

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. POST PARTUM HAEMORRAGE

1. Definisi PPH

Perdarahan post partum (PPH) adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih 1000 ml 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 100x/menit, kadar Hb < 8g/dL. (Nugroho, 2010).

Perdarahan postpartum (PPH) adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1000cc setelah persalinan abdominal dalam 24 jam dan sebelum 6 minggu setelah persalinan. Berdasarkan waktu terjadinya perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi perdarahan primer dan perdarahan sekunder. Perdarahan primer adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama dan biasanya disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, sisa sebagian plasenta dan gangguan pembekuan darah. Perdarahan sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam persalinan. Penyebab utama perdarahan post partum sekunder biasanya disebabkan sisa plasenta (Satriyandari, 2017).

2. Etiologi PPH

Menurut Astikawati & Dewi (2017) secara etiologi perdarahan post partum lebih diingat dengan 4T, yaitu:

a) Tone

Diagnosis antonio uteri ditegakan setelah bayi lahir dan plasenta lahir dan ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpul serta pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atas lebih, kontraksi uterus

lembek. Antonio uteri disebabkan akibat partus cepat, persalinan karena induksi oksitoksin pada kelahiran sebelumnya.

b) Tissue

Bila plasenta tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir disebut retensio plasenta. Sisa plasenta disebabkan karena kotiledon atau selaput ketuban tersisa.

c) Trauma

Trauma persalinan menyebabkan laserasi atau hematoma sehingga dapat menyebabkan perdarahan post partum. Trauma dapat disebabkan karena episiotomi yang melebar, ruptur uteri, robekan pada perineum, vagina dan serviks.

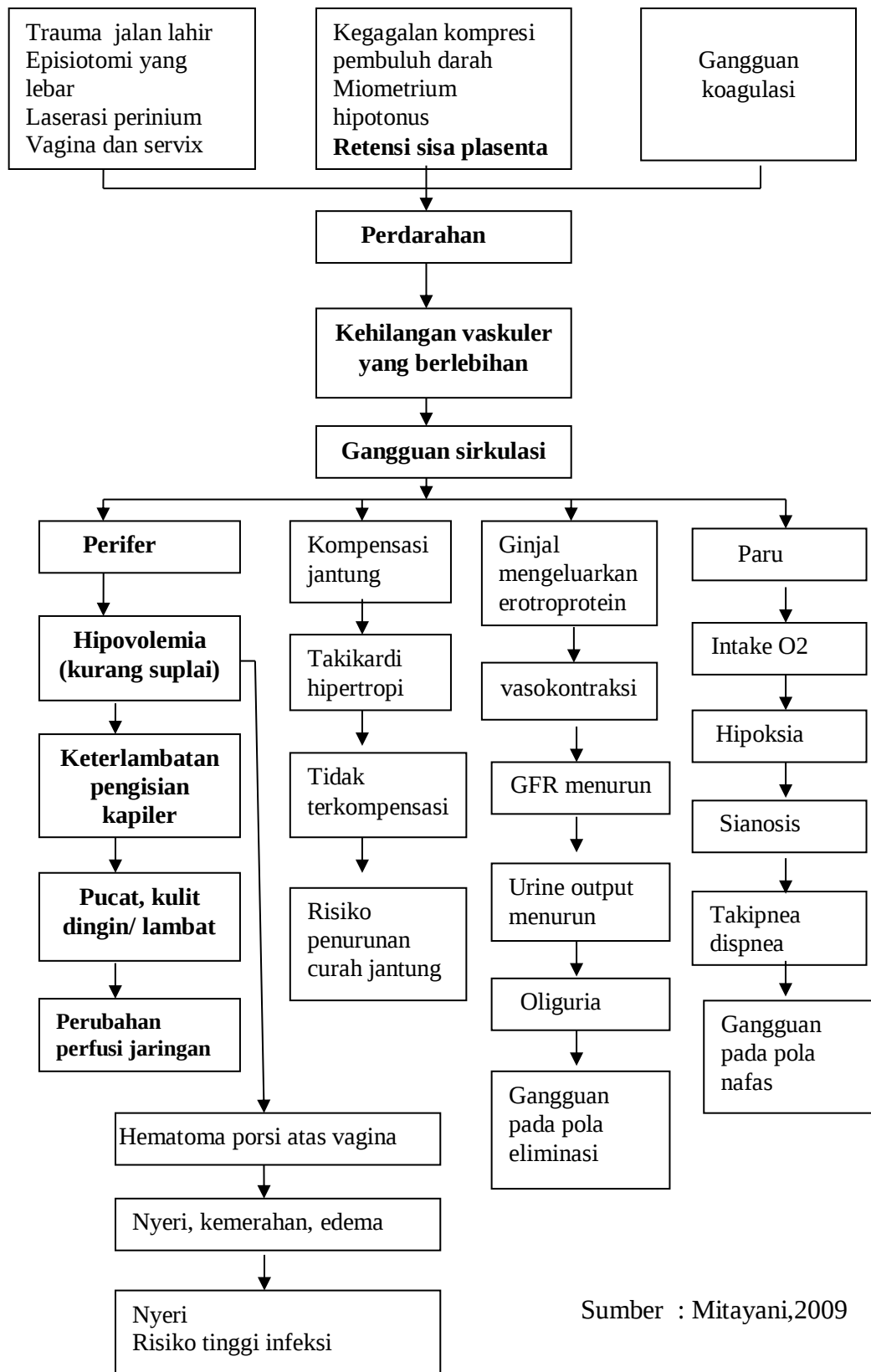
d) Thrombin

Thrombin karena gangguan pembekuan darah. Pada pembekuan darah akan terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan, perdarahan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan.

3. Patofisiologi PPH

Sewaktu sebagian plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Secara normal, setelah bayi lahir uterus akan mengecil secara mendadak dan akan berkontraksi untuk melahirkan plasenta, menghentikan perdarahan yang terjadi pada bekas insersi plasenta dengan menjepit pembuluh darah pada tempat tersebut. Apabila mekanisme ini tidak terjadi atau terdapat sesuatu yang menghambat mekanisme ini (adanya sisa plasenta, selaput ketuban yang tertinggal dan bekuan darah) akan terjadi perdarahan akibat lumen pembuluh darah akibat bekas insersi plasenta tidak tertutup atau tertutup tidak optimal. Sisa plasenta diduga bila kala III berlangsung tidak lancar, atau setelah melakukan manual plasenta atau menemukan adanya kotiledon yang tidak lengkap pada saat melakukan pemeriksaan plasenta dan masih ada perdarahan dari ostium uteri eksternum pada saat kontraksi rahim sudah baik dan robekan jalan lahir sudah terjahit (saiffudin, 2006)

Bagan 2.1
Pathway PPH



Sumber : Mitayani,2009

4. Tandan gejala PPH

Tanda dan Gejala Menurut Nurarif & Kusuma (2015) ada beberapa tanda dan gejala yaitu:

a. Atonia uteri

Gejala yang selalu ada : uterus tidak berkontraksi dan lembek, perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan postpartum primer).

Gejala yang kadang-kadang timbul : syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain)

b. Robekan jalan lahir

Gejala yang selalu ada : perdarahan segera, darah segar mengalir segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik.

Gejala yang kadang-kadang timbul : pucat, lemah, menggigil.

c. Retensio plasenta

Gejala yang selalu ada : plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, kontraksi uterus baik.

Gejala yang kadang-kadang timbul : tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjutan.

d. Tertinggalnya plasenta (sisir plasenta)

Gejala yang selalu ada : plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera.

Gejala yang kadang timbul : uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus tidak berkurang.

e. Inversio uterus

Gejala yang selalu ada : uterus tidak teraba, lumen vagina terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, dan nyeri sedikit atau berat.

Gejala yang kadang timbul : syok neurogenik dan pucat.

5. Manifestasi klinis

Gejala klinis umum yang terjadi adalah kehilangan darah dalam jumlah yang banyak (>500 ml), nadi cepat, pucat, lochea berwarna merah, haus, pusing,

gelisah, letih, dan dapat terjadi syok hipovolemik, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, mual (Rukiyah, 2010).

6. Komplikasi PPH

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, dan tromboembolisme. (Bobak, 2005)

7. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

Menurut Sarwono (2015) dan Pratiwi dkk (2016) penatalaksanaan pada saat terjadi komplikasi perdarahan secara umum yaitu:

- a) Dilatasi dan kuretase sesuai indikasi
- b) Perbaikan laseras
- c) Ketat dalam intake dan output
- d) Pengeluaran plasenta secara manual
- e) Terapi oksigen sesuai indikasi
- f) Histerektomi
- g) Memberikan pengobatan yang efektif bagi ibu yang mengalami infeksi nifas (antibiotik).

2. Penatalaksanaan keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan perdarahan post partum (Amin Huda, dkk, 2013) adalah :

a) Resusitasi Cairan

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 transfuse darah. Resiko terjadinya asidosis hiperkloremik sangat rendah dalam hubungan perdarahan post partum.

Bila dibutuhkan cairan kristaloid dalam jumlah banyak (>10 l), dapat dipertimbangkan penggunaan cairan Ringer Laktat.

b) Transfuse Darah

Transfuse 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.

B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Abraham Maslow mengemukakan Teori Hierarki kebutuhan yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologi: kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri (Uliyah & Hidayat, 2011)

1. Kebutuhan Fisiologis Merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia, antara lain pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman yang dimaksud adalah aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis.
3. Kebutuhan rasa cinta Yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi serta menerima kasih sayang, kehangatan, dan persahabatan ; mendapat tempat dalam keluarga serta kelompok sosial dan lain-lain.
4. Kebutuhan akan Harga Diri Maupun perasaan dihargai oleh orang lain, terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan serta meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan Aktualisasi Diri Merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai profesi diri sepenuhnya.

C. FISILOGI KEBUTUHAN CAIRAN PADA MANUSIA

Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow secara hirarkis yang pertama adalah kebutuhan fisiologis (physiological needs), yang dipandang sebagai kebutuhan paling dasar untuk manusia dan mempertahankan kehidupannya (survivor). Salah satu kebutuhan fisiologis ini adalah kebutuhan akan cairan dan elektrolit yang merupakan kebutuhan kedua setelah oksigen. Bila tidak terpenuhi akan menyebabkan ketidakseimbangan cairan tubuh bahkan bisa menyebabkan kematian (Atoillah dan Kusnadi, 2013).

Menjaga agar volume cairan tubuh tetap relatif konstan dan komposisi elektrolit di dalamnya tetap stabil adalah penting bagi homeostatis. Beberapa masalah klinis timbul akibat adanya abnormalitas dalam hal tersebut. Untuk bertahan, kita harus menjaga volume dan komposisi cairan tubuh, baik ekstraseluler (CES) maupun cairan intraseluler (CIS) dalam batas normal. Gangguan cairan dan elektrolit dapat membawa penderita dalam kegawatan yang kalau tidak dikelola secara cepat dan tepat dapat menimbulkan kematian. Hal tersebut terlihat misalnya pada diare, peritonitis, ileus obstruktif, terbakar, atau pada pendarahan yang banyak.

Tabel 2.1
Klasifikasi perdarahan post partum berdasarkan jumlah perdarahan

klasifikasi	Perkiraan perdarahan (ml)	Persentase perdarahan	Tanda & gejala klinis	Tindakan
0 (normal)	< 500	<10	Tidak ada	
Garis waspada				
1	500-1000	<15	Minimal	Perlu pengawasan ketat dan terapi cairan infus
Garis bertindak				
2	1200-1500	20-25	Frekuensi nadi halus hipotensi postural	Terapi cairan infus dan uterotonika
3	1800-2100	30-35	Takikardi Akral dingin	Manajemen aktif agresif
4	>2400	>40	Syok	Manajemen aktif kritis (risiko 50% mortalitas bila tidak ditatalaksana aktif)

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran PPH yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain (Wiknjosastro, 2012).

Tabel 2.2
Gambaran klinis pada hipovolemia

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (sistolik)	Tanda dan gejala	Derajat syok
500-1000 ml (15-20%)	Normal	Tidak ditemukan	
1000-1500 ml (20-25%)	80-100 mmHg	Bradikardia (<100 x/menit) Berkeringat Lemah	Ringan
1500-2000 ml (25-35%)	70-80 mmHg	Takikardi (100-120 kali/menit) Oliguria Gelisah	Sedang
2000-3000 ml (35-50%)	50-70 mmHg	Takikardi (>120 kali/menit) Anuria	Berat

Sumber : B-Lynch (2006)

Menurut Haswita dalam buku Kebutuhan Dasar Manusia (2017) Keseimbangan cairan dalam tubuh dihitung dari keseimbangan antara cairan yang masuk dan cairan yang keluar.

- a. Asupan Cairan Asupan (intake) cairan untuk kondisi normal pada orang dewasa adalah ± 2500 cc per hari. Apabila terjadi ketidakseimbangan volume cairan tubuh di mana asupan cairan kurang atau adanya perdarahan, maka curah jantung menurun, menyebabkan terjadinya penurunan tekanan darah.
- b. Pengeluaran Cairan Pengeluaran (output) cairan sebagai bagian dalam mengimbangi asupan cairan pada orang dewasa dalam kondisi normal adalah ± 2300 cc. Jumlah cairan yang paling banyak keluar berasal dari ekskresi ginjal (berupa urine), sebanyak ± 1500 cc perhari pada orang dewasa. Hal ini juga bergantung pada banyaknya asupan air melalui mulut. Pengeluaran cairan

juga dapat dilakukan melalui kulit (berupa keringat) dan saluran pencernaan (berupa feses). Pasien dengan ketidakadekuatan pengeluaran cairan memerlukan pengawasan asupan dan pengeluaran cairan secara khusus. Peningkatan jumlah dan kecepatan pernapasan, demam, keringat, dan diare dapat menyebabkan kehilangan cairan secara berlebihan.

Untuk menghitung kebutuhan cairan perhari yaitu dengan menggunakan berat badan yaitu untuk 10 kg pertama berat badan butuh 1 liter air. 10 kg kedua membutuhkan 500 ml air. Dan sisanya untuk setiap kilogram berat badan dikali 20 ml.

Rumus perhitungan balance cairan dewasa adalah :

1. Input cairan

Air (makan +minum) + cairan infus + therapy injeksi + air metabolisme(rumus AM = 5 ml x kgBB/24 jam) = ml

2. Output cairan

Urine +feses (kondisi normal 1 BAB feses = 100 ml) +muntah+IWL
(rumus IWL = 15 x kgBB/24 jam) =.... ml

Sedangkan untuk menghitung balance cairan yaitu

Intake cairan – output cairan =ml

D. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PPH

Proses keperawatan adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan rasional. Metode pemperian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik pada individu terhadap masalah kesehatan yg aktual dan potensial (Suarni dan Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian merupakan pegumpulan data yang dilaksanakan dengan beberapa cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic, dll) untuk

mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar (Suarni & Apriyani, 2017).

Menurut (Mitayani, 2009) pengkajian yang dilakukan pada pasien PPH seharusnya dilakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan dan lebih difokuskan pada keluhan utama yang sering didapatkan dari klien adalah kehilangan darah selama proses post partum, perubahan TD dan nadi, perlambatan pengisian kapiler, pucat, kulit dingin, cemas. Pengkajian integritas ego ketakutan dan khawatir. Pengkajian nyeri mengeluh nyeri, nyeri pada abdominal, badan lemah, tidak mampu melakukan perawatan diri.

Pengkajian pada pasien dengan PPH terdiri dari tanda-tanda vital, kontraktilitas dan posisi uteri, jumlah, warna, dan bau lochia, pemasukan dan pengeluaran. Nadi teraba lemah dan tekanan darah menurun merupakan indikasi untuk mengetahui adanya hemoragik post partum. Pemeriksaan laboratorium meliputi kadar hemoglobin dan hematokrit (Bobak, 2000).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa yang mungkin muncul pada kasus PPH menurut (Bobak, 2000) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3
Diagnosa keperawatan PPH

No	NANDA	SDKI
1	Kekurangan volume cairan	Hipovolemia
2	Risiko infeksi	Risiko infeksi
3	Ansietas	Ansietas
4	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer	Perfusi perifer tidak efektif

3. Rencana Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017). Rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa dengan label SLKI dan SIKI adalah sebagai berikut :

a) Hipovolemia (D.0023)

SLKI : Status Cairan (L.03028)

SIKI :Manajemen Hipovolemia (I.03116), Manajemen Syok Hipovolemik (I.02050)

b) Risiko Infeksi (D.0142)

SIKI : Tingkat Infeksi (L.14137)

SLKI :Pencegahan Infeksi (I.14539), Manajemen Imunisasi/Vaksinisasi (I.14508)

c) Ansietas (D.0080)

SLKI : Tingkat Ansietas (L.09093)

SIKI : Reduksi Ansietas (I.09314), Terapi Relaksasi (I.09326)

d) Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

SLKI : Perfusi Perifer (L.02011)

SIKI : Perawatan Sirkulasi (I.02079), Manajemen Sensasi Perifer (I.06195)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Disisi lain, tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dokter atau petugas kesehatan lainnya (Ratnawati, 2018)

5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017)

Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. Objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani, 2017)