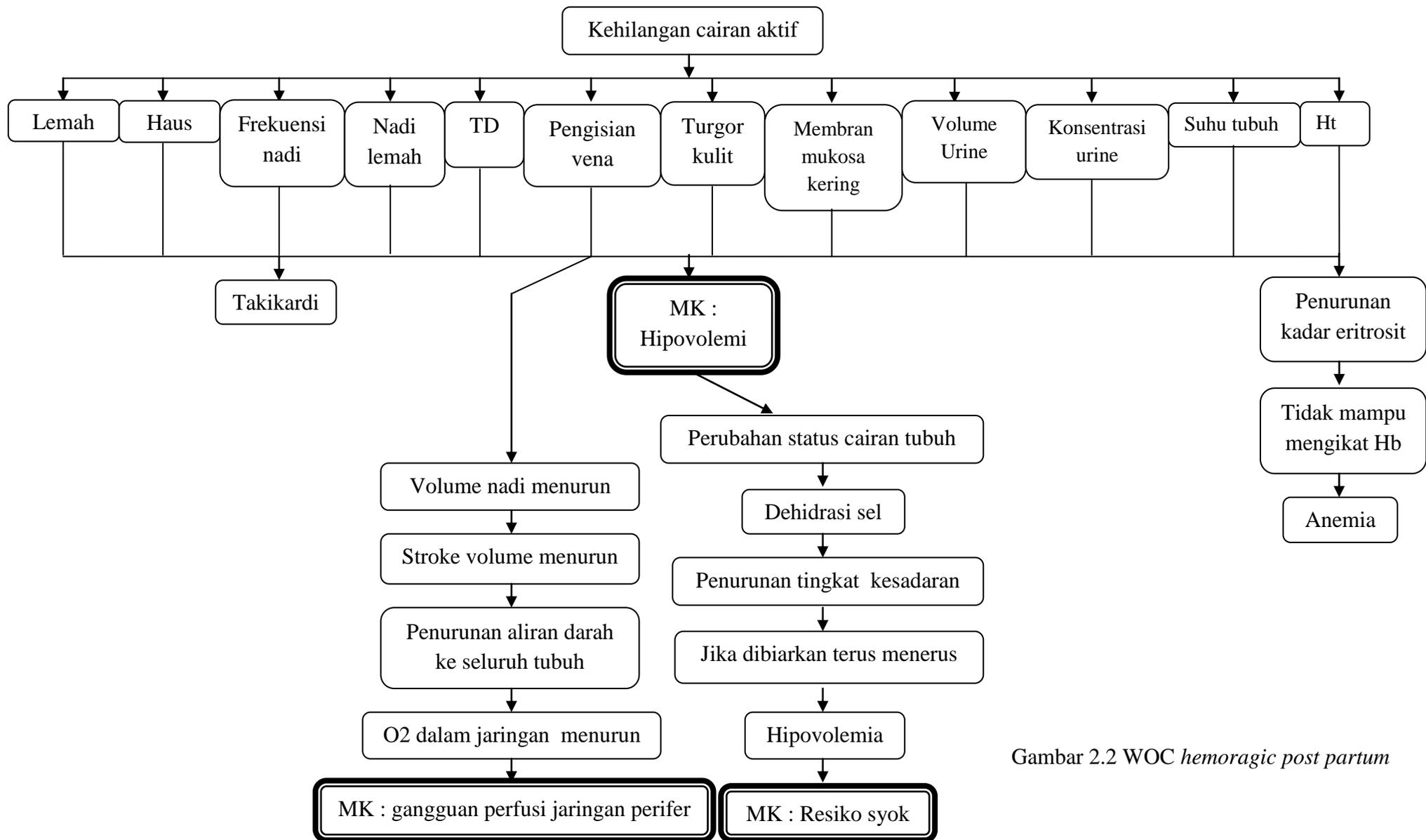
Atonia uteri merupakan penyebab paling umum dari HPP (80% atau lebih dari seluruh kasus HPP) dan menjadi penyulit dari 4-6% yaitu sekitar 1 dari 20 persalinan. Beberapa faktor resiko dari atoni uteri, antara lain penggunaan agen relaksasi uterus (terapi tokolitik, anestesi halogenated, nitrogliserin), perfusi myometrium rendah, hipotensi, overdistended uterus (makrosomia, kehamilan multipel, hydramnios), persalinan lama, persalinan cepat, persalinan dengan induksi atau augmentasi, paritas tinggi, atoni uteri pada kehamilan sebelumnya, dan korioamnionitis. Walaupun faktor-faktor resiko tersebut sudah diketahui, namun kemungkinan kejadian wanita mengalami atoni uteri masih sulit untuk diperkirakan. Menurut salah satu

studi kasus Rouse at al yang meneliti 23.900 wanita dengan persalinan caesar, 50 % dari jumlah wanita tersebut mengalami atoni uteri tanpa adanya faktor resiko seperti yang telah disebutkan (Rita, 2014).

Plasenta akan terpisah secara spontan dari tempat implantasinya beberapa menit setelah kelahiran bayi, namun dalam keadaan tertentu pemisahan tersebut terganggu akibat adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Retensio plasenta (plasenta tetap tertinggal dalam uterus 30 menit setelah bayi lahir) terjadi kurang dari 3% dari seluruh persalinan pervaginam. Didefinisikan sebagai plasenta akreta bila implantasi menembus desidua basalis (menempel pada permukaan miometrium), plasenta inkerta bila menembus miometrium (masuk ke dalam miometrium) dan plasenta perkreta bila vili korialis sampai melewati miometrium (menembus sampai serosa). Faktor resiko untuk resiko plasenta, antara lain plasenta previa, riwayat persalinan caesar, riwayat kuretase, paritas tinggi, kehamilan usia lanjut (> 35 tahun) (Rita, 2014).

2.5 WOC *hemoragic post partum*





Gambar 2.2 WOC hemoragic post partum

2.6 Faktor resiko *hemoragic post partum*

Menurut Nugroho (2012), faktor resiko terjadinya *hemoragic post partum* :

1. Penggunaan obat-obatan (anestesi umum, magnesium sulfat)
2. Partus presipitatus
3. Solutio plasenta
4. Persalinan traumatis
5. Uterus yang terlalu teregang (gemelli, hidramnion)

Gemeli adalah kehamilan ganda atau hamil kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Sejak ditemukannya obat-obatan dan cara induksi ovulasi maka frekuensi kehamilan ganda condong meningkat (Rahmawati, 2014). Faktor-faktor penyebab antara lain :

1. Obat induksi ovulasi antara lain profertil, clomid, hormon gonadotropin
2. Faktor keturunan
3. Faktor lain yang belum diketahui

Hidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban jauh lebih banyak dari normal, biasanya kurang lebih dari 2 liter.

4. Adanya cacat parut, tumor, anomali uterus
5. Partus lama
6. Grandemultipara

Seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali.

7. Plasenta previa

8. Persalinan dengan pacuan dan riwayat perdarahan pasca persalinan

Faktor risiko *hemoragi post partum* : (Bobak, 2005)

1. Kelahiran secaria
2. Kelahiran seorang bayi yang besar
3. Kelahiran yang dibantu forsep atau alat ekstrasi vakum
4. Distensi uterus berlebihan akibat hidramnion, gestasi multifetal, janin besar.

5. Manipulasi intrauterin/ pengeluaran plasenta secara manual

6. Laserasi jalan lahir

Perdarahan yang cukup banyak dapat terjadi dari robekan yang dialami selama proses melahirkan baik yang normal ataupun dengan tindakan.

Laserasi jalan lahir memberi kontribusi terhadap terjadinya perdarahan postpartum sebesar 4-5%. Jalan lahir harus di inspeksi sesudah tiap kelahiran selesai sehingga sumber perdarahan bisa dikendalikan.

7. Pemberian magnesium sulfat selama persalinan atau selama pascapartum

8. Multiparitas

Seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya 2 kali atau lebih.

9. Hemoragi pasca partum sebelumnya, abrupsi plasenta, fragmen plasenta yang tertahan , persalinan yang diinduksi/ diaugmentasi pitosin

10. Atoni uterus

Merupakan ketidakmampuan rahim berkontraksi setelah persalinan. *Atonia uteri* memberi kontribusi terhadap terjadinya perdarahan postpartum sebesar 50-60%.

11. Inversi uterus
12. Subinvolunsi uterus.

2.7 Pemeriksaan pada pasien *hemoragic post partum*

1. Pemeriksaan fisik

Pasien tampak pucat, dapat disertai tanda-tanda syok, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat, kecil, ekstremitas dingin serta tampak darah keluar melalui vagina terus menerus.

2. Pemeriksaan obstetri

Kontraksi usus lembek, uterus membesar bila ada atonia uteri. Bila kontraksi uterus baik, perdarahan mungkin karena luka jalan lahir.

3. Pemeriksaan ginekologi

Dilakukan dalam keadaan baik atau telah diperbaiki, dapat diketahui kontraksi uterus, luka jalan lahir dan retensi sisa plasenta.

4. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah lengkap harus dilakukan sejak periode antenatal. Kadar hemoglobin dibawah 10 g/dL berhubungan dengan hasil kehamilan yang buruk. Pemeriksaan golongan darah dan tes antibodi harus dilakukan sejak periode antenatal. Perlu dilakukan pemeriksaan faktor koagulasi seperti waktu perdarahan dan waktu pembekuan (Ruth, 2005).

b. Pemeriksaan radiologi

Onset perdarahan post partum biasanya sangat cepat. Dengan diagnosis dan penanganan yang tepat, resolusi biasa terjadi sebelum pemeriksaan laboratorium atau radiologis dapat dilakukan. Berdasarkan pengalaman, pemeriksaan USG dapat membantu untuk melihat adanya jendalan darah dan retensi sisa plasenta (Ruth, 2005).

2.8 Penatalaksanaan *hemoragic post partum*

Pasien dengan perdarahan post partum harus ditangani dalam 2 komponen, yaitu :

Resusitasi cairan :

1. Pengangkatan kaki dapat meningkatkan aliran darah balik vena sehingga dapat memberi waktu untuk menegakkan diagnosis dan menangani penyebab perdarahan.
2. Perlu dilakukan pemberian oksigen dan akses intravena. Selama persalinan perlu dipasang paling tidak 1 jalur intravena pada wanita dengan resiko perdarahan post partum, dan dipertimbangkan jalur kedua pada pasien dengan resiko sangat tinggi.
3. Berikan resusitasi dengan cairan kristaloid dalam volume yang besar, baik Normal Salin (NS/NaCl) atau cairan Ringer Laktat melalui akses intravena perifer. NS merupakan cairan yang cocok pada saat persalinan karena biaya yang ringan dan kompatibilitasnya dengan sebagian besar obat dan transfusi darah. Resiko terjadinya asidosis hiperkloremik sangat rendah dalam hubungan dengan perdarahan post partum. Bila dibutuhkan

cairan kristaloid dalam jumlah banyak (> 10 L), dapat dipertimbangkan penggunaan cairan Ringer laktat. Cairan yang mengandung dekstrosa, seperti D5% tidak memiliki peran pada penanganan perdarahan post partum. Perlu diingat bahwa kehilangan 1 L darah perlu penggantian 4-5 L kristaloid, karena sebagian besar cairan infus tidak tertahan di ruang intravaskuler, tetapi terjadi pergeseran ini bersamaan dengan penggunaan oksitosin, dapat menyebabkan edema perifer pada hari-hari setelah perdarahan post partum. Ginjal normal dengan mudah mengekskresi kelebihan cairan. Perdarahan post partum lebih dari 1.500 mL pada wanita hamil yang normal dapat ditangani cukup dengan infus kristaloid jika penyebab perdarahan dapat tertangani. Kehilangan darah yang banyak, biasanya membutuhkan penambahan transfusi sel darah merah.

4. Cairan koloid dalam jumlah besar (1.000-1.500 mL/hari) dapat menyebabkan efek yang buruk pada hemostasis. Tidak ada cairan koloid yang terbukti lebih dibandingkan NS, dan karena harga serta resiko terjadinya efek yang tidak diharapkan pada pemberian koloid, maka cairan kristaloid tetap direkomendasikan (Sharma, 2012).

Tranfusi darah :

1. Transfusi darah perlu diberikan bila perdarahan masih terus berlanjut dan diperkirakan akan melebihi 2.000 mL atau keadaan klinis pasien menunjukkan tanda-tanda syok walaupun telah dilakukan resusitasi cepat.
2. PRC digunakan dengan komponen darah lain dan diberikan jika terdapat indikasi. Para klinisi harus memperhatikan darah tranfusi, berkaitan

dengan waktu, tipe dan jumlah produk darah yang tersedia dalam keadaan gawat.

3. Tujuan transfusi adalah memasukkan 2- 4 unit PRC untuk menggantikan pembawa oksigen yang hilang dan untuk mengembalikan volume sirkulasi. PRC bersifat sangat kental yang dapat menurunkan jumlah tetesan infus. Masalah ini dapat diatasi dengan menambah 100 mL NS pada masing-masing unit. Jangan menggunakan Ringer Laktat untuk tujuan ini karena kalsium yang dikandungnya dapat menyebabkan penjudalan (Sharma, 2012).

Penatalaksanaan medis :

Penatalaksanaan medis kondisi ini mencakup semua intervensi berikut (Bobak,2005):

1. Terapi syok, yang bergantung kepada banyak darah yang hilang. Agens oksitoksis ditunda sampai uterus direposisi.
2. Pergeseran uterus, setelah wanita menerima tokolisis atau dibawah pengaruh anestesia dalam. Oksitoksik diprogramkan
3. Pembedahan vagina atau abdomen diperlukan untuk mereposisi uterus jika pergeseran secara manual tidak berhasil.
4. Terapi pengganti darah diindikasikan.

Terapi yang juga diberikan ialah terapi antibiotik spektrum luas dan penggunaan selang basogastrik untuk meminimalkan ileus paralisis.

Penatalaksanaan perawatan *hemoragic post partum* :

Perdarahan pasca partum dapat dengan cepat menjadi syok. Dengan demikian, perawat harus mengkaji wanita dengan cermat dan secara keseluruhan. Riwayat wanita harus ditinjau kembali untuk menemukan faktor-faktor yang akan mempredisposisi perdarahan pasca partum. Perawatan segera pada wanita yang mengalami perdarahan pascapartum meliputi pengkajian tanda vital dan konsistensi uterus saat oksitosin diberikan. Penjelasan tentang rasional prosedur dan pentingnya tindakan segera diberikan kepada pasien. Ibu yang mengalami perdarahan pervagina aktif perlu perawatan intensif, perlu diberikan bantuan oksigen dengan kecepatan aliran 10 liter permenit dengan sungkup jika terdapat kekhawatiran, nadi dan tekanan darah harus diukur dan dicatat setiap 15 menit untuk mendeteksi tanda syok yang ditandai dengan peningkatan frekuensi nadi tidak teratur, takipnea, penurunan tekanan darah, tampak pucat tubuh dingin dan gelisah, diperlukan juga dalam kedaruratan obstetrik dan set infus tranfusi darah perlu digunakan untuk memfasilitasi penggantian cairan intravena yang cepat dan segera (Woodward, 2013).

Perawatan yang diberikan kepada wanita yang mengalami laserasi perineum sama dengan perawatan yang dianjurkan untuk episiotomi, yaitu pemberian analgesia yang dibutuhkan untuk meredakan nyeri dan kompres panas atau dingin sesuai kebutuhan. Untuk menghindari cedera pada garis jahitan, seorang wanita dengan laserasi derajat ketiga atau keempat tidak diberi supositoria rektal pascapartum atau enema rutin. Perhatian pada diet dan asupan cairan diekankan, begitu juga pada pemberian pelunak tinja

peroral, yang akan membantu klien memperoleh kembali pola defekasinya. Perawatan wanita yang mengalami inversi uterus berfokus pada upaya menstabilkan segera status perdarahan. Apabila uterus telah digeser secara manual, tindakan harus dilakukan dengan hati-hati setelah bayi lahir untuk menghindari masase fundus yang agresif (Woodward, 2013).

Perdarahan sekunder atonik :

Jika uterus kosong dan penyebab perdarahan lainnya (laserasi) telah disingkirkan :

1. Berikan syntocinon (oksitosin) 5-10 unit IV, tetes oksitosin dengan dosis 20 unit atau lebih dalam larutan glukosa 500 ml. Sekarang tetesan oksitosin menjadi tindakan terefektif pemijatan uterus secara simultan. Pada perdarahan masih sambil menyiapkan tetesan, atau dalam kasus refrakter (jarang) oksitosin
2. Pemegangan dari luar dan gerakkan uterus kearah atas efek: perdarahan tidak dapat kontinu tak terkontrol ke dalam kavum uteri dan perdarahan berkurang karena pembuluh ditegangkan dengan pengangkatnya, jadi mempersempit dan mengurangi kalibernya.
3. Kompresi uterus bimanual
Secara serentak tekan dari vagina dan dinding abdomen, umumnya ini lebih efektif daripada manipulasi eksterna
4. Kompresi aorta abdominalis
Ini banyak mengurangi perdarahan. Dapat juga digunakan selama transpor pada keadaan tertentu
5. Lakukan histerektomi sebagai tindakan akhir (Woodward, 2013).

Tabel 2.3 Jenis uterotonika dan cara pemberiannya

Jenis dan cara	Oksitosin	Ergometrin	Misoprostol
Dosis dan cara pemberian awal	IV : 20 U dalam 1 L larutan garam fisiologis dengan tetesan cepat IM : 10 U	IM atau IV (lambat): 0,2 mg	Oral atau rektal 400 mg
Dosis lanjutan	IV : 20 U dalam 1 L larutan garam fisiologis dengan 40 tetes/menit	Ulangi 0,2 mg IM setelah 15 menit Bila masih diperlukan, beri IM/IV setiap 2-4 jam	400 mg 2-4 jam setelah dosis awal
Dosis maksimal perhari	Tidak lebih dari 3 L larutan fisiologis	Total 1 mg (5 dosis)	Total 1200 mg atau 3 dosis
Kontraindikasi atau hati-hati	Pemberian IV secara cepat dan bolus	Preeklamsia, vitium kordis, hipertensi	Nyeri kontaksi Asma

(Nugroho, 2012).

2.9 Pencegahan *hemoragic post partum*

Bukti dan penelitian menunjukkan bahwa penanganan aktif pada persalinan kala III dapat menurunkan insiden dan tingkat keparahan perdarahan post partum.

1. Pemberian uterotonik (dianjurkan oksitosin) segera setelah bayi dilahirkan
2. Penjepitan dan pemotongan tali pusat dengan cepat dan tepat
3. Penarikan tali pusat yang lembut dengan traksi balik uterus ketika uterus berkontaksi dengan baik (Joseph, 2010).

2.10 Komplikasi *hemoragic post partum*

Komplikasi hemoragi pasca 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 pascapartum, mencakup anemia, infeksi puerperal, tromboembolisme (Bobak,2005).

2.11 Analisa data hipovolemi pasien *hemoragic post partum*

Tabel 2.4 Analisa data hipovolemi pasien HPP

Symptom	Etiologi	Masalah
1. Gejala dan tanda mayor : a. Data objektif : Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering. b. Data subjektif : Tidak tersedia 2. Gejala dan tanda minor : a. Data objektif : Suhu tubuh meningkat, konsentrasi urine meningkat. b. Data subjektif : Merasa lemah, mengeluh haus.	Atonia uteri, retensio plasenta, trauma jalan lahir dan penyakit darah ↓ Kontraksi uterus menurun ↓ Kontraksi uterus lembek ↓ Pembuluh darah tidak menutup sempurna ↓ Perdarahan terus menerus pada kala IV ↓ Banyak darah yang keluar >500 ml ↓ Kehilangan cairan aktif ↓ Kekurangan volume cairan	Hipovolemi

2.12 Diagnosa keperawatan hipovolemi pasien *hemoragic post partum*

1. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan).

2.13 Rencana asuhan keperawatan hipovolemi pasien *hemoragic post partum*

Tabel 2.5 Rencana asuhan keperawatan hipovolemi pasien *hemoragic post partum*

Definisi : Penurunan volume cairan intraseluler, intravaskuler dan interstisial.		
Diagnosa keperawatan/masalah kolaborasi	Rencana keperawatan	
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
<p>Hipovolemi b/d kehilangan cairan aktif (Perdarahan), yang ditandai dengan :</p> <p>1. Gejala dan tanda mayor :</p> <p>a. Data objektif : Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering.</p> <p>b. Data subjektif : Tidak tersedia</p> <p>c. Gejala dan tanda minor :</p> <p>a. Data objektif : Suhu tubuh meningkat, konsentrasi urine meningkat.</p> <p>b. Data subjektif : Merasa lemah, mengeluh haus.</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan cairan 2. Status maternal : postpartum 3. Status tanda vital <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam disfungsi bleeding dan hipovolemi dapat teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada tanda dehidrasi (turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, tidak ada haus berlebih, mukosa bibir lembab) 2. Tidak merasakan pusing 3. Hemoglobin (12-16gr/dl) dan hematokrit (37-43%) dalam batas normal 4. Intake cairan dan nutrisi adekuat 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan cairan : <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor status hemodinamik, meliputi nadi, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, dan CI jika tersedia. b. Monitor adanya tanda dehidrasi, misalnya turgor kulit buruk, <i>capillary refill</i> terlambat, nadi lemah, merasa haus berlebih, mukosa bibir kering, dan penurunan output urine. c. Monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri d. Monitor adanya sumber kehilangan cairan, misalnya perdarahan e. Monitor adanya bukti laboratorium terkait dengan kehilangan cairan misalnya hemoglobin, hematokrit, tes fekal adanya gumpalan darah

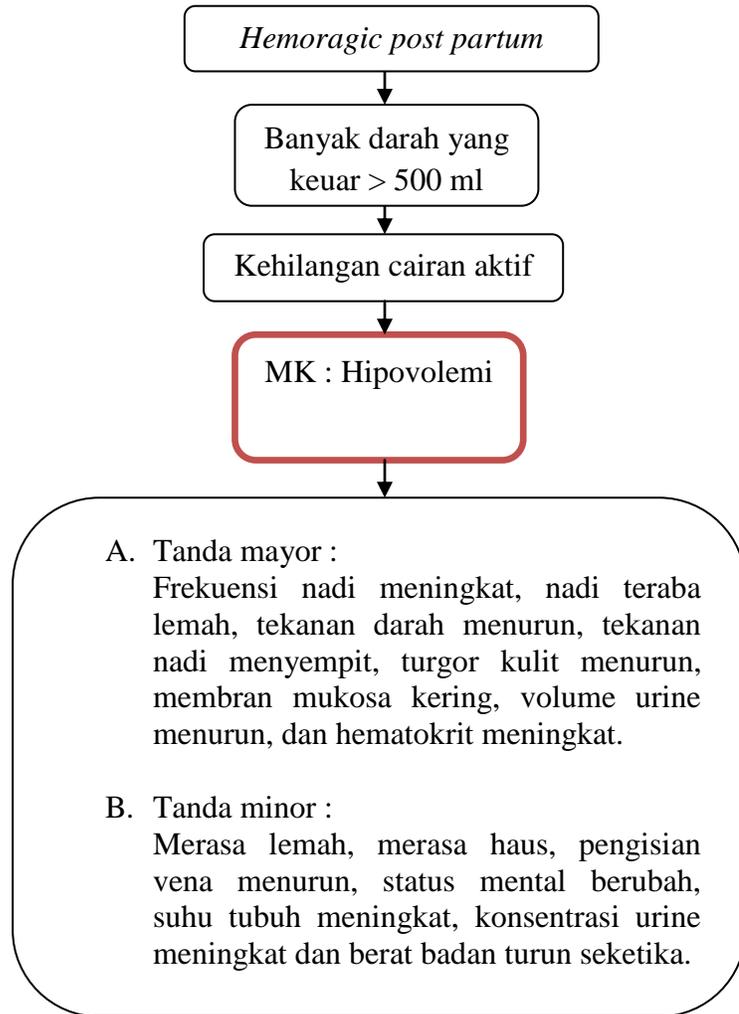
<p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan cairan aktif 2. Kegagalan mekanisme regulasi 3. Peningkatan permeabilitas kapiler 4. Kekurangan intake cairan 5. Evaporasi <p>Kondisi klinis terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit <i>Addison</i> 2. Trauma/perdarahan 3. Luka bakar 4. <i>AIDS</i> 5. Penyakit <i>Crohn</i> 6. Muntah 7. Diare 8. Kolitis ulseratif 9. Hipoalbuminemia (SDKI, 2016). 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam 6. Jumlah darah (perdarahan) yang keluar mulai berkurang/tidak ada 7. Tanda vital seperti tekanan darah (<120/<80 mmHg), Nadi (60-100x/menit), pernafasan (14-20x/menit) dan suhu (36,6-37,2 C) dalam rentang normal 8. Tingkat kesadaran baik dan nyeri mulai berkurang 9. Tidak ada/berkurangnya sesak nafas 10. Mampu melakukan aktifitas fisik 	<ol style="list-style-type: none"> f. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi secara adekuat g. Berikan cairan intravena isotonik atau hipotonik yang diresepkan h. Berikan produk darah yang diresepkan untuk meningkatkan tekanan plasma onkotik dan mengganti volume darah dengan tepat i. Monitor adanya tanda reaksi transfusi darah dengan tepat j. Bantu pasien agar ambulasi pada kasus hipotensi postural k. Instruksikan pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi terlentang ke posisi duduk atau berdiri l. Instruksikan pada pasien atau keluarga untuk mencatat intake dan output yang tepat m. Instruksikan pada pasien atau keluarga tindakan yang dilakukan untuk mengatasi kekurangan volume cairan <p>2. Status maternal : postpartum</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kaji riwayat obstetrik dan catat persalinan terkait dengan faktor resiko perdarahan postpartum, misalnya riwayat perdarahan postpartum sebelumnya, persalinan yang lama, induksi, pre
---	--	--

		<p>ekslamsia, kala dua lama, persalinan dengan bantuan, kelahiran kembar SC atau persalinan dengan dipacu.</p> <ul style="list-style-type: none">b. Observasi karakteristik lochea, misalnya warna, bekuan, dan jumlahc. Ukur dan timbang darah yang keluard. Pasang infus intravenae. Berikan oksitoksin intravena atau intra muskular sesuai resep dokterf. Monitor tanda vital maternal setiap 15 menit atau lebih sering, jika diperlukang. Monitor keadaan maternal, tingkat kesadaran dan nyerih. Berikan terapi oksigen awitan 6-8 liter melalui <i>face mask</i>i. Berikan produk darah jika diperlukanj. Pastikan pasien dan keluarga tetap mendapatkan informasi tentang kondisi klinis dan manajemen yang dilakukank. Siapkan suntik untuk dilakukan histerektomi emergensi, jika diperlukanl. Diskusikan kondisi yang ada dengan tim perawat untuk menyediakan layanan dalam mengawasi status ibum. Bantu dokter untuk melakukan massage uterus, mengambil bekuan darah dan menjahit laserasi, jika diperlukann. Batasi pemeriksaan vagina dan rektum
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">o. Berikan uteronika (jika perdarahan karena atonia uteri)p. Berikan antibiotik, jika diperlukan <p>3. Status tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan secara tepatb. Catat keadaan sekarang dan fluktuasi tekanan darahc. Monitor tekanan darah sementara pasien berbaring, duduk, dan berdiri, secara tepatd. Dengarkan tekanan darah pada kedua sisi lengan tangan dan bandingkan, secara tepate. Monitor tekanan darah, nadi dan pernafasan sebelum, selama dan sesudah beraktifitas, secara tepatf. Mulai dan pertahankan alat-alat monitoring suhu, secara tepatg. Monitor dan laporkan tanda dan gejala hipotermi dan hipertermih. Monitor adanya dan kualitas nadii. Ukur nadi apikal dan radial secara simultan dan catat adanya perbedaan, secara tepatj. Monitor luas dan sempitnya tekanan nadik. Monitor ritme dan kecepatan jantungl. Monitor tekanan jantung
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">m. Monitor kecepatan dan ritme pernafasan (dalam dan simetris)n. Monitor suara paruo. Monitor nadi <i>oximetry</i>p. Monitor adanya pernafasan abnormal, misalnya cheynes stokes, khusmaul, biot, apnea, ataxia, dan nafas panjangq. Monitor warna kulit, suhu dan kelembabanr. Monitor sianosis pusat dan perifers. Monitor adanya <i>clubing nails bed</i>t. Monitor adanya <i>triad cushing</i> (luasnya tekanan nadi, bradikardi, dan peningkatan tekanan darah sistolik)u. Kenali kemungkinan penyebab perubahan tanda vitalv. Cek secara periodik akurasi alat yang digunakan mengumpulkan data pasien
--	--	---

2.14 Kerangka pikir



Keterangan:



Diteliti



Tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka pikir