

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Proses Keperawatan**

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

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses perawatan, untuk itu di perlukan kecermatan dan keterlitihan tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini (Mitayani 2018). Tahap ini terbagi atas:

##### a. Pengumpulan Data

###### 1) Identitas

- a) Nama : Dikaji untuk mengenal dan mengetahui pasien agar tidak keliru dalam memberikan penanganan
- b) Umur : Untuk mengetahui umur pasien, semakin tua umur resiko terjadinya per-eklamsi berat sangat berat
- c) Agama : Sebagai keyakinan individu untuk proses kesebuhannya
- d) Alamat : Untuk mengentahui alamat rumahnya
- e) Pendidikan: dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien sehingga mempermudah dalam pemberian pendidikan kesehatan

###### 2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan oleh pasien saat pertama kali dikaji dan diberikan asuhan keperawatan

###### 3) Riwayat Kehamilan dan persalinan

Seperti riwayat hipertensi dalam kehamilan dan pre eklamsi/ eklamsia, bayi besar, peradarahan saat hamil,persalinan dengan tindakan robekan jalan lahir, partus dan lain lain

###### 4) Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien pernah mempunyai riwayat penyakit yang berhubungan dengan saluran pencernaan yang menyebabkan mual dan muntah

5) Riwayat penyakit keluarga

Adakah keluarga pasien yang menderita penyakit tertentu yang dapat memperberat / menimbulkan komplikasi pada ibu hamil misalnya : penyakit hipertensi. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan : Cemas dan ketakutan

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Identifikasi keadaan ibu secara umum, apakah ibu mengeluh kelelahan ataukah dalam kondisi bugar.

2) Pemeriksaan TTV

identifikasi tanda vital meliputi nadi, suhu, tekanan darah, sertarepository rite secara berkala pada jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit untuk jam-jam setelahnya. Kemudian, untuk Nadi serta Suhu diatas standar bisa menunjukkan kemungkinan terjadinya infeksi (Prawirahardjo 2018)

3) Pemeriksaan kepala

a) Mata konjungtiiva anemis atau tidak

b) Hidung. Tanyakan apakah ibu menderita pilek atau sinusitis.

c) Telinga. Identifikasi apakah ibu menderita infeksi atau adanya peradangan pada telinga.

d) Mulut dan Gigi. Tanyakan terhadap ibu mengenai adanya stomatitis.

e) Leher. Identifikasi terjadinya pembesaran pada kelenjar limfe serta kelenjar tiroid.

4) Pemeriksaan Payudara

a) Payudara

Lihat ukuran, bentuk, kesimetrisan, warna kemerahan pada kulit payudara, bentuk dan permukaan payudara. Jika permukaannya tidak rata, retraksi atau adanya luka pada kulit payudara dan perlu diwaspadai adanya tumor

b) Areola

Lihat areola mengenai bentuk, ukuran serta kerataan. Areola biasanya lebih luas serta semakin hitam karena hiperpigmentasi saat kehamilan

c) Puting

Lihat areola mengenai bentuk, ukuran serta kerataan. Perhatikan apakah puting menonjol atau masuk ke dalam

d) Palpasi

Palpasi payudara bertujuan melihat adakah pembengkakan pada payudara, palpasi payudara apakah ada massa, dan kaji pengeluaran colostrum, colostrum akan bertambah pada hari ke 2 atau hari ke 3.

5) Pemeriksaan Abdomen

Ketika pemeriksaan abdomen serta pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri posisinya yaitu supinasi dengan kaki sedikit di tekuk (Manggiasih 2020)

a) Keadaan

Keadaan Identifikasi adanya striae serta linea alba. Identifikasi kondisi abdomen, apakah keras atau lembek.

b) Diastasis Rektus Abdominis (DRA)

Diastasis rektus abdominis atau DRA yaitu regangan pada otot rectus abdominis yang diakibatkan oleh pembesaran uterus. Diastasis tidak bisa menyatu kembali seperti pre-hamil, tetapi bisa mendekat melalui memotivasi ibu terhadap senam nifas. Jika akan melakukan palpasi, minta ibu untuk tidur terlentang tanpa bantal, letakkan jari tangan pemeriksa dibawah pasien dan minta ibu untuk mengangkat kepala (tanpa bantal atau lainnya).

c) Fundus Uteri

Palpasi fundus uteri dari arah umbilicus ke bawah, dengan menentukan tinggi fundus uteri (TFU) misalnya 1 jari diatas pusat, 2 jari diatas pusat, dll, posisi fundus uteri sentral

ataukah lateral. Posisi lateral biasanya terdapat dorongan oleh bladder yang penuh. Kontraksi juga perlu di periksa, kontraksi lemah ataupun perut terasa lunak, jika menggambarkan kontraksi uterus kurang maksimal sehingga kemungkinan terjadinya pendarahan. Identifikasi fundus uteri perhari yaitu pada kekuatan serta lokasinya. Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kemih sebelum dilakukannya tindakan palpasi.

d) Kandung kemih

Kaji dan palpasi kandungan urin pada kandung kemih. Kaji tingkat distensi pada kandung kemih selama 8 jam

6) Pemeriksaan Genital

a) Inspeksi adanya edema pada banyak urin, edema terhadap traktus urinarius bisa menyebabkan penyumbatan obstruksi dari uretra dengan tujuan agar terjadinya retensi urin.

b) Periksa lochea, merupakan kotoran yang dikeluarkan dari vagina yang terdiri dari jaringan serta lendir yang berasal dari rahim dan vagina. Dengan cara monitor lochea setiap 4 sampai 8 jam, kaji frekuensi ketika melakukan penggantian pembalut. Yang terakhir yaitu kaji warna dan bau Lokhea. Bau lochea seperti bau darah menstruasi, jika baunya kurang sedap atau busuk pertanda bahwa terdapat infeksi di saluran reproduksi. Pemeriksaan Perineum dan Rectum

a) Memposisikan klien dan kaji keutuhan perineum, apakah utuh, apakah ada luka episiotomy atau luka laserasi/rupture

b) Identifikasi luka episiotomy serta kondisi jahitan, kaji tanda-tanda REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*) .

7) Pemeriksaan Ekstremitas

Identifikasi ada atau tidaknya varises, kaji adanya edema, dan evaluasi adanya tanda hooman.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosis yang ditemukan pada pasien dengan pendarahan Post Partum Spontan atau pervagina sesuai (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016) adalah :

- a. Defisit volume cairan intravaskuler b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)
- b. Perfusi jaringan perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
- c. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)
- d. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D. 0111)
- e. Gangguan rasa nyaman b.d Luka perenium (D.0074)
- f. Resiko infeksi b.d adanya luka insisi perenium (D.0142)

(Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan)

No	Diagnosa	Penyebab/Faktor resiko	Data Mayor	Data Minor	Kondisi klinis Terkait
1.	<b>Defisit Volume Cairan (D.0023)</b> <b>Definisi:</b> Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraselular	<b>Penyebab :</b> 1. Kehilangan cairan aktif 2. Kegagalan mekanisme regulasi 3. Peningkatan permeabilitas kapiler 4. Kekurangan intake cairan 5. Evaporasi	<b>Subjektif :</b> (Tidak tersedia )  <b>Objektif :</b> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Nadi teraba lemah 3. Tekanan darah menurun 4. Tekanan nadi menyempit 5. Burger kulit menyempit 6. Membran mukosa kering 7. Volume urine menurun 8. Hematokrit meningkat	<b>Subjektif :</b> 1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus  <b>Objektif :</b> 1. Pengisian vena menurun 2. Status mental berubah 3. Suhu tubuh meningkat 4. Konsentrasi urin meningkat 5. Berat badan turun tiba-tiba	1. Penyakit Addison 2. Trauma/pendarahan 3. Luka bakar 4. AIDS 5. Penyakit Crohn 6. Muntah 7. Diare 8. Kolitis ulseratif 9. Hipoalbuminemia

2.	<p><b>Perfusi Perifer Tidak Efetif (D.0009)</b></p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p>	<p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hiperglikemia</li> <li>2. penurunan konsentrasi hemoglobin</li> <li>3. Peningkatan tekanan darah</li> <li>4. Kekurangan volume cairan</li> <li>5. Penurunan aliran arteri dan/atau vena</li> <li>6. Kekurangan terpapar informasi tentang faktor pemberat ( mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)</li> <li>7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit ( mis. Diabetes melitus, hiperlipidemia)</li> <li>8. Kurang aktivitas fisik</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <p>(Tidak tersedia )</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisian kapiler &gt;3 detik.</li> <li>2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba.</li> <li>3. Akral teraba dingin.</li> <li>4. Warga kulit pucat.</li> <li>5. Turgor kulit menurun.</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parastesia.</li> <li>2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema.</li> <li>2. Penyembuhan luka lambat.</li> <li>3. Indeks ankle-brachial &lt; 0,90.</li> <li>4. Bruit femoral.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tromboflebitis.</li> <li>2. Diabetes melitus.</li> <li>3. Anemia.</li> <li>4. Gagal Jantung kongenital.</li> <li>5. Kelainan jantung kongenital</li> <li>6. Thrombosis arteri.</li> <li>7. Varises.</li> <li>8. Trombosis vena dalam.</li> <li>9. Sindrom kompartemen</li> </ol>
3.	<p><b>Nyeri Akut (D.0077)</b></p> <p><b>Definisi:</b></p> <p>pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang</p>	<p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pancadara kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen penjara revisi (mis. Abses, amputasi,</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh Nyeri</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <p>(Tidak Tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola nafas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berpikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pembedahan</li> <li>2. Cedera traumatis</li> <li>3. Infeksi</li> <li>4. Sindrom koroner akut</li> <li>5. Glaukoma</li> </ol>

	berlangsung kurang dari 3 bulan	terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	nadi meningkat 5. Sulit tidur	6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	
	<p><b>Defisit Pengetahuan (D.0111)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu</p>	<p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterbatasan kognitif</li> <li>2. Gangguan fungsi kognitif</li> <li>3. Kekeliruan mengikuti anjuran</li> <li>4. Kurang terpapar informasi</li> <li>5. Kurang minat dalam belajar</li> <li>6. Kurang mampu mengingat</li> <li>7. Ketidaktahuan menentukan sumber informasi</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b> ( tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat</li> <li>2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, igitasi histeria)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien</li> <li>2. Penyakit akut</li> <li>3. Penyakit kronis</li> </ol>

### 3. Intervensi Keperawatan

(Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan)

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1 P.1.	Deficit volume cairan intravaskuler	<p><b>Status Cairan (L.03028)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam status cairan membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Kekuatan nadi membaik</p> <p>b Turgor kulit membaik</p> <p>c. kadar hb membaik</p>	<p><b>Manajemen syok Hipovolemia (I.02050)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Monitor status kardiopulmunal ( frekwensi dan kekuatan nadi, frekwensi nafas ,dan tekanan darah)</p> <p>b. Monitor status cairan ( masukan dan haluaran ,turgor kulit dan CRT)</p> <p><b>Trapeutik :</b></p> <p>a. Pertahankan jalan nafas paten</p> <p>b. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>a. kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa</p>	<p><b>Manajemen pendarahan pervaginam pasca persalinan (I.02045)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Identifikasi penyebab kehilangan darah (Antonia uteri atau robekan jalan lahir )</p> <p>b. Monitor kadar HB,Ht,PT dan APTT</p> <p><b>Trapeutik :</b></p> <p>a. Lakukan penekanan pada area pendarahan</p> <p>b. Posisikan supine</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian tranfusi darah</p>
2. P.1	Perfusi perifer tidak efektif	<p><b>Perfusi perifer (L.02011)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Denyut nadi perifer meningkat</p> <p>b. Penyembuhan luka meningkat</p> <p>c. Edema ferifer menurun</p>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)</p> <p>b. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. Hindari pemasangan</p>	<p><b>Manajemen syok hipovolemik (I.02050)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Monitor status kardiopulmunal ( frekwensi dan kekuatan nadi, frekwensi nafas ,dan tekanan darah)</p> <p>2. monitor status cairan ( masukan dan haluaran ,turgor kulit dan CRT)</p>



		<p>d. Turgor kulit cukup membaik</p> <p>e. Tekanan darah sistolik dan diastolic cukup membaik</p>	<p>infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <p>b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Anjurkan program rehabilitasi vaskular</p> <p>b. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</p>	<p><b>Terapeutik :</b></p> <p>a. pertahankan jalan nafas paten</p> <p>b. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</p>
3.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Keluhan nyer menurun</p> <p>b. Meringis menurun</p> <p>c. perineum terasa tertekan menurun</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>d. Identifikasi factor yang memperingan dan memperberat nyeri</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>b. Beri teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (aromaterapi, terapi pijat, hypnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, teknik tarik napas dalam dan kompres hangat/ dingin)</p>	<p><b>Edukasi manajemen nyeri (I.12391)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Trapeutik :</b></p> <p>a. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>a. Jelaskan penyebab,periode, dan strategi meredakan nyeri</p> <p>b. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p>

			<p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>c. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	
--	--	--	---	--

(Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Utama	Intervensi Penunjang
1. P.2	Deficit volume cairan intravaskuler b.d Kekurangan cairan aktif	<p><b>Status Cairan (L.03028)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam status cairan membaik</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <p>a. Kekuatan nadi membaik</p> <p>b. Turgor kulit membaik</p> <p>d. kadar hemoglobin membaik</p>	<p><b>Manajemen syok Hipovolemia (I.02050)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Monitor status kardiopulmunal ( frekwensi dan kekuatan nadi, frekwensi nafas ,dan tekanan darah)</p> <p>b. monitor status cairan ( masukan dan haluaran ,turgor kulit dan CRT)</p> <p><b>Trapeutik :</b></p> <p>a. pertahankan jalan nafas paten</p> <p>b. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>a. kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa</p>	<p><b>Manajemen pendarahan pervaginam pasca persalinan (I.02045)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Identifikasi penyebab kehilangan darah (Antonia uteri atau robekan jalan lahir )</p> <p>b. Monitor kadar HB,Ht,PT dan APTT</p> <p><b>Trapeutik :</b></p> <p>a. Lakukan penekanan pada area pendarahan</p> <p>b. posisikan supine</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian tranfusi darah</p>

<p><b>2.</b> <b>P.2</b></p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan hemoglobin</p>	<p><b>Perfusi perifer (L.02011)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam diharapkan perfusi perifer meningkat</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>Penyembuhan luka meningkat</li> <li>Edema ferifer menurun</li> <li>Turgor kulit cukup membaik</li> <li>Tekanan darah sistolik dan diastolic cukup membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)</li> <li>Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan program rehabilitasi vaskular</li> <li>Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li> </ol>	<p><b>Manajemen syok hipovolemik (I.02050)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor status kardiopulmunal ( frekwensi dan kekuatan nadi ,frekwensi nafas ,dan tekanan darah)</li> <li>monitor status cairan ( masukan dan haluaran ,turgor kulit dan CRT)</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pertahankan jalan nafas paten</li> <li>Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</li> </ol>
<p><b>3.</b></p>	<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi</p>	<p><b>Tingkat pengetahuan (L.12111)</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x7 jam di harapkan deficit pengetahuan</p>	<p><b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kesiapan dan kemampuan</li> </ol>	<p><b>Edukasi komunikasi efektif (I.12387)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol>

		membaik <b>Kriteria hasil :</b> a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Kemampuan menjelaskan tentang suatu topik meningkat c. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	menerima informasi <b>Trapeutik :</b> a. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan b. Berikan kesempatan untuk bertanya <b>Edukasi :</b> a. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	<b>Trapeutik :</b> a. jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan b. berikan kesempatan untuk bertanya <b>Edukasi :</b> a. Jelaskan factor dan resiko penyakit b. Informasikan kondisi pasien saat ini
--	--	--	---	---

#### 4. Implementasi

implementasi adalah efektifitas tindakan untuk menangani keluhan pasien. Terdiri dari tindakan-tindakan atau kegiatan terencana yang di lakukan untuk membantu seorang pasien menangani masalah status kesehatan seperti melaksanakan tindakan pengobatan atau instruksi medis yang menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan .

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan setelah memberikan tindakan keperawatan dengan melihat respon pasien, mengacu pada kriteria evaluasi, tahap ini merupakan proses yang menentukan sejauh mana tujuan telah tercapai

### B. Konsep Kebutuhan Dasar

#### 1. Kebutuhan Cairan Tubuh Bagi Manusia

Kebutuhan cairan merupakan bagian dari kebutuhan dasar manusia secara fisiologis yang meliputi proporsi besar dalam bagian tubuh hampir 90% dari total berat badan tubuh sementara itu sisanya merupakan bagian padat dari tubuh secara keseluruhan kategori presentase cairan tubuh berdasarkan umur adalah bayi baru lahir 75% dari total berat badan

pria dewasa 57% dari total berat badan wanita dewasa 55% dari total berat badan dan dewasa tua 45% dari total berat badan persentase cairan tubuh bervariasi bergantung pada faktor usia lemak dalam tubuh dan jenis kelamin jika lemak tubuh sedikit maka cairan dalam tubuh pun lebih besar wanita dewasa mempunyai jumlah cairan tubuh lebih sedikit dibandingkan pria karena pada wanita dewasa jumlah lemak dalam tubuh lebih banyak dibandingkan pria.

## 2. Pengaturan Volume Cairan Tubuh

Keseimbangan cairan dalam tubuh dihitung dari keseimbangan antara jumlah cairan yang masuk dan jumlah cairan yang keluar.

### a. Asupan Dan Pengeluaran Cairan

Asupan ( intake) cairan untuk kondisi normal pada orang dewasa adalah  $\pm 2.500$  cc per hari asupan cairan dapat berlangsung berupa cairan atau ditambah dari makanan lain. Pengaturan mekanisme keseimbangan cairan ini menggunakan mekanisme haus . Pusat pengaturan rasa haus dalam rangka mengatur keseimbangan cairan adalah hipotalamus. Apabila terjadi ketidakseimbangan volume cairan tubuh yakni asupan cairan kurang atau adanya pendarahan maka curah jantung menurun, menyebabkan terjadinya penurunan tekanan darah.

Pengeluaran cairan (output) cairan sebagai bagian dalam mengimbangi asupan cairan pada orang dewasa dalam kondisi normal adalah  $\pm 2.300$  cc. Jumlah cairan yang paling banyak keluar berasal dari ekskresi ginjal berupa ( urine), sebanyak 1500 cc per hari pada orang dewasa. Hal ini juga dihubungkan dengan banyaknya asupan air melalui mulut asupan air melalui mulut dan pengeluaran air melalui ginjal mudah diukur dan sering dilakukan dalam praktik klinis. Pengeluaran cairan dapat pula dilakukan melalui kulit berupa( keringat) dan saluran pencernaan berupa( feses). Pengeluaran cairan dapat pula dikategorikan sebagai pengeluaran cairan yang tidak dapat diukur karena khususnya pada pasien luka bakar atau luka besar lainnya, jumlah pengeluaran cairan melalui( penguapan) meningkat

sehingga sulit untuk diukur. Pada kasus seperti ini apabila volume urine yang keluar kurang dari 500 cc per hari diperlukan adanya perhatian khusus.

### 3. Jenis Cairan

#### a. Cairan Nutrien

Pasien yang istirahat di tempat tidur memerlukan sebanyak 450 kalori setiap harinya. Cairan nutrien zat gizi melalui intravena dapat memenuhi kalori ini dalam bentuk karbohidrat, nitrogen dan vitamin yang penting untuk metabolisme. Kalori yang terdapat dalam cairan nutrien dapat berkisar antara 200-1.500 kalori per liter. Cairan nutrien terdiri atas sebagai berikut.

- 1) Karbohidrat dan air contoh dekstrosa (glukosa), revulosa(fruktosa).  
Invert sugar ( $\frac{1}{2}$  dekstrosa dan  $\frac{1}{2}$  levulosa)
- 2) Asam amino, contoh amigen, aminosol, dan trafamin.
- 3) Lemak, contoh Lipomul dan liposyn

#### b. Blood Volume Expanders

Blood volume expanders merupakan bagian dari jenis cairan yang berfungsi meningkatkan volume pembuluh darah setelah kehilangan darah atau plasma. Apabila keadaan darah sudah tidak sesuai, misalnya pasien dalam kondisi pendarahan berat maka pemberian plasma akan mempertahankan jumlah volume darah. Pada pasien dengan luka bakar berat, sejumlah besar cairan hilang dari pembuluh darah di daerah luka plasma sangat perlu diberikan untuk mengganti cairan ini. Jenis blood volume expanders antara lain human serum albumin dan destran dengan konsentrasi yang berbeda. Kedua cairan ini mempunyai tekanan osmotik sehingga secara langsung dapat meningkatkan jumlah volume darah.

### 4. Masalah Kebutuhan Cairan

#### a. Hipovolume atau Dehidrasi

Kekurangan cairan eksternal terjadi karena penurunan asupan cairan dan kelebihan pengeluaran cairan. Tubuh akan merespon kekurangan cairan tubuh dengan mengosongkan cairan vaskuler.

Sebagai kompensasi akibat penurunan cairan interstisial, tubuh akan mengalirkan cairan keluar sel. Pengosongan cairan ini terjadi pada pasien diare dan muntah. Ada tiga macam kekurangan volume cairan eksternal, yaitu sebagai berikut.

- 1) Dehidrasi isotonik, terjadi jika tubuh kehilangan sejumlah cairan dan elektrolit secara seimbang.
- 2) Dehidrasi hipertonik, terjadi jika tubuh kehilangan lebih banyak air daripada elektrolit.
- 3) Dehidrasi hipotonik, terjadi jika tubuh kehilangan lebih banyak elektrolit daripada air

Kehilangan cairan ekstrasel secara berlebihan menyebabkan volume ekstrasel berkurang (hipovolume) dan perubahan hematokrit. Pada keadaan dini, tidak terjadi perpindahan cairan daerah intrasel ke permukaan, sebab osmolaritasnya sama. Jika terjadi kekurangan cairan ekstrasel dalam waktu yang lama kadar urea nitrogen dan kreatinin meningkat dan menyebabkan perpindahan cairan intrasel ke pembuluh darah. Kekurangan cairan dalam tubuh dapat terjadi secara lambat atau cepat dan tidak terlalu cepat diketahui. Kelebihan asupan larut seperti protein dan klorida/natrium akan menyebabkan ekskresi atau pengeluaran urine secara berlebihan serta keringat dalam waktu lama dan terus-menerus hal ini dapat terjadi pada pasien yang mengalami gangguan hipotalamus, kelenjar gondok, ginjal, diare, muntah secara terus-menerus, pemasangan drainase dan lain-lain.

- 1) Macam dehidrasi berdasarkan derajatnya adalah sebagai berikut. Dehidrasi berat, dengan ciri-ciri sebagai berikut.
  - a) Pengeluaran/kehilangan cairan sebanyak 4-6 liter.
  - b) Serum natrium mencapai 159-166 mEq/liter.
  - c) Hipotensi.
  - d) Turgor kulit buruk.
  - e) Oliguria.
  - f) Nadi dan pernapasan meningkat.
  - g) Kehilangan cairan mencapai lebih dari 10% BB.

- 2) Dehidrasi sedang, dengan ciri-ciri sebagai berikut.
    - a) Kehilangan cairan 2-4 liter atau antara 5-10% BB.
    - b) Serum natrium mencapai 152-158 mEq/liter.
    - c) Mata cekung.
  - 3) Dehidrasi ringan, dengan ciri-ciri kehilangan cairan mencapai 5% BB atau 1,5-2 liter.
- b. Hipervolume atau Overhidrasi

Terdapat dua manifestasi yang ditimbulkan akibat kelebihan cairan yaitu hipervolume (peningkatan volume darah) dan edema (kelebihan cairan pada interstisial). Normalnya, cairan interstisial tidak terikat dengan air tetapi elastis dan hanya terdapat diantara jaringan. Fitting adama merupakan edema yang berada pada darah perifer atau akan berbentuk cekung setelah ditekan pada daerah yang bengkak, hal ini disebabkan oleh perpindahan cairan ke jaringan melalui titik tekan. Non fitting edema tidak menunjukkan tanda kelebihan cairan ekstrasel, tetapi sering karena infeksi dan trauma yang menyebabkan membekunya cairan pada permukaan jaringan kelebihan cairan vaskuler meningkat hidrostatis cairan dan akan menekan cairan ke permukaan interstisial

Edema anasarka adalah edema yang terdapat di seluruh tubuh. Peningkatan tekanan hidrostatis yang sangat besar menekan sejumlah cairan hingga ke membran kapiler paru sehingga menyebabkan edema paru, dan dapat mengakibatkan kematian. Manifestasi edema paru adalah penumpukan sekretum, dispnea, batuk, dan adanya suara nafas ronki basah. Keadaan edema ini disebabkan oleh gagal jantung sehingga dapat mengakibatkan peningkatan penekanan pada kapiler darah paru dan perpindahan cairan ke jaringan paru.

Perawat harus melakukan observasi secara cermat bila memberikan cairan intravena pada pasien yang mempunyai masalah jantung, sebab kelebihan cairan pada kapiler paru terutama pada anak/bayi dan orang tua dapat membahayakan. pada pada anak, paru dan kapasitas vaskulernya kecil sehingga tidak mampu menampung



cairan dalam jumlah besar. Pada pasien usia tua, elastisitas pembuluh darah menurun dan hanya mampu menampung sedikit cairan. Kelebihan cairan ekstrasel dihubungkan dengan gagal jantung, sirosis hati, dan kelainan ginjal.

Pada kelebihan ekstrasel gejala yang sering ditimbulkan adalah edemam perifer (pitting edema), asites, kelopak mata membengkak, suara nafas ronki basah penambahan berat badan secara tidak normal/sangat cepat, dan nilai hematokrit pada umumnya normal, akan tetapi menurun bila kelebihan cairan bersifat akut

### C. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

(Tabel 2.4 Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan)

No	Judul	Penulis	Tahun	Hasil
1.	Determinan kejadian pendarahan postpartum di RSUD kabupaten biak numfor	Sophian Aswar, Sapta Erna Pamungkas, Nurul ulfiani : Jurnal Keperawatan Tropis Papua ,Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura	2018	Hasil penelitian membuktikan umur < 20 tahun atau > 35 tahun memiliki resiko untuk mengalami pendarahan post partum 3,2 kali lebih besar dari pada ibu yang berumur 20-35 tahun, paritas $\leq 1$ dan paritas > 3 memiliki resiko 6,1 kali lebih besar untuk mengalami pendarahan post partum, riwayat persalinan
2.	Pendarahan Pascapersalinan Oleh Karena Retensi Plasenta Pada P4A0 Postpartum Spontan, Janin Besar, Dengan Hipetensi Dalam Kehamilan	Ivanna Beru Brahmana : Jurnal Kedokteran dan Kesehatan, Universitas Muhamadiyah Yogyakarta	2018	Dengan mencermati faktor resiko persalinan berupa: persalinan yang keempat, taksiran berat janin besar, adanya hipertensi dalam kehamilan, kejadian fatal pada pasien akibat perdarahan pascapersalinan dapat dihindari. Penatalaksanaan kala tiga persalinan yang baik dan penanganan yang cepat dan tepat terhadap kejadian perdarahan pascapersalinan membantu pasien pulih dengan baik dan pulang dalam keadaan baik.
3.	Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian pendarahan	Yekti saktiyandari, Nena Rizki Hariyanti : Jurnal of Health Studies,	2017	Ada hubungan antara faktor paritas, oksitosin drip, dan anemia dengan perdarahan postpartum di

	postpartum	Universitas Aisyiyah Yogyakarta		RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2015. Tidak ada hubungan antara partus lama, faktor peregangan uterus yang berlebihan, dan persalinan dengan tindakan dengan perdarahan postpartum di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2015.
--	------------	---------------------------------	--	---

## D. Konsep Persalinan Normal

### 1. Pengertian

Persalinan normal adalah pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlangsung  $\pm$  18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun janin. Faktor resiko yang di perkirakan berhubungan dengan persalinan normal adalah usia ibu, paritas usia kehamilan, dan jarak kehamilan (Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan,2021)

### 2. Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi

### 3. Tanda Persalinan

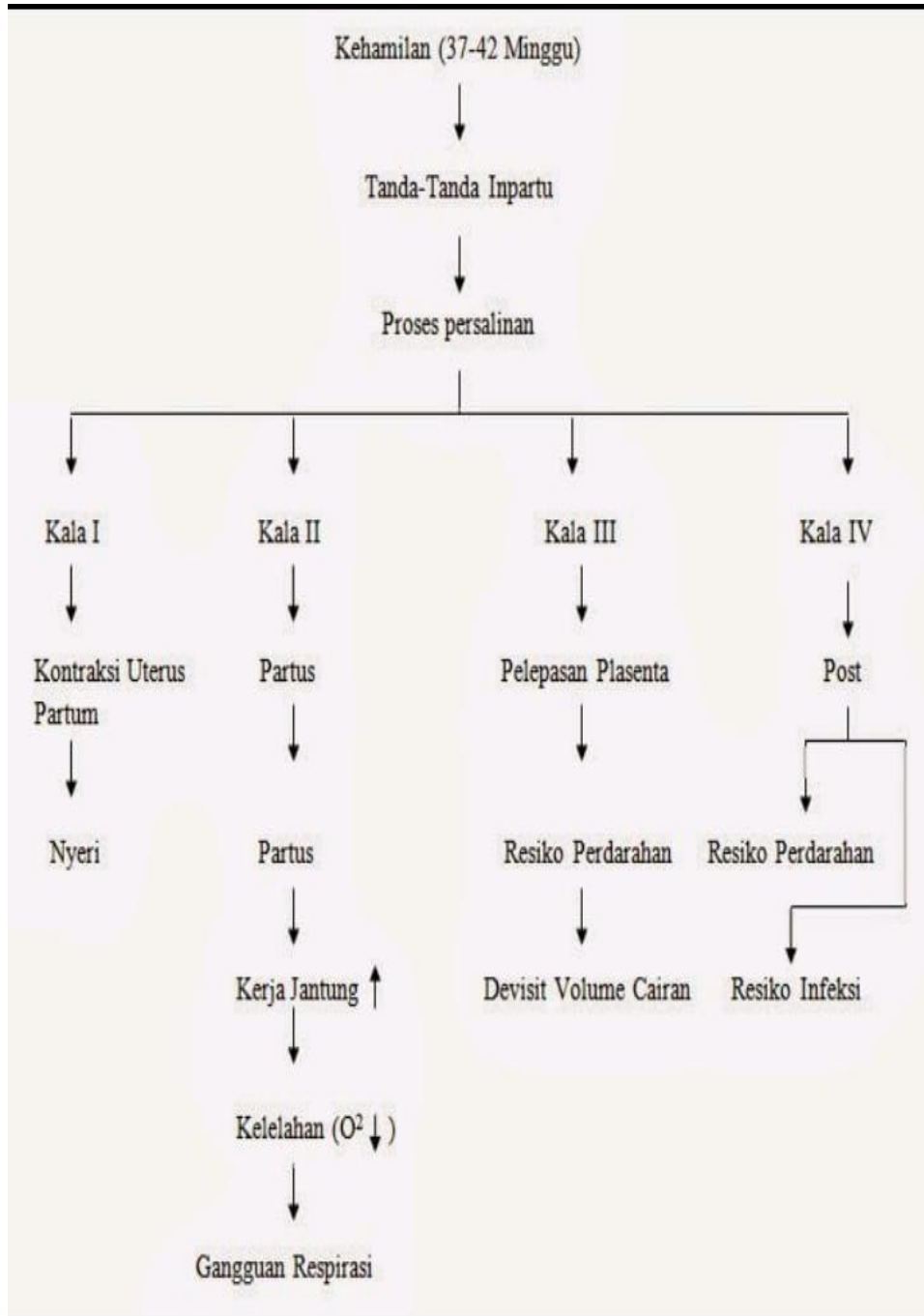
Menjelang minggu ke 36 terjadi penurunan fundus uterus karna kepala bayi sudah masuk ke pintu atas panggul (PAP).

Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan :

- a. Terjadinya his persalinan
- b. Pengeluaran lender dengan darah
- c. Akan terjadi pecah ketuban

- d. Hasil- hasil yang di dapatkan dari pemeriksaan dalam yakni pelunakan serviks,pendataran serviks, dan pembukaan serviks

#### 4. Patofisiologi Persalinan



## 5. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II dinamakan dengan kala pengeluaran karena kekuatan his dan kekuatan mengejan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta

- a. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 dan berada pada pembukaan servik 3 cm
- b. Kala II adalah kala pengeluaran bayi dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir.
- c. Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta tidak lebih dari 30 menit setelah kala II berlangsung.
- d. Kala IV dimulai dari pengeluaran plasenta 1-2 jam, pada kala IV dilakukan observasi terhadap pendarahan pasca persalinan paling sering terjadi pada 2 jam pertama

## 6. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

- a. *Power* (kekuatan Ibu)
- b. *Passage* (Jalan Lahir)
- c. *Passanger* (Janin dan Plasenta)

## E. Konsep Penyakit

### 1. Pengertian

Pendarahan Postpartum (PPH) di definisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervagina atau 100 ml atau lebih (sitasi). Pendarahan postpartum kala IV yang lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak dan plasenta lahir. Menurut waktu terjadinya dibagi atas dua bagian. Pendarahan postpartum primer dan pendarahan postpartum sekunder (Kristianingsih et al., 2019)

### 2. Etiologi

Kondisi dalam persalinan sangat sulit menentukan jumlah perdarahan karena tercampur dengan air ketuban dan serapan pakaian atau kain alas tidur. Sehingga penentuan untuk perdarahan dilakukan setelah bayi baru lahir dan penentuan jumlah perdarahan dilihat dari perdarahan lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda-tanda vital (sitasi). perdarahan postpartum bisa disebabkan karena (Musa, 2019)

a. Atonia uteri

Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir. Pendarahan post partum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat miometrium terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat pelengketan plasenta (Nurlela et al., 2019)

b. Leserasi jalan lahir

Pada umumnya 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 belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi robekan spontan perineum, trauma forsep atau vakum ekstraksi atau karena versi ekstraksi (Musa, 2019)

c. 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. Retensio plasenta merupakan etiologi tersering kedua dari perdarahan post partum (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 upada retensio plasenta, resiko untuk mengalami PPP 6 kali lipat pada persalinan normal (Simanjuntak, 2020)

### 3. Klasifikasi

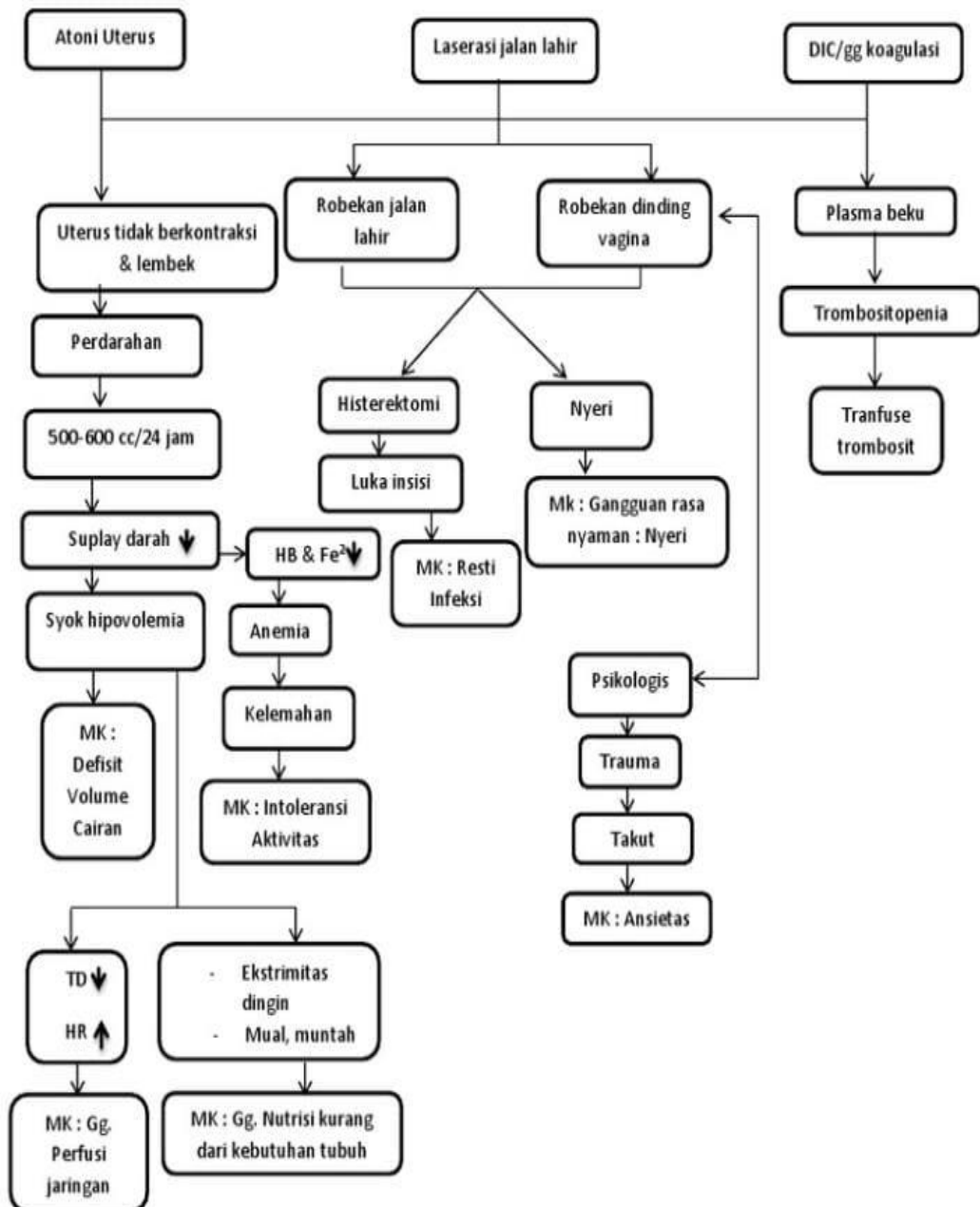
Klasifikasi klinis perdarahan postpartum yaitu:

- a. Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversion uteri (Hikmah & Yani, 2015)
- b. Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Hikmah & Yani, 2015)

#### **4. Patofisiologi**

Faktor resiko yang terdiri dari: Grande multipara jarak persalinan kurang dari 2 tahun, persalinan dengan tindakan: pertolongan dukun, tindakan paksa, dengan narkoba, kelahiran sulit atau normal dari plasenta, penyakit yang diderita (penyakit jantung, DM, dan kelainan pembekuan darah) dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri, trauma genital (perineum, vulva, vagina, servik, atau uterus). Retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Pada atonia uterus ditandai dengan uterus tidak berkontraksi dan lembek menyebabkan pembuluh darah pada bekas implementasi plasenta terbuka sehingga menyebabkan pendarahan (Nurlela et al., 2019). Pada genetalia terjadi robekan atau luka episotomi, ruptur verikositis, inversi uterus menyebabkan pendarahan. Pada retensio plasenta ditandai dengan plasenta belum lahir setelah 30 menit. Sisa plasenta ditandai dengan plasenta atau selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan robekan jalan lahir, jika ditangani dengan tidak baik dapat menimbulkan komplikasi: dehidrasi, hipovolemik, syok hipovolemik, anemia berat, infeksi dan syok septik, sepsis purpuralis, emboli paru (Simanjuntak, 2020). Pada kehamilan berikutnya dapat mengalami aborsi spontan, hipoksia intra uterin, retardasi pertumbuhan intra uteri dan dampak terakhir menimbulkan kematian (Kristianingsih et al., 2019)

## WOC PERDARAHAN POST PARTUM



## 5. Manifestasi klinis

Setelah persalinan pasien mengeluh lemah, pucat, berkeringat dingin, menggigil, pusing, gelisah, hipertermia, HB <8 g% karena kehilangan darah lebih dari normal dan dapat terjadi syok hipovolemik, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, mual (Ximenes et al., 2020)

- a. Atonia uteri gejala yang selalu ada : uterus tidak berkontraksi dan lembek dan pendarahan segera setelah anak lahir (perarahan postpartum primer). Gejala yang kadang-kadang timbul: syok (Tekanan darah rendah, denyut nadi cepet dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual, dan lain lain) (Nurlela et al., 2019)
- b. Robekan jalan lahir Gejala yang selalu ada: pendarahan 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 kontraksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjutan
- d. Tertinggalnya plasenta Gejala yang selalu ada: plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera. Gejala yang kadang kadang timbul: Uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus tidak berkurang

## 6. Tanda dan Gejala

- a. Tanda dan gejala pendarahan postpartum dini
  - 1) Uterus tidak berkontraksi dan lembek, perdarahan segera setelah anak lahir disertai dengan penyulit seperti syok, pembekuan darah pada serviks atau posisi terlentang akan menghambat aliran darah keluar (atonia uteri) (Nurhayati, 2020)
  - 2) Darah segar yang mengalir setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dan keras, plasenta lengkap. Hal ini disertai dengan penyulit seperti pucat, lemah, dan menggigil (robekan jalan lahir)
  - 3) Plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera uterus berkontraksi dan keras. Ditemukan penyulit seperti tali pusat putus



akibat retraksi yang berlebihan, inversio uteri akibat tarikan dan terjadi perdarahan lanjutan

- 4) Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap. Terjadi perdarahan segera disertai dengan penyulit seperti uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang
- b. Tanda dan gejala perdarahan postpartum lambat/sekunder (Nurhayati, 2020)
- 1) Perdarahan yang bersifat merembes dan berlangsung lama serta mengakibatkan kehilangan darah yang banyak
  - 2) Perdarahan terjadi tidak keluar dari vagina, tetapi menumpuk di vagina dan didalam uterus. Keadaan ini biasanya diketahui karena adanya kenaikan fundus uteri setelah uri keluar.
  - 3) *Sub-involusio* uterus
  - 4) Nyeri tekan perut bawah dan pada bagian uterus
  - 5) *Lokhia mokpuruluen* dan berbau (bila disertai infeksi).

## 7. Penatalaksanaan

### a. Resusitasi cairan

Pengangkatan kaki dapat meningkatkan aliran darah balik vena sehingga dapat memberi waktu untuk menegakkan diagnosis dan menangani penyebab perdarahan. Perlu dilakukan pemberian oksigen dan akses intravena. Selama persalinan perlu dipasang paling 1 jalur intravena pada wanita dengan resiko perdarahan postpartum dan dipertimbangkan jalur ke dua pada pasien dengan resiko sangat tinggi. Berikan resusitasi dengan cairan kristolid dalam volume yang besar baik normal salin ( NS/NaCl) atau cairan Ringger Laktat melalui akses intravena perifer. NS merupakan cairan yang cocok pada saat persalinan karena biaya yang ringan dan kompatibilitasnya dengan sebagian obat dan transfusi darah. Resiko terjadinya asidosis hiperkloremik sangat rendah dalam hubungan dengan perdarahan postpartum. Bila dibutuhkan cairan kristolid dalam jumlah banyak (>10L) dapat dipertimbangkan penggunaan cairan ringger laktat . Cairan yang mengandung dekstroza, seperti D 5% tidak memiliki

peran pada penanganan perdarahan postpartum. Perlu di ingat bahwa kehilangan 1L darah perlu pergantian 4-5 L kristaloid karena sebagian besar cairan infus tidak bertahan di ruang intravascular, tetapi terjadi pergeseran ke ruang interstisial. Pergeseran ini bersamaan dengan penggunaan oksitosin, dapat partum. Ginjal normal dengan mudah mengekskresi kelebihan cairan. Dapat ditangani cukup dengan infus kristaloid jika penyebab perdarahan dapat ditangani. Kehilangan darah yang banyak, biasanya membutuhkan penambahan tranfusi sel darah merah. Cairan koloid dalam jumlah besar (1.000-1.500 ml/hari ) dapat menyebabkan efek yang buruk pada hemotosis. Tidak ada cairan koloid yang terbukti lebih baik dibandingkan NS, dan karena harga serta resiko terjadinya efek yang tidak diharapkan pada pemberian koloid, maka cairan kristaloid tetap direkomendasikan.

b. Tranfusi darah

Tranfusi 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. PRC digunakan dengan komponen darah lain dan diberikan jika terdapat indikasi. Para klinis harus memperhatikan darah tranfusi, berkaitan dengan waktu, tipe dan jumlah produk darah yang tersedia dalam keadaan gawat. Tujuan tranfusi adalah memasukan 2-4 unit PRC untuk menggantikan pembawa oksigen yang hilang dan untuk mengembalikan volume sirkulasi. PRC bersifat sangat kental yang dapat diatasi dengan menambahkan 100mL NS pada masing-masing unit. Jangan menggunakan cairan Ringer Laktat untuk tujuan ini karena kalsium yang dikandungnya dapat menyebabkan penyumbatan (Irfanda & Ekacahyaningtyas, 2022)

## 8. Pencegahan

Mencegah atau sekurang kurangnya bersiap siaga pada kasus yang di sangka akan terjadi perdarahan adalah penting. Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan waktu bersalin, namun sudah dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan antenatal care yang baik. Ibu-ibu yang mempunyai

preposisi atau riwayat pendarahan postpartum sangat di anjurkan untuk bersalin di Rumah sakit. Di rumah sakit diperiksa keadaan fisik, keadaan umum, kadar Hb, golongan darah, dan bila mungkin tersedia donor darah. Sambil mengawasi persalinan, dipersiapkan keperluan untuk infus dan obat-obatan. Setelah ketuban pecah kepala janin mulai membuka vulva, infus dipasang, dan sewaktu bayi lahir diberikan ampul *mathergin* atau kombinasi dengan 5 satuan *sintosinon* (*sintosinon intravena*) (Simanjuntak, 2020)