

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Perdarahan Postpartum**

##### **1. Pengertian Perdarahan Postpartum**

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi lebih dari 500 cc setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1000 cc setelah persalinan *Caesar* dalam 24 jam, dan sebelum memasuki 6 minggu setelah persalinan (Wardani, 2017).

Perdarahan pervaginam dapat terjadi sebelum, selama dan setelah melahirkan. Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai kehilangan darah melebihi 500 cc setelah janin dan plasenta lahir (akhir kala III) pada lahir pervaginam dan lebih dari 1000 cc pada operasi *Caesar*. Seorang ibu dengan perdarahan hebat dapat resiko tinggi meninggal apabila tidak mendapatkan penanganan segera (Triwidiyantari, 2021). Klasifikasi perdarahan postpartum sebagai berikut:

- a. Perdarahan Postpartum Primer adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri.
- b. Perdarahan Postpartum Sekunder ialah perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran hingga 12 minggu setelah persalinan. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik.

##### **2. Etiologi**

Perdarahan post partum dapat disebabkan karena:

###### **a. 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 plasenta lahir. Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir. Atonia uteri bisa disebabkan karena

uterus yang over-distensi (polihidramnion, bayi kembar, makrosomia), kelelahan (proses melahirkan yang lama) (Sanjaya, 2015).

b. Retensio plasenta

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. Penyebabnya ialah lemahnya his, plasenta sukar terlepas, maupun ukurannya (plasenta terlalu kecil) (Purwanti & Trisnawati, 2015).

c. Sisa plasenta

Perdarahan akibat sisa plasenta adalah perdarahan yang melebihi 500 cc setelah bayi lahir karena tertinggalnya sebagian sisa plasenta termasuk selaput ketuban. Sisa plasenta dan selaput ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim yang dapat menyebabkan kontraksi uterus kurang baik yang dapat mengakibatkan perdarahan postpartum dini dan perdarahan postpartum sekunder (Yuanti et al., 2022).

Tertinggalnya sisa plasenta dalam uterus dapat menimbulkan kontraksi yang melemah. Akibatnya pembuluh darah yang terbuka pada saat proses persalinan tidak dapat cepat tertutup sehingga dapat menyebabkan terjadinya perdarahan post partum (Yuliawati & Anggraini, 2013). Gejala klinis tertinggalnya plasenta adalah terjadi perdarahan sedikit yang berkepanjangan, dapat juga terjadi perdarahan banyak mendadak setelah berhenti beberapa waktu, perasaan tidak nyaman di perut bagian bawah (Manuaba, 2010).

d. 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).

e. Trauma

Terjadinya perdarahan postpartum dapat disebabkan oleh trauma pada traktus genitalia yang terjadi secara spontan maupun perlukaan yang dibuat untuk memudahkan jalan lahir (Simanjuntak, 2020). Trauma dapat dalam bentuk laserasi di perineum, vagina, dan serviks pada persalinan pervagina. Robekan juga dapat terjadi akibat ekstraksi dengan forceps (Yuliawati & Anggraini, 2013). Tingkat derajat laserasi perineum (Sanjaya, 2015):

- 1) Derajat 1: meliputi mukosa vagina, kulit perineum tepat dibawahnya. Umumnya robekan tingkat 1 dapat sembuh sendiri, penjahitan tidak diperlukan jika tidak perdarahan dan luka dapat menyatu dengan baik
- 2) Derajat 2: meliputi mukosa vagina, kulit perineum dan otot perineum
- 3) Derajat 3: meliputi mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum dan otot spingterani eksternal
- 4) Derajat 4: yaitu pada laserasi yang total spingter recti terpotong dan laserasi meluas sehingga dinding anterior rektum dengan jarak yang bervariasi (Triwik, 2016).

f. Thrombin

Gangguan koagulasi merupakan penyebab yang jarang. Kelainan ini meliputi idiopatik trombositopenia purpura, trombotik trombositopenia purpura, dan hemophilia.

3. Faktor resiko terjadinya perdarahan postpartum, yaitu:

a. Umur Ibu

Ibu yang mengalami kejadian perdarahan postpartum berdasarkan umur ibu mayoritas pada umur beresiko (>35 tahun). Hal ini bahwa umur 20-35 tahun merupakan umur ideal untuk perempuan hamil dan melahirkan. Pada umur 35 tahun organ reproduksi ibu sudah mengalami kemunduran elastisitas otot-otot panggul sehingga rentan terhadap komplikasi selama kehamilan, mempersulit proses persalinan dan kematian pada ibu (Ximenes et al., 2020).

b. Paritas

Pada paritas yang rendah dapat menyebabkan ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan sehingga ibu hamil tidak mampu menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (paritas lebih dari 4) maka uterus semakin lemah sehingga besar resiko komplikasi kehamilan (Hayati, Maidartati, dan Amelia 2019).

c. Jarak Kelahiran

Jarak kehamilan dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu kategori beresiko (<2 tahun) dan kategori tidak beresiko (>2 tahun). Jarak kehamilan <2 tahun dapat meningkatkan resiko kematian pada ibu yang sering hamil. Jarak kehamilan yang pendek menyebabkan ibu beresiko perdarahan, anemia pada ibu, kecacatan pada bayi, serta berat badan lahir bayi rendah (Rahman, 2019). Jika kehamilan terlalu dekat maka cenderung menimbulkan kerusakan pada sistem reproduksi wanita baik secara fisiologis maupun patologis sehingga kemungkinan akan terjadi anemia pada ibu bahkan sampai mengakibatkan kematian (Ximenes et al., 2020).

d. Kadar Hemoglobin

Hemoglobin yang rendah dapat mengalami penurunan Hb lebih cepat jika terjadi perdarahan. Resiko perdarahan postpartum meningkat pada wanita bersalin dengan anemia berat dimana uterus kekurangan oksigen, glukosa dan nutrisi, sehingga hal ini dapat menyebabkan perdarahan postpartum semakin meningkat (Manuaba, 2016). Pada keadaan normal kadar hemoglobin dalam darah untuk perempuan 12.0-16.0 gr/dl (Arnanda et al., 2019).

e. Riwayat Persalinan Sebelumnya

Adanya riwayat persalinan sebelumnya bisa mempengaruhi persalinan selanjutnya dikarenakan bisa terjadi komplikasi yang berulang.

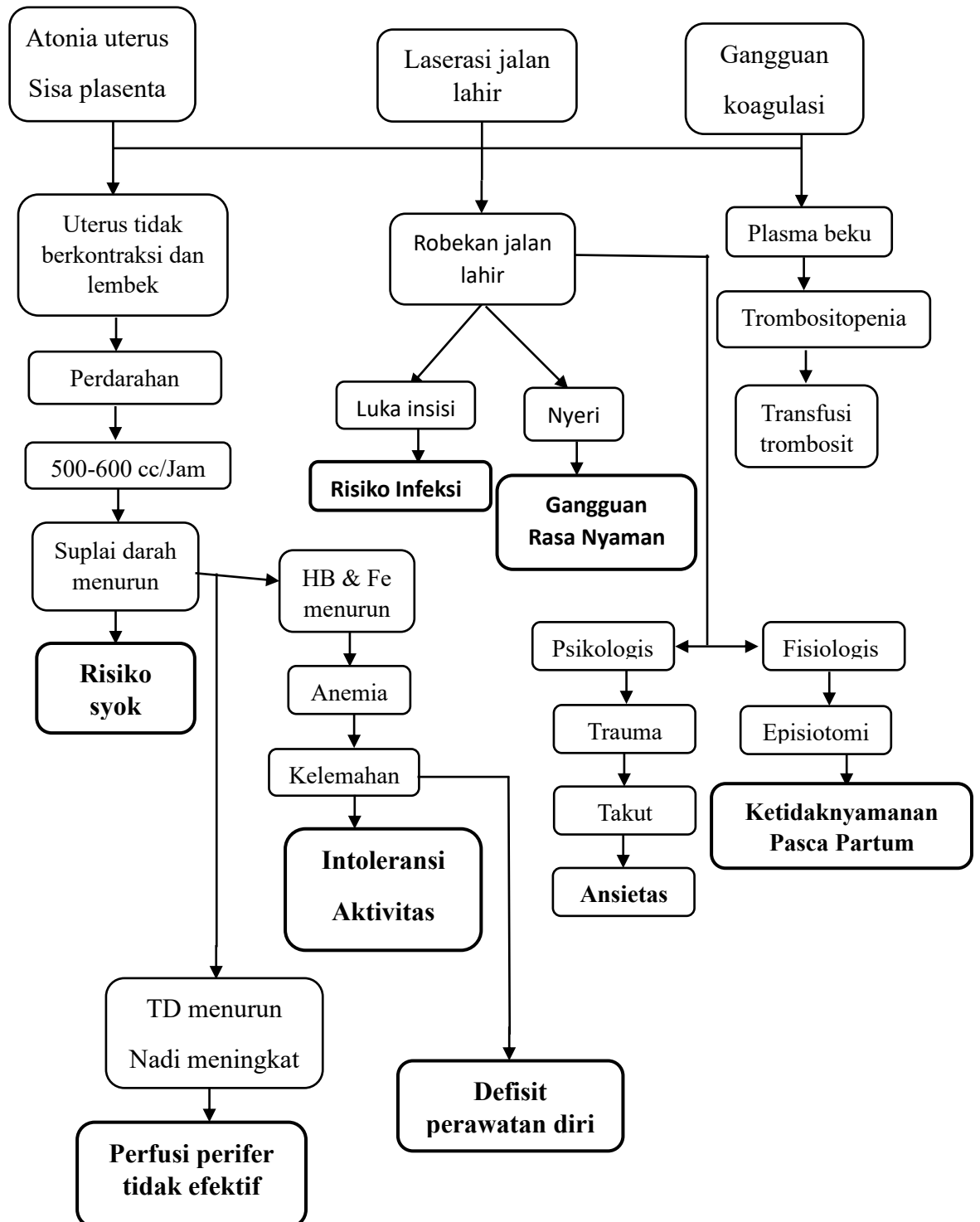
#### 4. Patofisiologi

Pada saat aterm, uterus dan plasenta menerima 500-800 mL darah melalui jaringan pembuluh darah yang rendah. Pada trimester ketiga, volume darah ibu meningkat 50%, yang meningkatkan toleransi ibu terhadap kehilangan darah selama persalinan.

Jika rahim gagal berkontraksi, atau plasenta gagal berpisah atau dilahirkan, maka perdarahan yang signifikan dapat terjadi. Penyebab utama lainnya termasuk pelekatan plasenta yang abnormal atau jaringan plasenta yang tertahan, laserasi jaringan atau pembuluh darah di panggul dan saluran genital dan koagulopati ibu (Reny, 2017). Atonia uterus menyebabkan terjadinya uterus tidak berkontraksi dan lembek, hal ini merupakan penyebab perdarahan lebih dari 500 cc sehingga terganggunya suplai darah dalam tubuh ibu menyebabkan terjadinya syok dan perfusi jaringan tidak efektif akibat menurunnya tekanan dalam darah. Penurunan suplai darah berdampak penurunan jumlah hemoglobin di dalam darah sehingga terjadi anemia dan berdampak terjadinya intoleransi aktivitas akibat kelemahan dan defisit perawatan diri.

Robeknya jalan lahir menyebabkan luka insisi pada ibu dan meningkatkan resiko infeksi dimana kuman dapat masuk sehingga timbul risiko infeksi, maka perlu perawatan perineum secara teratur, selain itu nyeri yang ditimbulkan berdampak pada gangguan rasa nyaman. Dari segi psikologis ibu berdampak pada trauma sehingga terjadi ansietas. Sedangkan fisiologis ibu akibat episiotomi menimbulkan ketidaknyamanan pasca partum (Reny, 2017).

**Gambar 2.1**  
**Pathway Perdarahan Post Partum**



*Sumber: Reny, 2017*

## 5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dari perdarahan postpartum diantaranya:

- a. Tidak berkontraksinya uterus serta lembek dan perdarahan yang terjadi setelah kelahiran anak (tonia uteri)
- b. Adanya darah yang mengalir setelah lahirnya bayi, uterus berkontraksi, dan plasenta lengkap (robekan jalan lahir)
- c. Plasenta belum keluar setelah 30 menit, adanya perdarahan, uterus berkontraksi dengan baik (retensio plasenta)
- d. Plasenta atau sebagian selaput plasenta yang mengandung pembuluh darah tidak lengkap, terdapat perdarahan akibat adanya sisa plasenta
- e. Uterus tidak teraba, lumen vagina terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, nyeri sedikit atau berat (inversio uterus) (Yuanti *et al.*, 2022).

Gejala klinis lainnya berupa pendarahan pervaginam yang terus-menerus setelah bayi dan plasenta lahir. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu keadaan penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat, ekstremitas dingin (Wardani, 2017). Gambaran 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 (Yuanti *et al.*, 2022).

## 6. Komplikasi

Karena kehilangan darah terjadi pada perdarahan postpartum, pasien berisiko mengalami syok hipovolemik. Ketika pasien kehilangan 20% darah, mengalami takikardia, takipnea, tekanan nadi menyempit, dan pengisian kapiler tertunda. Hal ini dapat menyebabkan cedera iskemik pada hati, otak, jantung, dan ginjal (Kelly, 2022).

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada ibu dengan perdarahan postpartum sebagai berikut (Yuliawati & Anggraini, 2013):

- a. Ultrasonografi: Untuk melihat bagian dalam uterus apakah ada sisa plasenta yang tertinggal
  - b. Golongan darah: menentukan Rh, golongan darah, dan pencocokan silang
  - c. Jumlah darah lengkap: Menunjukkan penurunan hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht) dan/atau peningkatan jumlah sel darah putih
  - d. Kultur uterus dan vaginal
  - e. Urinalisis: Memastikan adanya kerusakan kandung kemih (Yuliawati & Anggraini, 2013)
8. Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan pada pasien dengan kasus perdarahan post partum yaitu segera meminta pertolongan, kemudian cegah terjadinya syok hemoragik dengan mencari sumber perdarahan dan segera lakukan tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan sumber perdarahan tersebut (Budiman & Mayasari, 2017). Penanganan umum perdarahan postpartum (Walyani, 2015), diantaranya:

- a. Ketahui secara pasti sejak awal kondisi ibu nifas (saat masuk)
- b. Lakukan observasi setiap 2 jam pertama postpartum (di ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung)
- c. Siapkan keperluan tindakan untuk kondisi gawat darurat
- d. Jika terjadi masalah dan komplikasi, lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan.
- e. Atasi kondisi syok
- f. Pada wanita dengan perdarahan berkelanjutan yang setara dengan kehilangan darah sebanyak 1.500 mL atau lebih atau pada wanita dengan tanda vital abnormal (takikardia dan hipotensi), segera lakukan persiapan untuk transfusi darah
- g. Pastikan kontraksi berlangsung dengan baik (lakukan tindakan untuk mengeluarkan bekuan darah, melakukan pijatan uterus, memberi uterotonika (diantaranya oksitosin, metilergomertrin, misoprostol).



Oksitosin diberikan 10-20 unit dalam 500 ml NaCL 0.9% atau 10 unit intramuskular, misoprostol diberikan dengan dosis 600-1000 mg dengan rute oral, rektal, atau vaginal.

- h. Asam traneksamat diberikan dengan dosis 1 gram yang diencerkan dalam 100 ml saline 0,9%.
- i. Pastikan dan lihat plasenta telah lahir dan lengkap dan lakukan eksplorasi terhadap adanya kemungkinan robekan di jalan lahir
- j. Lakukan uji beku darah jika ditemukan perdarahan terus berlangsung
- k. Pasang kateter menetap dan pantau masuk-keluar cairan.

Setelah memberikan obat-obatan, langkah selanjutnya adalah memberikan tatalaksana konservatif non bedah, seperti menyingkirkan faktor sisa plasenta atau robekan jalan lahir, melakukan kompresi bimanual atau kompresi aorta abdominal, serta memasang tampon uterus vagina dan kondom kateter. Langkah selanjutnya dari tatalaksana perdarahan postpartum adalah melakukan tatalaksana konservatif bedah, yakni metode kompresi uterus dengan teknik B-Lynch, devaskularisasi sistem perdarahan pelvis, atau embolisasi arteri uterina dengan radiologi intervensi. Langkah terakhir adalah melakukan histerektomi subtotal atau total (Simanjuntak, 2020).

#### 9. Metode pengukuran estimasi kehilangan darah

Penilaian kehilangan darah setelah persalinan diakui cukup sulit. Adapun beberapa metode atau teknik yang dapat digunakan untuk menghitung perkiraan jumlah kehilangan darah setelah persalinan berupa estimasi visual, pengukuran langsung dan gravimetri.

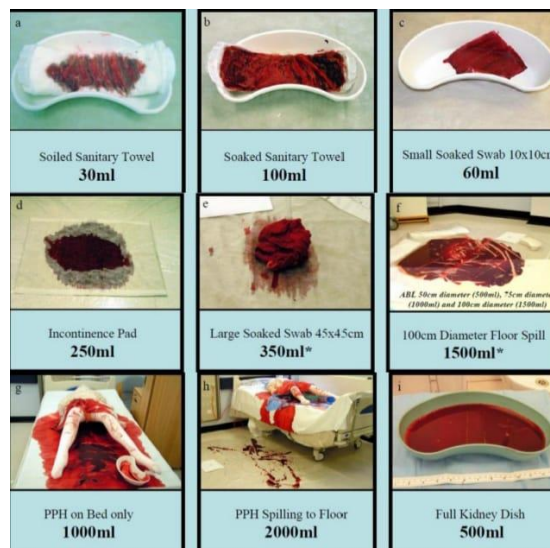
##### a. Estimasi visual

Estimasi visual merupakan metode yang paling sering digunakan dalam praktik sehari-hari untuk mengukur kehilangan darah dalam persalinan. Menurut Bose, P., Regan, F., & Paterson-Brown, S. (2006) Estimasi dilakukan dapat berupa:

- 1) Pembalut: pembalut berukuran 20 cm mampu menyerap 100 ml darah

- 2) Tumpahan darah dilantai: tumpahan darah dengan diameter 50, 70, 100 cm secara berturut-turut mewakili kehilangan darah 500 ml, 100 ml, dan 1500 ml
- 3) Kidney dish/nierbeken: nierbeken mampu menampung 500 ml darah
- 4) Underpad: underpad dengan ukuran 90 cmx60 cm, mampu menampung sampai 500 ml darah
- 5) Kasa: kasa standart ukuran 10x10 cm mampu menyerap 60 ml darah, sedangkan kasa ukuran 45x45 cm mampu menyerap 350 ml darah

**Gambar 2.2**  
**Estimasi Perdarahan Postpartum**



Sumber: *Bose, P., Regan, F., & Paterson-Brown, S. (2006)*

b. Pengukuran Langsung

Pengukuran langsung merupakan salah metode dalam mengukur kehilangan darah menggunakan alat untuk mengumpulkan darah secara langsung dan digunakan selama persalinan untuk mengukur kehilangan darah dengan tepat. Salah satunya dengan meletakkan baskom atau wadah di bawah genitalia eksterna untuk mengumpulkan darah.

c. Gravimetri Metode

Gravimetri dilakukan dengan mengukur berat material yang digunakan seperti spons dan mengurangi berat. sebelumnya untuk

memperkirakan jumlah darah yang hilang. Metode ini digunakan terutama untuk menilai kehilangan darah dalam operasi.

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

### **1. Teori Kebutuhan Dasar Manusia**

Pada hakikatnya, setiap manusia memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi agar kehidupan dapat berjalan dengan baik. Terdapat lima tingkat kebutuhan dasar manusia yang berbeda pada hierarki kebutuhan Maslow, mulai dari yang paling dasar hingga yang sifatnya kompleks. Hierarki Maslow umumnya digambarkan dalam bentuk piramida, di mana tingkat terendah piramida terdiri dari kebutuhan paling dasar, sedangkan kebutuhan yang paling kompleks ada di atas piramida. Setelah kebutuhan pada tingkat yang paling rendah terpenuhi, maka manusia dapat beralih ke tingkat kebutuhan berikutnya. Dalam dunia keperawatan, teori Maslow dimanfaatkan untuk menjalankan asuhan keperawatan dalam menentukan prioritas kebutuhan pasien (Muazaroh & Subaidi, 2019).

Berikut lima macam kebutuhan manusia dalam teori Maslow:

#### **a. Kebutuhan Fisik (*Physiological Needs*)**

Kebutuhan fisik adalah yang paling mendasar dan paling mendominasi kebutuhan manusia. Kebutuhan ini lebih bersifat biologis seperti oksigen, makanan, air dan sebagainya. Pemikiran Maslow akan kebutuhan fisik ini sangat dipengaruhi oleh kondisi pasca Perang Dunia II. Saat itu, manusia berada dalam kondisi yang begitu memilukan. Salah satunya adalah dilandanya kelaparan. Oleh karena itu, Maslow menganggap kebutuhan fisik adalah yang utama melebihi apapun.

#### **b. Kebutuhan akan Rasa Aman (*Safety Needs*)**

Setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi, manusia akan cenderung mencari rasa aman, bisa berupa kebutuhan akan perlindungan, kebebasan dari rasa takut, kekacauan dan sebagainya. Kebutuhan ini bertujuan untuk mengembangkan hidup manusia supaya menjadi lebih baik. Kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan kepuasan

ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu: fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan). Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

c. *Kebutuhan akan Kepemilikan dan Cinta (The Belongingness and Love Needs).*

Setelah kebutuhan fisik dan rasa aman terpenuhi, manusia akan cenderung mencari cinta orang lain supaya bisa dimengerti dan dipahami oleh orang lain. Jadi, Kebutuhan akan cinta tidak sama dengan kebutuhan akan seks. Sebaliknya, Maslow menegaskan, kebutuhan akan reproduksi justru dikategorikan sebagai kebutuhan fisik. Kebutuhan akan cinta ini menguatkan bahwa dalam hidup, manusia tidak bisa terlepas dari sesama.

d. *Kebutuhan untuk dihargai (The esteem Needs)*

Setelah ketiga kebutuhan di atas terpenuhi, maka sudah menjadi naluri manusia untuk bisa dihargai oleh sesama bahkan masyarakat. Maslow mengklasifikasikan kebutuhan ini menjadi dua bagian yaitu, pertama lebih mengarah pada harga diri. Kebutuhan ini dianggap kuat, mampu mencapai sesuatu yang memadai, memiliki keahlian tertentu menghadapi dunia, bebas dan mandiri. Sedangkan kebutuhan yang lainnya lebih pada sebuah penghargaan. Yaitu keinginan untuk memiliki reputasi dan prestise tertentu (penghormatan atau penghargaan dari orang lain). Kebutuhan ini akan memiliki dampak secara psikologis berupa rasa percaya diri, bernilai, kuat dan sebagainya.

e. *Kebutuhan Aktualisasi Diri (Self Actualization)*

Kebutuhan inilah yang menjadi puncak tertinggi pencapaian manusia setelah kebutuhan-kebutuhan di atas terpenuhi. Pencapaian aktualisasi diri ini berdampak pada kondisi psikologi yang meninggi pula seperti perubahan persepsi, dan motivasi untuk selalu tumbuh dan berkembang (Muazaroh & Subaidi, 2019)

**Gambar 2.3**  
**Hirarki Kebutuhan Dasar Menurut Maslow**



*Sumber : (Muazaroh & Subaidi, 2019)*

Berdasarkan teori di atas, pada pasien dengan perdarahan postpartum yaitu mengalami gangguan kebutuhan dasar pada tingkat pertama yaitu kebutuhan fisiologis dimana klien mengalami gangguan sirkulasi. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus di penuhi untuk memelihara homeostatis biologis dan kelangsungan hidup bagi setiap manusia. Kebutuhan ini dapat mengakibatkan sakit bahkan sampai kematian jika tidak terpenuhi. Oleh karena itu, kebutuhan fisiologis berada di urutan pertama atau teratas oleh Abraham Maslow.

Kebutuhan fisiologis (*Physiological Needs*) pada dasarnya merupakan segala sesuatu yang dibutuhkan dan mutlak untuk dipenuhi agar keadaan tubuh manusia dapat terus seimbang dan berlangsung normal (Sekarningrum *et al.*, 2019). Manusia memiliki delapan macam kebutuhan,

yaitu kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan dan elektrolit, makan dan minum, eliminasi, istirahat dan tidur, kesehatan temperatur dan seksual.

#### a. Kebutuhan Sirkulasi

Sistem sirkulasi berperan dalam homeostatis dengan berfungsi sebagai sistem transportasi tubuh dengan mengangkut oksigen, karbondioksida, zat sisa, elektrolit, nutrisi dari satu bagian tubuh ke bagian tubuh yang lain. Sistem sirkulasi dibangun oleh darah, jantung, dan pembuluh darah (Saadah, 2018).

Sel darah merah mengandung hemoglobin yaitu protein yang membawa oksigen ke seluruh tubuh. Ketika hemoglobin jumlahnya tidak cukup maka tubuh tidak akan mendapatkan suplai oksigen sesuai dengan kebutuhannya. Hemoglobin fungsi utamanya adalah mengangkut oksigen dari paru-paru keseluruh tubuh dan menukarkannya dengan karbondioksida dari jaringan untuk dikeluarkan melalui paru-paru. Pada keadaan normal kadar hemoglobin dalam darah untuk perempuan 12- 16 g/dl (Arnanda *et al.*, 2019).

Secara umum perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (PPNI, 2017). Menurut Farida (2017) ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, terjadi karena adanya penurunan kadar hemoglobin yang terus menerus, sehingga mengganggu pemenuhan oksigen ke seluruh tubuh.

Pada SDKI (2016) tanda dan gejala mayor berupa pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Sedangkan gejala minor berupa; parastesia, nyeri ekstremitas, edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial < 0,90 dan adanya bruit femoralis. Adapun intervensi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif yaitu transfusi darah (I.02099).

Menurut Astuti dan Laksono (2013), transfusi darah adalah suatu proses menyalurkan darah atau produk darah dari satu orang ke sistem peredaran darah orang lainnya. Transfusi darah berhubungan dengan kondisi medis seperti kehilangan darah dalam jumlah besar disebabkan

oleh trauma, operasi, syok dan tidak berfungsinya organ pembentukan sel darah merah. Transfusi darah pada praktik klinik dapat menggunakan berbagai jenis komponen, baik darah lengkap (*whole blood*), sel darah merah pekat (*packed red cells/PRC*), sel darah merah yang dicuci (*washed erythrocytes/WE*), trombosit, plasma segar beku (*fresh frozen plasma/FFP*), dan sebagainya sesuai indikasi. Pemberian kantong darah PRC memerlukan waktu 1-3 jam (Wahidiyat & Adnani, 2017). Kecepatan transfusi Idealnya satu unit darah utuh atau sel darah merah kemasan ditransfusikan dalam dua jam. Namun seorang pasien yang mengalami toleransi cairan yang rendah dapat menjalani transfusi lebih dari 4 jam (Potter dan Perry, 2013).

Rumus menghitung kebutuhan transfusi menggunakan rumus empiris sebagai berikut : Bila yang digunakan *Packed red cells*, maka kebutuhan menjadi  $BB \text{ (kg)} \times 4 \times (\text{Hb diinginkan} - \text{Hb tercatat})$ . Selang transfusi 1 ml rata-rata 15 tetes/menit (Ximenes et al., 2020).

Adapun cara perhitungan jumlah tetesan transfusi sebagai berikut (Dartini, 2018):

$$\text{Tetes/menit: } \frac{\text{Jumlah cairan (cc)} \times \text{faktor tetesan}}{\text{Waktu (jam)} \times 60 \text{ (menit)}}$$

Faktor tetesan:

- 1) Transfusi set: 15 tetes/menit,
- 2) Makro set 20 tetes permenit
- 3) Mikro set: 60 tetes permenit

Sebelum dilakukan pemberian transfusi darah maka dilakukan pemberian infus NaCL. Infus NaCL difungsikan untuk menjaga tekanan osmotik dalam darah. Pemberian ini bermanfaat untuk menurunkan osmolaritas sampai akhirnya mengisi sel-sel yang dituju untuk mencegah peningkatan volume cairan dalam pembuluh darah akibat masuknya darah transfusi. Apabila jumlah cairan yang diberikan sedikit atau kurang dari 50 ml maka akan berisiko terjadinya penggumpalan darah/koagulasi dan peningkatan kekentalan darah dalam pembuluh darah sehingga akan menambah berat beban jantung. Penggunaan larutan lain dapat

merugikan, seperti larutan dekstrose dapat menyebabkan hemolisis (pecahnya sel darah merah dan keluarnya hemoglobin ke plasma). Ringer laktat mengandung kalsium akan menyebabkan koagulasi (Amelia et al., 2021). Pemasangan infus NaCl diberikan selama 15 menit, dengan rata-rata 20 tetesan permenit (Triwidiyantari, 2021)

Observasi tanda-tanda vital sebelum prosedur pemasangan transfusi darah penting untuk memastikan fungsi kardiovaskular stabil, karena penambahan darah pada tubuh akan meningkatkan beban jantung untuk memompa darah dan beban ginjal untuk melakukan filtrasi (Rosmita & Widodo, 2021).

Rata-rata kenaikan kadar Hb yaitu 0,5-1 g/dl. Darah transfusi tersebut diberikan selama dua (2) sampai empat (4) jam dengan kecepatan antara 1–2 mL/menit. Kenaikan kadar Hb juga dipengaruhi oleh banyaknya cairan yang masuk pada tubuh pasien dan bisa juga disebabkan oleh penyakit pasien, sehingga menyebabkan kadar hemoglobin tidak mencapai kadar normal, pada pasien transfusi kadar hemoglobin juga dipengaruhi oleh masa hidup eritrosit atau lisisnya darah yang akan di transfusikan sehingga kadar hemoglobin setelah ditransfusikan tidak mencapai batas normal. Setelah transfusi kadar hemoglobin diperiksa kembali minimal 12 jam setelah transfusi darah (Amelia *et al.*, 2021).

Berdasarkan PMK No. 91 tahun 2015 tentang standar transfusi pelayanan darah. Adapun jika terjadi reaksi transfusi, penanganan yang dapat dilakukan adalah pertama, hentikan transfusi. Kedua, berikan antihistamin intramuscular (IM). Ketiga, lakukan observasi dalam waktu 30 menit. Jika ada perbaikan, transfusi dapat dilanjutkan.

#### b. Kebutuhan Cairan

Kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespons terhadap stressor fisiologis dan lingkungan. Cairan dan elektrolit saling berhubungan ketidakseimbangan yang berdiri sendiri jarang terjadi dalam bentuk kelebihan atau kekurangan (Wartonah, 2016).



Perdarahan postpartum yang masif dapat menyebabkan syok. Syok adalah suatu sindroma akut yang timbul karena disfungsi kardiovaskular dan ketidakmampuan sistem sirkulasi memberi oksigen dan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme organ vital. Syok menyebabkan perfusi jaringan tidak adekuat/hipoksia selular, metabolisme selular abnormal, dan kerusakan homeostatis mikrosirkulasi. Syok hipovolemik disebut juga dengan syok preload yang ditandai dengan menurunnya volume intravaskular oleh karena perdarahan. Syok hipovolemik juga dapat terjadi karena kehilangan cairan tubuh yang lain.

c. Nyeri dan Kenyamanan

Postpartum adalah masa yang rentan bagi kelangsungan hidup ibu baru bersalin. Ibu postpartum pada saat persalinan seringkali mengakibatkan robekan jalan lahir, untuk mencegah terjadinya robekan pada perineum akibat desakan kepala janin, seringkali perlu dilakukan tindakan episiotomi sehingga memudahkan pengeluaran bayi (Handayani dan Prasetyorini, 2017). Panjang luka episiotomi rata-rata mencapai 4 cm dan dapat mencapai jaringan lemak (Triwik, 2016).

Episiotomi yaitu tindakan dengan membuat sayatan antara vulva dan anus untuk memperbesar pintu vagina dan mencegah kerusakan jaringan lunak yang lebih hebat akibat daya regang yang melebihi kapasitas adaptasi atau elastisitas jaringan tersebut, agar fetus tidak mengalami disproporsi yang membuat kelahiran menjadi tertunda dan terjadi hipoksia pada bayi (Astuti, 2012).

Salah satu pengkajian nyeri membagi tingkat nyeri yakni, ringan (1-3), sedang (4-6), dan berat (7-10) dimana menggunakan rentang 0 merupakan tanda tidak nyeri dan 10 nyeri sangat hebat, serta dengan sekaligus mengkaji secara objektif dengan mengkaji respon nyeri pada wajah.

d. Aktivitas dan istirahat

Ibu nifas membutuhkan istirahat dan tidur yang cukup. Istirahat sangat penting untuk ibu menyusui. Seorang wanita yang dalam masa

nifas dan menyusui memerlukan waktu lebih banyak untuk istirahat karena sedang dalam proses penyembuhan, terutama organ-organ reproduksi dan untuk kebutuhan menyusui bayinya. Istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

e. Kebersihan diri dan perineum

Kebersihan diri pasien membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada pasien. Anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, atau menggunakan waslap jika pasien tidak mampu berdiri. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana pasien tinggal. Untuk menghindari infeksi perineum perlu dilakukan perawatan vulva yang disebut *vulva hygiene*. *Vulva hygiene* adalah membersihkan daerah vulva pada ibu yang telah melahirkan sampai 42 hari pasca salin. Manfaat *vulva hygiene* yaitu untuk menjaga vagina dan daerah sekitarnya tetap bersih dan nyaman, mencegah munculnya keputihan, bau tak sedap dan gatal-gatal serta menjaga pH vagina tetap normal (3,5-4,5).

Perlukaan jalan lahir sudah dapat dipastikan terjadi pada setiap persalinan yang akan menjadi jalan masuknya bakteri yang bersifat komensal dan menjadi infeksius. Hal ini akan meningkatkan resiko infeksi post partum dengan adanya jejas luka perineum karena tindakan episiotomi, ruptur spontan dan adanya trauma oleh janin. Meskipun luka ini bersifat lokal diperlukan perawatan yang tepat untuk menghindari penyebaran infeksi secara sistemik.

Resiko infeksi adalah keadaan dimana seseorang berisiko mengalami peningkatan terserang oleh organisme patogenik (SDKI, 2016). Resiko infeksi merupakan keadaan dimana seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasite lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen (Potter & Perry, 2005).

Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman, dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan membersihkan daerah genital dengan air dan sabun setiap hari yang dimulai dengan mencuci bagian depan, baru kemudian daerah anus. Pembalut hendaknya diganti minimal 2 kali sehari. Bila pembalut yang dipakai pasien bukan pembalut habis pakai, pembalut dapat dipakai kembali dengan dicuci, dijemur dibawah sinar matahari dan disetrika (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Dari data-data diatas, maka perlu dibutuhkannya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perdarahan post partum meliputi monitor perdarahan, mengukur tanda-tanda vital, monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. pemeriksaan darah lengkap), memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan, mencegah terjadinya infeksi (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Perlunya perawat melakukan upaya peningkatan pendidikan kesehatan dalam intervensi keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan kepuasan pasien dengan postpartum, berupa pendidikan kesehatan terstruktur. Disamping peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, kehadiran keluarga sangat dibutuhkan dalam memberikan dukungan yang diperlukan dan membina kerjasama dalam memberikan perawatan pada pasien (Amelia *et al.*, 2021).

## **f. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

#### **a. Keluhan utama**

Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien sehingga menyebabkan timbulnya gangguan pada dirinya. Pada pasien dengan perdarahan post

partum adanya mata berkunang-kunang, pusing, badan terasa lemas, perut mulas, serta terus menerus mengeluarkan darah setelah bayi lahir (Ulya *et al.*, 2021).

b. Riwayat kesehatan

Meliputi alasan klien masuk rumah sakit, keluhan yang dirasakan saat ini yaitu: kehilangan darah dalam jumlah banyak, nadi lemah, pucat, lokea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, mual.

c. 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 mengalami kelainan-kelainan dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien saat kehamilannya, HPHT, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, jumlah anak yang hidup dan mati, penolong persalinan, jenis persalinan, kelainan-kelainan pada masa nifas.

d. Tanda-tanda vital

Kaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada Ibu. Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi. Tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya perdarahan post partum.

e. Kepala dan wajah

- 1) Rambut, melihat kebersihan rambut, warna rambut, dan kerontokan rambut.
- 2) Wajah, adanya edema pada wajah atau tidak. Kaji adanya flek hitam.
- 3) Mata, konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia kerana perdarahan saat persalinan.
- 4) Hidung, kaji dan tanyakan pada ibu, apakah ibu menderita pilek atau sinusitis. Infeksi pada ibu postpartum dapat meningkatkan kebutuhan energi
- 5) Mulut dan gigi, tanyakan pada ibu apakah ibu mengalami stomatitis, atau gigi yang berlubang. Gigi yang berlubang dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik.

- 6) Leher, kaji adanya pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran kelenjar tiroid. Kelenjar limfe yang membesar dapat menunjukkan adanya infeksi, ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, nyeri dan bengkak.
- 7) Telinga, kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga.

f. Pemeriksaan thorak

Perhatikan bila ada kelainan, seperti pembesaran masif, gerakan dada yang tidak simetris pada perubahan posisi kontur atau permukaan. Kaji kondisi permukaan, permukaan yang tidak rata seperti adanya depresi, retraksi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor. Warna kulit, kaji adanya kemerahan pada kulit yang dapat menunjukkan adanya peradangan dan adakah pembengkakan pada payudara.

g. Aktifitas/Istirahat

Pasien melaporkan kelelahan berlebihan

h. Sirkulasi

Terdapat kehilangan darah pada kelahiran umumnya 500-800 ml (kelahiran per vaginam), 600-800 ml (kelahiran *Caesarea*), riwayat anemia kronis, perubahan tekanan darah dan nadi, pelambatan pengisian kapiler, pucat, kulit dingin/lembab, perdarahan vena gelap dari uterus ada secara eksternal (plasenta tertahan), dapat mengalami perdarahan vaginal berlebihan, atau rembesan dari insisi episiotomi.

i. Nyeri/ketidaknyamanan

Sensasi nyeri terbakar/robekan (laserasi), nyeri vulva/vagina, nyeri uterus lateral, nyeri panggul (hematoma ke dalam ligamen luas), nyeri tekan abdominal (atonia uterus, fragmen plasenta tertahan), nyeri abdominal (inversi uterus) (Wardani, 2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa

keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016). Berdasarkan SDKI 2016 diagnosa yang muncul pada kasus Perdarahan Post Partum adalah:

**Tabel 2.1**  
**Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Perdarahan Post Partum**

No	Tanda dan gejala	Diagnosa	Penyebab
1	2	3	4
1	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Akral teraba dingin 3. Warna kulit pucat 4. Turgor kulit menurun Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif: 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial <0.90 4. Bruit femoralis	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan Kadar Haemoglobin
2	Data objektif: - Data Subjektif: -	Risiko Syok	Kekurangan Volume Cairan
3	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Mengeluh Lelah Objektif: 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Gejala dan tanda Minor Subjektif: 1. Dipsnea setelah aktivitas	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan

1	2	3	4
	2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif: 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis		
4	Gejala dan tanda Mayor Subjektif: 1. Mengeluh tidak nyaman Objektif: 1. Gelisah Gejala dan tanda Minor Subjektif: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Mengeluh kedinginan atau kepanasan 4. Merasa gatal 5. Mengeluh mual 6. Mengeluh Lelah Objektif: 1. Menunjukkan gejala distress 2. Tampak merintih/menagis 3. Pola eliminasi berubah 4. Postur tubuh berubah Iritabilitas	Gangguan Rasa Nyaman	Nyeri
5	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Mengeluh tidak nyaman Objektif: 1. Tampak meringis 2. Terdapat kontraksi uterus 3. Luka episiotomi 4. Payudara bengkak	Ketidaknyaman Pasca Partum	Involusi uterus

1	2	3	4
	Gejala dan tanda Minor Subjektif: <i>(tidak tersedia)</i> Objektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Berkeringat berlebihan 4. Menangis/merintih 5. Haemorroid		
6	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif: 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya Objektif: 1. Frekuensi nafas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat	Ansietas	Krisis Situasional
7	Data subjektif: - Data objektif: -	Risiko Infeksi	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: penurunan hemoglobin
8	Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Menolak melakukan perawatan diri	Defisit perawatan diri	Kelemahan



1	2	3	4
	Objektif: 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan tanda minor: Subjektif: <i>(tidak tersedia)</i> Objektif: <i>(tidak tersedia)</i>		

Berdasarkan SDKI 2016 diagnosa yang muncul pada kasus Perdarahan Post Partum adalah

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
  - b. Risiko syok dibuktikan dengan kekurangan volume cairan
  - c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
  - d. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri
  - e. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula
  - f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
  - g. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: penurunan hemoglobin
  - h. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
3. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan bertujuan untuk menyusun strategi untuk mengatasi hambatan atau masalah pasien. Perawat secara teratur meninjau kemajuan pasien dan merevisi rencana perawatan yang sesuai kebutuhan pasien (Indracahyani, 2019). Rencana Keperawatan pada pasien dengan Perdarahan Pascapartum terdapat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 2.2**  
**Rencana Tindakan Keperawatan Pada Perdarahan Post Partum**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan
1	2	3	4
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif [D.0009]	Perfusi Perifer [L.02011] Dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menurun 12. Pengisian kapiler membaik 13. Akral membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Tekanan darah sistolik membaik 16. Tekanan darah diastolik membaik 17. Tekanan arteri rata-rata membaik 18. Indeks <i>anckle-brachial</i> membaik	Manajemen Cairan [I.03098] Observasi: 1. Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, <i>BUN</i> ) 5. Monitor status hemodinamik (mis. <i>MAP</i> , <i>CVP</i> , <i>PAP</i> , <i>PCWP</i> jika tersedia) Teraupetik: 1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

1	2	3	4
2	Risiko Syok [D.0039]	Tingkat Syok [L.03032] Dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Tingkat kesadaran meningkat 4. Saturasi oksigen membaik 5. Akral dingin menurun 6. Pucat menurun 7. Rasa haus menurun 8. Konfusi menurun 9. Letargi menurun 10. Asidosis metabolik menurun 11. Tekanan darah arteri rata-rata membaik 12. Tekanan darah sistolik membaik 13. Tekanan darah diastolik membaik 14. Tekanan nadi membaik 15. Pengisian kapiler membaik 16. Frekuensi nadi membaik 17. Frekuensi nafas membaik	Pencegahan Syok [I.02068] Observasi: 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nadi, TD) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa status alergi Terapeutik: 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 2. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 3. Pasang jalur IV, jika perlu 4. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu 5. Lakukan skin test untuk mencegah status alergi Edukasi: 1. Jelaskan penyebab atau faktor resiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok

1	2	3	4
			3. Anjurkan melapor jika menemukan tanda dan gejala awal syok 4. Anjurkan perbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan hindari alergen Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian antiinflamasi
3	Ketidaknyamanan Pasca Partum [D.0075]	Status Kenyamanan Pascapartum [L.07061] Dengan kriteria hasil: 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Meringis menurun 3. Luka episiotomi menurun 4. Kontraksi uterus menurun 5. Berkeringat menurun 6. Menangis menurun 7. Merintih menurun 8. Hemoroid menurun 9. Kontraksi uterus menurun 10. Payudara bengkak menurun 11. Tekanan darah menurun 12. Frekuensi nadi menurun	Manajemen Nyeri [I.08238] Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

1	2	3	4
			<p>9. Monitor efek samping analgetik</p> <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. <i>TENS</i>, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat,) aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan gunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>

1	2	3	4
4	Intoleransi Aktivitas [D.0056]	<p>Toleransi Aktivitas [L.05047]</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>2. Kecepatan berjalan meningkat</li> <li>3. Jarak berjalan meningkat</li> <li>4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> <li>5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>6. Toleransi menaiki tangga meningkat</li> <li>7. Keluhan lelah menurun</li> <li>8. Dipsnea saat aktivitas menurun</li> <li>9. Dipsnea setelah aktivitas menurun</li> <li>10. Aritmia saat aktivitas menurun</li> <li>11. Aritmia setelah aktivitas menurun</li> <li>12. Sianosis menurun</li> <li>13. Perasaan lemah menurun</li> <li>14. Frekuensi nadi membaik</li> <li>15. Frekuensi napas membaik</li> <li>16. EKG iskemia membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Energi [I.05178]</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas fisik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> <li>5. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>6. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi cara meningkatkan asupan makanan</p>

1	2	3	4
5	Ansietas [D.0080]	Tingkat Ansietas [L.09093] Dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Diaforesis menurun 9. Tremor menurun 10. Pucat menurun 11. Konsentrasi membaik 12. Pola tidur membaik 13. Frekuensi pernapasan membaik 14. Frekuensi nadi membaik 15. Tekanan darah membaik 16. Kontak mata membaik 17. Pola berkemih membaik 18. Orientasi membaik	Reduksi Ansietas [I.09314]  Observasi: 1. Identifikasi tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).  Teraupetik: 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

1	2	3	4
			<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>6. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>7. Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
6	Gangguan Rasa Nyaman [D.0074]	<p>Status Kenyamanan [L.08064]            Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesejahteraan fisik meningkat</li> <li>2. Kesejahteraan psikologis meningkat</li> <li>3. Dukungan sosial dari keluarga meningkat</li> <li>4. Dukungan sosial dari teman meningkat</li> <li>5. Perawatan sesuai keyakinan budaya meningkat</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri [I.08238]</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol>



1	2	3	4
		<p>6. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat</p> <p>7. Kebebasan melakukan ibadah meningkat</p> <p>8. Rileks meningkat</p> <p>9. Keluhan tidak nyaman menurun</p> <p>10. Gelisah menurun</p> <p>11. Kebisingan menurun</p> <p>12. Keluhan sulit tidur menurun</p> <p>13. Keluhan kepanasan menurun</p> <p>14. Gatal menurun</p> <p>15. Mual menurun</p> <p>16. Lelah menurun</p> <p>17. Merintih menurun</p> <p>18. Menangis menurun</p> <p>19. Iritabilitas menurun</p> <p>20. Konfusi menurun</p> <p>21. Menyalahkan diri sendiri menurun</p> <p>22. Konsumsi alkohol menurun</p> <p>23. Penggunaan zat menurun</p> <p>24. Memori masa lalu menurun</p> <p>25. Pola eliminasi membaik</p> <p>26. Postur tubuh membaik</p> <p>27. Kewaspadaan menurun</p> <p>28. Pola hidup membaik</p> <p>29. Pola tidur membaik</p>	<p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Teraupetik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. <i>TENS</i>, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p>

1	2	3	4
			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Anjurkan gunakan analgetik secara tepat</li> <li>6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>
7	<p>Risiko infeksi [D.0142]</p>	<p>Tingkat Infeksi [L.14137]            Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat</li> <li>3. Demam menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Nyeri menurun</li> <li>6. Bengkak menurun</li> <li>7. Vesikel menurun</li> <li>8. Cairan berbau busuk menurun</li> <li>9. Sputum berwarna hijau menurun</li> <li>10. Drainase purulent menurun</li> <li>11. Piuria menurun</li> <li>12. Periode malaise menurun</li> <li>13. Periode menggigil menurun</li> <li>14. Letargi menurun</li> <li>15. Gangguan kognitif menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi [I.14539]            Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan mencuci tangan yang benar</li> </ol>

1	2	3	4
		16. Kadar sel darah putih membaik 17. Kultur darah membaik 18. Kultur urin membaik 19. Kultur sputum membaik 20. Kultur area luka membaik 21. Kultur feses membaik 22. Nafsu makan membaik	3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan  Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi
8	Defisit Perawatan Diri [D.0109]	Perawatan Diri [L.11103] Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 7. Mempertahankan perawatan diri meningkat 8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	Dukungan Perawatan Diri [I.11248]  Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kemampuan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan  Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi menerima ketergantungan

1	2	3	4
			<p>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi: Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2017).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (PPNI, 2017). Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (respon verbal pasien terhadap tindakan), objektif (respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), analisis data (menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang atau muncul masalah baru) dan perencanaan (perencanaan atau tindak lanjut tindakan yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan hasil analisa).