

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Post partum

1. Definisi Post Partum

Post partum atau masa nifas adalah periode penting yang dialami setiap ibu setelah melahirkan, dimulai sejak plasenta lahir hingga 42 hari kemudian, dan memerlukan perhatian serta pemantauan khusus karena merupakan masa krusial bagi pemulihan ibu pasca persalinan (Pasaribu, 2023). Masa post partum atau nifas, adalah periode pemulihan setelah persalinan yang berlangsung selama 6 minggu (42 hari), dimulai sejak kelahiran bayi dan plasenta hingga organ-organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum kehamilan, ditandai dengan berhentinya perdarahan (Azizah and Rosyidah, 2019).

2. Perubahan Fisiologis Masa Post Partum

Menurut Sulfianti (2021), perubahan fisiologis ibu post partum sebagai berikut:

a. Perubahan Pada Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus, yang sebagian besar terdiri dari otot, pembuluh darah, dan jaringan ikat, terletak di dalam panggul saat tidak hamil; struktur ini memungkinkan pembesaran signifikan selama kehamilan, di mana uterus dapat diraba secara abdominal seiring perkembangan janin. Selama persalinan normal, otot uterus di segmen atas berkontraksi secara sistematis, menyebabkan pemendekan bertahap seiring kemajuan persalinan. Pada uterus terjadi proses involusi karena adanya:

a) Autolisis

Autolisis merupakan Penyusutan rahim pascapersalinan terjadi melalui proses autolisis, yaitu penghancuran jaringan otot rahim yang membesar selama kehamilan akibat hiperplasia, di mana jaringan otot yang telah memanjang sepuluh kali lipat dan menebal lima kali lipat akan kembali ke ukuran semula, dengan sisa jaringan yang diserap oleh darah dan dikeluarkan melalui ginjal, menyebabkan ibu mengalami sering buang air kecil, yang dipicu oleh penurunan hormon estrogen dan progesteron.

b) Iskemia

Kekurangan darah pada uterus, yang menyebabkan atrofi jaringan otot uterus, terjadi akibat kontraksi dan retraksi uterus yang berkelanjutan setelah plasenta keluar, sehingga uterus menjadi relatif anemi dan serat otot mengalami atrofi.

c) Atrofi

Atrofi merupakan kondisi dimana jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan kontraksi dan retraksi otot uterus, yang menekan pembuluh darah sehingga mengurangi suplai darah ke uterus, dan proses ini membantu mengurangi perdarahan di tempat implantasi plasenta.

2) Afterpains

Pada ibu yang baru pertama kali melahirkan (primipara), otot rahim (tonus uterus) cenderung lebih kencang sehingga bagian atas rahim (fundus) umumnya tetap keras; sementara itu, pada ibu yang sudah pernah melahirkan (multipara),

relaksasi dan kontraksi rahim yang terjadi secara berkala sering menimbulkan nyeri yang dirasakan selama masa awal nifas, dan rasa nyeri ini cenderung lebih kuat pada ibu yang melahirkan bayi besar atau bayi kembar karena rahimnya mengalami peregangan yang lebih signifikan.

3) Lochea

Lochea, yaitu cairan ekskresi dari rahim selama masa nifas yang bersifat basa atau alkalis, memiliki bau amis (anyir) yang tidak menyengat dengan volume yang bervariasi pada setiap wanita, dan mengalami perubahan seiring proses involusi, perubahan lochea sebagai berikut:

a) Lochea rubra

Muncul pada hari 1-2 post partum terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo, dan mekoneum.

b) Lochea sanguinolenta

Muncul pada hari ke 3-7 post partum berupa darah bercampur lendir.

c) Lochea serosa

Muncul pada hari 8- 14 berupa cairan berwarna agak kekuningan.

d) Lochea alba

Muncul setelah 2 minggu post partum dan hanya merupakan cairan putih, normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir baunya akan berubah menjadi bau busuk.

4) Tempat Tertanamnya Plasenta

Setelah plasenta keluar, uterus secara alami berkontraksi dan berelaksasi atau retraksi, menyebabkan volume atau ruang bekas plasenta menyusut dengan

cepat, dan dalam satu hari setelah persalinan, rahim mengerut hingga diameter 7,5 centimeter; sekitar sepuluh hari pasca persalinan, diameter bekas plasenta menjadi sekitar 2,5 centimeter, dan pada akhir minggu kelima atau keenam, epitelium menutup dan beregenerasi sepenuhnya akibat perubahan keseimbangan volume darah, plasma, dan sel darah merah.

b. Perubahan Pada Sistem Tubuh

1) Perubahan tanda-tanda vital

Tanda vital ibu, yang meliputi nadi, suhu, tekanan darah, dan pernapasan, merupakan indikator penting untuk memantau kondisi kesehatan ibu setelah persalinan. Perubahan pada tanda-tanda vital ini dapat mengindikasikan adanya masalah kesehatan yang memerlukan perhatian medis, seperti infeksi atau perdarahan.

2) Perubahan sistem kardiovaskular

Perubahan volume darah setelah melahirkan, seperti kehilangan darah saat persalinan dan mobilisasi cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Pada minggu ketiga dan keempat pascapersalinan, volume darah biasanya menurun hingga mencapai volume sebelum kehamilan. Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc, sementara pada persalinan dengan tindakan operasi, kehilangan darah bisa dua kali lipat. Perubahan sistem kardiovaskular meliputi volume darah dan hematokrit. Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan kembali normal setelah 4-6 minggu pascapersalinan, sedangkan pada persalinan dengan tindakan operasi, hematokrit cenderung stabil.

Tiga perubahan fisiologis yang terjadi pada post partum wanita berupa

hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal, hilangnya fungsi endokrin plsentia yang menghilangkan stimulus vasodilatasi, dan terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskular yang disimpan selama wanita hamil.

3) Perubahan sistem pencernaan

Setelah persalinan, ibu biasanya merasa sangat lapar dalam waktu 1-2 jam, tetapi nafsu makan mungkin menurun selama 1-2 hari pertama karena perubahan hormon dan efek samping analgesia/anestesi, dan konstipasi sering terjadi akibat tekanan pada sistem pencernaan selama persalinan, penurunan tonus otot, dehidrasi, serta ketakutan akan nyeri perineum saat buang air besar. Untuk mengatasi konstipasi, ibu nifas disarankan untuk mengonsumsi makanan tinggi serat, meningkatkan asupan cairan, melakukan ambulasi dini, dan melatih kebiasaan buang air besar secara teratur; dalam beberapa kasus, supositoria mungkin diperlukan, tetapi pengetahuan ibu dan kekhawatiran tentang luka perineum juga memengaruhi kejadian konstipasi.

4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu setelah melahirkan melibatkan relaksasi dan hipermobilitas sendi, serta perubahan perut akibat pembesaran rahim, dengan stabilisasi sempurna terjadi dalam 6-8 minggu. Otot rahim berkontraksi untuk menghentikan perdarahan, ligamen dan jaringan penyangga pulih secara bertahap, dan dalam beberapa kasus, rahim bisa mengalami retrofleksi atau penurunan. Dinding abdomen menjadi lunak dan kendur akibat peregangan selama kehamilan, dengan diastasis rektus abdominis terjadi pada semua ibu, dan pemulihan tonus otot dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti

kondisi ibu, aktivitas, dan paritas, sementara striae pada abdomen menjadi lebih samar. Untuk mempercepat pemulihan, senam nifas dianjurkan mulai 2 hari pascapersalinan.

5) Perubahan sistem perkemihan

Pelvis dan ginjal ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan, setelah plasenta lahir kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan, keadaan ini menyebabkan diuresis.

6) Perubahan endokrin

Setelah persalinan, sistem endokrin wanita berangsur-angsur kembali ke kondisi sebelum hamil, ditandai dengan penurunan drastis hormon kehamilan segera setelah plasenta lahir, yang memicu peningkatan prolaktin dan merangsang produksi air susu ibu (ASI). Penurunan hormon plasenta, termasuk HCG, terjadi secara bertahap, dengan HCG menetap hingga 10% dalam tiga jam pertama dan berlanjut hingga hari ketujuh, bersamaan dengan permulaan pemenuhan mammae pada hari ketiga pascapersalinan. Pada kelenjar pituitari, kadar prolaktin meningkat, tetapi pada wanita yang tidak menyusui, hormon ini menurun dalam waktu dua minggu, sementara FSH dan LH mulai meningkat pada minggu ketiga. Lamanya menstruasi pertama setelah melahirkan sangat bervariasi dan sering kali bersifat anovulasi akibat rendahnya kadar estrogen dan progesteron, dan penurunan kadar estrogen yang signifikan setelah persalinan, bersamaan dengan peningkatan aktivitas prolaktin, berperan penting dalam memengaruhi kelenjar mammae untuk menghasilkan ASI.

7) Perubahan payudara

Pembesaran payudara terjadi selama kehamilan akibat peningkatan hormon estrogen, mempersiapkan produksi ASI dan laktasi, dengan ukuran payudara mencapai 800 gram, keras, dan areola mammae menghitam di sekitar puting, menandai dimulainya proses menyusui yang diawali dengan inisiasi menyusui dini (IMD) untuk mencegah perdarahan dan merangsang produksi kolostrum, yang kemudian diikuti produksi ASI matur pada hari kedua hingga ketiga pascapersalinan. Proses laktasi, yang terjadi secara alami pada semua ibu melahirkan, melibatkan dua mekanisme fisiologis: produksi ASI, dipicu oleh hormon prolaktin yang dikeluarkan kelenjar pituitari setelah plasenta tidak ada, dan sekresi ASI atau *let down reflex*, dirangsang oleh hormon oksitosin yang dikeluarkan kelenjar hipofisis posterior saat bayi menghisap puting, menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus laktiferus ke duktus pada puting.

3. Tahapan masa post partum

Menurut Kasmianti (2023) tahapan masa post partum sebagai berikut:

a. Periode immediate post partum

Masa segera setelah plasenta dilahirkan hingga 24 jam berikutnya merupakan periode kritis yang memerlukan pengawasan ketat. Pada masa ini, risiko terjadinya komplikasi seperti perdarahan akibat atonia uteri sangat tinggi. Oleh karena itu, tenaga kesehatan, wajib melakukan pemantauan rutin terhadap beberapa aspek penting. Pemantauan ini meliputi pemeriksaan kontraksi rahim untuk memastikan involusi uterus berjalan normal, pengamatan jumlah dan karakteristik pengeluaran lochia sebagai indikator penyembuhan luka bekas plasenta, serta pengukuran tekanan darah dan suhu tubuh untuk mendeteksi dini tanda-tanda infeksi atau masalah lainnya.

Pemantauan yang cermat dan teratur selama 24 jam pertama pascapersalinan sangat penting untuk mencegah komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu.

b. Periode early post partum (24 jam – 1 minggu)

Pada fase ini memastikan proses involusi uterus berjalan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, ibu tidak demam, ibu mendapatkan nutrisi dan cairan yang cukup, serta ibu dapat menyusui dengan baik

c. Periode late post partum (1 minggu- 5 minggu)

Pada periode ini, memberikan konseling pentingnya dalam memberikan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari kepada ibu dan bayi, memastikan kesehatan keduanya terjaga dengan baik. Selain itu memberikan konseling Keluarga Berencana (KB) untuk membantu pasangan dalam merencanakan dan mengatur jarak kehamilan.

B. Konsep Pendarahan

1. Definisi

Risiko perdarahan merupakan suatu keadaan yang berisiko mengalami kehilangan darah baik secara internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi diluar tubuh) (PPNI, 2017).

2. Klasifikasi Perdarahan

Menurut Satriani (2021) macam-macam perdarahan post partum dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Perdarahan post partum primer (*primery postpartum haemorrhage*) perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama sesudah bayi lahir atau disebut pendarahan pascapersalinan.

- b. Perdarahan post partum sekunder (*secondary postpartum haemorrhage*) perdarahan yang terjadi setelah 24 jam bayi lahir atau disebut perdarahan nifas.

3. Etiologi Risiko Perdarahan

Etiologi perdarahan post partum meliputi atonia uteri, retensio plasenta, trauma jalan lahir, inversio uteri, ruptur uteri dan gangguan sistem pembekuan darah. Faktor predisposisi yang harus dipertimbangkan yakni riwayat perdarahan post partum sebelumnya, pendarahan antepartum, trauma jalan lahir dan partus lama.

a) Atonia uterus

Atonia uteri adalah keadaan ketika otot rahim (myometrium) tidak mampu berkontraksi dengan baik setelah plasenta dilahirkan. Jika rahim tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka perlu dilakukan rangsangan dengan cara memijat bagian atas rahim (fundus uteri). Pemijatan ini dilakukan segera setelah plasenta keluar dari rahim. Tanda-tanda dan gejala atonia uteri meliputi rahim yang tidak berkontraksi dan terasa lembek, serta perdarahan yang terjadi segera setelah bayi lahir. Faktor risiko atonia uteri mencakup riwayat rahim yang terlalu meregang, seperti pada kehamilan ganda, persalinan yang terlalu cepat atau lama, jumlah kelahiran yang tinggi, serta induksi dan stimulasi persalinan.

b) Retensi plasenta

Retensio plasenta adalah kondisi ketika plasenta atau ari-ari tidak keluar dari rahim dalam waktu 30 menit setelah bayi dilahirkan. Kondisi ini bisa terjadi

karena beberapa faktor, seperti kontraksi rahim yang tidak cukup kuat, plasenta yang tumbuh terlalu dalam ke dinding rahim, atau plasenta yang terperangkap di dalam rahim. Retensio plasenta memerlukan penanganan segera karena berpotensi menyebabkan komplikasi serius, seperti perdarahan postpartum, infeksi rahim, dan syok.

c) Ketuban pecah sebelum waktunya

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum dimulainya proses persalinan, baik pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya. Kondisi ini dapat dipicu oleh berbagai faktor, seperti infeksi pada rahim atau vagina, ketidaksesuaian ukuran antara kepala janin dan panggul ibu, kehamilan multipel (multigravida), serta kekurangan gizi pada ibu hamil

d) Plasenta previa

Plasenta previa adalah kondisi ketika plasenta terletak secara abnormal di segmen bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Kondisi ini diklasifikasikan menjadi empat jenis, yaitu plasenta previa totalis (menutupi seluruh ostium uteri internum pada pembukaan 4 cm), plasenta previa sentralis (pusat plasenta bertepatan dengan kanalis servikalis), plasenta previa partialis (menutupi sebagian ostium uteri internum), dan plasenta previa marginalis (tepi plasenta berada di sekitar pinggir ostium uteri internum).

e) Perlukaan atau trauma jalan lahir

1) Derajat satu

Robekan sampai mengenai mukosa vagina dan kulit perineum

2) Derajat dua

Robekan sampai mengenai mukosa vagina, kulit perineum, dan otot perineum

3) Derajat tiga

Robekan sampai mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan sfingter ani eksternal

4) Derajat empat

Robekan sampai mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, sfingter ani eksternal, dan mukosa rektum.

4. Patofisiologi Risiko Perdarahan

Perdarahan pascapersalinan diartikan sebagai kehilangan darah lebih dari 500 mL setelah persalinan pervaginam maupun persalinan secara sesar. Salah satu penyebab perdarahan post partum adalah adanya trauma jalan lahir yang mencakup robekan serviks, vagina, perineum dan jaringan sekitar vulva (Cunningham et al., 2022).

Saat proses persalinan, terutama bila berlangsung cepat, disertai tindakan intervensi seperti ekstraksi vakum, atau episiotomi yang tidak terkendali, jaringan jalan lahir dapat mengalami lacerasi atau robekan. Trauma ini menyebabkan kerusakan pembuluh darah, sehingga terjadi perdarahan aktif. Jika tidak tertangani dengan baik, kerusakan jaringan dan perdarahan bisa berlanjut menjadi hipovolemia dan syok hemoragik, normalnya (Katz, 2020).

Normalnya, setelah persalinan, uterus akan berkontraksi untuk membantu menghentikan perdarahan dari tempat implantasi plasenta. Namun, bila sumber perdarahan berasal dari trauma jaringan lunak, kontraksi uterus tidak akan efektif dalam menghentikan perdarahan tersebut. Oleh karena itu, identifikasi lokasi perdarahan sangat penting, karena penanganan trauma berbeda dengan atonia uteri.

5. Penatalaksanaan Risiko Perdarahan

a. Memberikan cairan

Ada retensio plasenta, bila plasenta belum lahir dalam 30 menit, lahirkan plasenta dengan plasenta manual. Bila terdapat plasenta akreta segera hentikan plasenta manual dan lakukan histerektomi, bila hanya sisa plasenta lakukan pengeluaran plasenta dengan digital atau kuretase. Pada pasien dengan atonia uteri lakukan massage uterus dan penyuntikan 0,2 mg ergometrin dan lakukan kompresi bimanual pada uterus dengan cara memasukkan tangan kiri ke dalam vagina dan dalam posisi mengepal diletakkan di fornix anterior. Tangan kanan diletakkan di dinding perut memegang fundus uteri

b. Pemantauan tanda-tanda vital

Upaya pencegahan risiko perdarahan pada ibu setelah melahirkan sangat bergantung pada pemantauan tanda-tanda vital secara berkala. Perubahan pada tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan dapat menjadi indikator awal adanya komplikasi. Tekanan darah yang cenderung rendah pada masa postpartum perlu diwaspadai sebagai potensi risiko perdarahan.

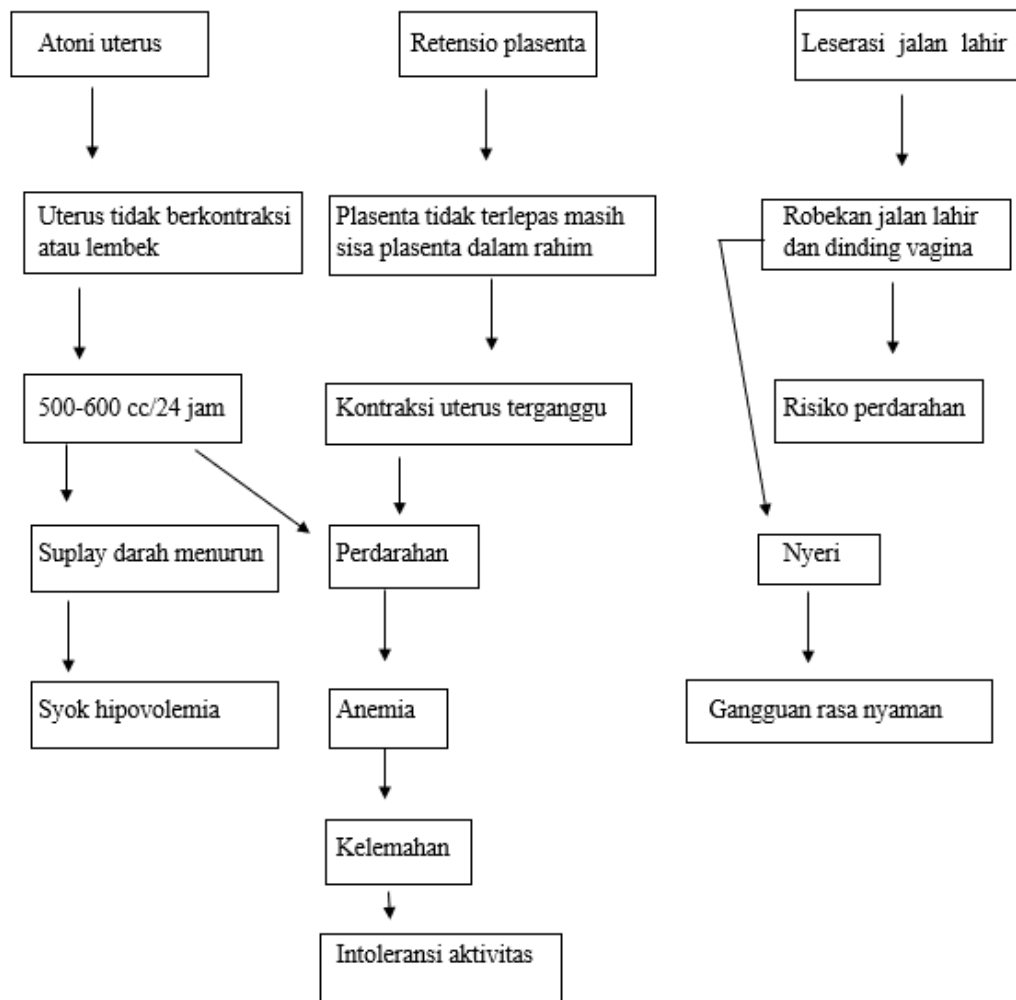
Selain tekanan darah, perubahan pada denyut nadi dan pernapasan juga penting untuk diperhatikan. Denyut nadi yang meningkat melebihi 100 kali per

menit setelah melahirkan dapat mengindikasikan adanya dehidrasi, infeksi, atau bahkan perdarahan postpartum. Sementara itu, pernapasan yang menjadi lebih cepat pada ibu postpartum dapat menjadi tanda awal terjadinya syok, yang memerlukan penanganan segera. Pemantauan komprehensif terhadap ketiga tanda vital ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk mendeteksi dini potensi bahaya dan mengambil tindakan pencegahan yang tepat.

c. Mengatasi anemia dalam kehamilan

Pada pasien riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya, persalinan harus berlangsung di rumah sakit. Tidak memijat dan mendorong uterus ke bawah sebelum plasenta lepas, berikan 10 unit oksitosin im setelah anak lahir.

6. Problem tree



Gambar 1 Problem tree risiko perdarahan akibat trauma post partum

C. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Dengan Risiko Perdarahan Akibat

Faktor Risiko Trauma Post Partum

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses sistematis pengumpulan data subjektif dan objektif, yang meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual pasien, melalui riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Analisis data yang terkumpul digunakan untuk merumuskan diagnosis

keperawatan, yang kemudian menjadi dasar perencanaan asuhan keperawatan yang berpusat pada pasien. Dengan pengkajian yang komprehensif, perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu pasien (Yunike, 2022).

a) Biodata

Biodata yang dikaji berupa nama ibu dan penanggung jawab, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal pengkajian

b) Riwayat kehamilan yang lalu

Riwayat kehamilan yang lalu dikaji berupa jumlah anak, tahun kelahiran anak, jumlah anak yang mengalami kelahiran prematur, abortus, genap bulan dan meninggal, penolong persalinan, jenis kelamin dan keadaan anak sekarang apakah sehat atau tidak

c) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang yang dikaji berupa jumlah kehamilan ibu, jumlah kelahiran ibu, jumlah keguguran yang dialami ibu, hari pertama haid terakhir, siklus haid teratur atau tidak, kunjungan antenatal care, taksiran persalinan, keluhan selama kehamilan, masalah kesehatan umum.

d) Riwayat penggunaan kontrasepsi

Riwayat penggunaan kontrasepsi yang dikaji penggunaan kontrasepsi, serta rencana penggunaan alat KB setelah melahirkan

e) Riwayat persalinan

Riwayat persalinan yang dikaji yakni tanggal persalinan, tipe persalinan, lama persalinan tiap kala, jumlah pendarahan, perawatan dan pengobatan yang

diberikan, penyulit persalinan, jenis kelamin anak, berat badan lahir, dan APGAR score.

f) Keadaan post partum

Keadaan post partum yang dikaji berupa keadaan umum ibu, tanda-tanda vital ibu, buah dada ibu, uterus ibu, lochea, vulva, mengecek maemorhoid, ekstermitas bawah, ambulasi, nafsu makan, *Vesica urinaria*, frekuensi buang air, dan frekuensi buang air besar.

g) Psikososial

Psikososial yang dikaji berupa persaan ibu, hubungan dengan bayi, hubungan dengan keluarga, dan persepsi klien terhdap kondisinya.

h) Kemampuan perawatan diri

Kemampuan perawatan diri dapat dikaji berupa perawatan buah dada, perawatan perineum, vulva higiene, dan perawatan bayi.

i) Analisis Masalah Keperawatan

Tabel 1

Analisis Masalah Keperawatan pada pasien dengan risiko perdarahan akibat faktor risiko trauma post partum

Data keperawatan	Etiologi	Masalah Keperawatan
1. Aneurisma	Post partum	Risiko Perdarahan (D.0012)
2. Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)	↓ Leserasi jalan lahir	
3. Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)	↓ Robekan jalan lahir	
4. Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)	↓ Risiko perdarahan	
5. Komplikasi pasca partum (mis. atonia uterus, retensi plasenta)		
6. Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)		
7. Efek agen farmakologis		
8. Tindakan pembedahan		
9. Trauma		
10. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan		
11. Proses keganasan		

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi tiga yakni diagnosis aktual yang menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan dimana tanda dan gejala mayor dan minor dapat ditemukan, diagnosis risiko yakni menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan dan tidak ditemukan tanda dan gejala mayor minor, diagnosis promosi kesehatan menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Diagnosis keperawatan risiko perdarahan (D.0012) dibuktikan dengan aneurisma, gangguan gastrointestinal (mis, ulkus lambung, polip, varises), gangguan fungsi hati (mis, sirosis hepatitis), komplikasi kehamilan (mis. Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar), komplikasi pasca partum (mis. Atonia uterus, retensi plasenta), gangguan koagulasi (trombositopenia), efek agen farmakologis, tindakan pembedahan, trauma, kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan, proses keganasan (PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan serangkaian perlakuan yang dilakukan oleh perawat, didasari oleh pengetahuan dan penilaian klinis, dengan tujuan mencapai hasil yang diharapkan. Sementara itu, tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat dalam mengimplementasikan intervensi keperawatan tersebut. intervensi keperawatan adalah rencana tindakan yang lebih luas, sedangkan tindakan keperawatan adalah langkah-langkah nyata yang diambil untuk melaksanakan rencana tersebut (PPNI, 2017)

Tabel 2

Intervensi Keperawatan pada pasien dengan risiko perdarahan akibat faktor risiko trauma post partum

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SIKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)
	1	2	3
1.	Risiko perdarahan (D.0012) dibuktikan dengan	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5x35 menit	Intervensi Utama
	1. Aneurisma	diharapkan status pasca partum (L.07062)	Perawatan pasca persalinan (I.07225)
	2. Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)	membalik dengan kriteria hasil	Observasi
	3. Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)	1. Sirkulasi perifer meningkat (5)	1. Monitor tanda-tanda vital
	4. Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)	2. Payudara penuh meningkat (5)	2. Monitor keadaan lokia (mis. warna, jumlah, bau dan bekuan)
	5. Komplikasi pasca partum (mis. atonia uterus, retensi plasenta)	3. Pemulihan perineum meningkat (5)	3. Periksa perineum atau robekan (kemerahan, edema, ekimosis, pengeluaran, penyatuan, jahitan)
		4. Pemulihan insisi meningkat (5)	4. Monitor nyeri
		5. Intake makanan dan cairan meningkat (5)	5. Monitor status pencernaan
		6. Aktivitas fisik meningkat (5)	6. Monitor tanda Homan
		7. Ketahanan meningkat (5)	7. Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi
		8. Kenyamanan menurun (5)	8. Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologis ibu postpartum
			Terapeutik

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SIKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)
1		2	3
6.	Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)	9. Infeksi menurun (5)	1. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan
7.	Efek agen farmakologis	10. Nyeri insisi menurun (5)	2. Masase fundus sampai kontraksi kuat, jika perlu
8.	Tindakan pembedahan	11. Perdarahan vagina menurun (5)	3. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini
9.	Trauma	12. Laserasi menurun (5)	4. Berikan kenyamanan pada ibu
10.	Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan	13. Keletihan menurun (5)	5. Fasilitasi ibu berkemih secara normal
11.	Proses keganasan	14. Depresi menurun (5)	6. Fasilitasi ikatan tali kasih ibu dan bayi secara optimal
		15. Jumlah lochia membaik (5)	7. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum
		16. Warna lochia membaik (5)	8. Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu postpartum
		17. Tekanan darah membaik (5)	9. Diskusikan seksualitas masa postpartum
		18. Frekuensi nadi membaik (5)	10. Diskusikan penggunaan alat kontrasepsi
		19. Suhu tubuh membaik (5)	Edukasi
		20. Eliminasi urin membaik (5)	1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga
		21. Eliminasi fekal membaik (5)	2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin
		22. Enzim liver membaik (5)	3. Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat
		23. Hemoglobin membaik (5)	4. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (mis. teknik distraksi, imajinasi)
		24. Sel darah putih membaik (5)	5. Ajarkan ibu mengurangi masalah trombosis vena
		25. Glukosa darah membaik (5)	Kolaborasi
		26. Mood membaik (5)	1. Rujuk ke konselor laktasi, jika perlu
			Intervensi pendukung Manajemen perdarahan pervaginam (I.02044)
			Observasi

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SIKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)
1	2	3	
			1. Identifikasi keluhan ibu (mis. keluar darah banyak, pusing, pandangan tidak jelas) 2. Monitor keadaan uterus dan abdomen (mis. TFU di atas umbilikus, teraba lembek, benjolan) 3. Monitor kesadaran dan tanda vital 4. Monitor kehilangan darah 5. Monitor kadar hemoglobin
			Terapeutik 1. Posisikan supine atau trendelenburg 2. Pasang oksimetri nadi 3. Berikan oksigen via kanul nasa 3 L/menit 4. Pasang IV line dengan selang set transfusi 5. Pasang karakter untuk mengosongkan kandung kemih 6. Ambil darah untuk pemeriksaan darah lengkap
			Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian uterotonika 2. Kolaborasi pemberian anti antikoagulan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap krusial dalam proses asuhan keperawatan, di mana rencana yang telah disusun diwujudkan dalam tindakan nyata. Pada tahap ini, perawat secara aktif melaksanakan intervensi yang telah dirancang, yang mencakup berbagai kegiatan seperti pemantauan kondisi pasien secara berkala untuk mendeteksi tanda-tanda perubahan atau perbaikan, pemberian edukasi dan instruksi kepada pasien mengenai pengelolaan

kesehatan yang berkelanjutan, serta pelaksanaan prosedur perawatan yang telah ditetapkan. Implementasi ini tidak hanya berfokus pada tindakan teknis, tetapi juga melibatkan aspek interpersonal yang kuat, seperti membangun hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga, memberikan dukungan emosional, serta memfasilitasi komunikasi yang efektif (Dinarti and Mulyanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan mengevaluasi intervensi yang telah diberikan, evaluasi keperawatan berfokus pada efektifitas intervensi keperawatan yang diberikan. Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan.

Evaluasi dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan. Sedangkan Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua tindakan dalam proses keperawatan selesai dilakukan. Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan metode SOAP yaitu :

- 1) S (Subjektive) adalah data informasi berupa ungkapan pernyataan keluhan pasien.
- 2) O (Objektive) merupakan data hasil pengamatan, penilaian, dan pemeriksaan pasien

- 3) A (Assessment) merupakan perbandingan antara data subjektif dan data objektif dengan tujuan dan kriteria hasil untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai.
- 4) P (Planning) merupakan rencana asuhan keperawatan lanjutan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.