BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Risiko Perdarahan Pada Persalinan Kala III

1. Definisi Risiko Perdarahan Persalinan Kala III

Risiko perdarahan berarti berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) menurut (Tim Pokja DPP PPNI, 2016). Dalam hal ini definisi perdarahan persalinan kala III adalah perdarahan atau hilangnya darah 500 cc atau lebih yang terjadi setelah anak lahir (Ilmiah, 2015).

Pada periode pasca persalinan, sulit untuk menentukan terminologi berdasarkan batasan kala persalinan yang terdiri dari 1 hingga 4. Definisi perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Oleh sebab itu maka batasan operasional untuk periode pasca persalinan adalah setelah bayi lahir, dimana periode tersebut termasuk dalam persalinan kala III (POGI et al., 2014).

2. Etiologi Risiko Perdarahan Persalinan Kala III

Penyebab munculnya risiko perdarahan pada persalinan kala III ialah adanya kondisi dimana memungkinkan terjadinya perdarahan pada persalinan kala III, sehingga perlu diketahui penyebab dari perdarahan pada persalinan kala III. Menurut Sukarni K & P (2013) penyebab perdarahan pada persalinan kala III antara lain:

a. Atonia Uteri

Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek. Hal ini merupakan penyebab perdarahan pasca

persalinan yang paling penting dan biasa terjadi segera setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan (Nugroho, 2012). *Atonia uteri* dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi seperti:

1) *Over distention uterus* seperti : *gemeli makrosmia*, *polihidro amnion*, atau paritas tinggi
2) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua, multipara dengan kelahiran pendek , partus lama / partus terlantar, malnutrisi
3) Penanganan salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya plasenta belum lepas dari dinding uterus (Sukarni & Purwaningsih, 2013).

b. *Retensio Plasenta*

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Hampir sebagian gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus (Nugroho, 2012). Menurut Nugroho (2012) *retensio plasenta* terdiri dari beberapa jenis, antara lain:

1) *Plasenta Adhesiva* adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
2) *Plasenta Akreta* adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
3) *Plasenta Inkreta* adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/memasuki miometrium.
4) *Plasenta Perkreta* adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
5) *Plasenta Inkarserata* adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstriksi ostium uteri.

c. Trauma Perinium

Perineum adalah otot, kulit dan jaringan yang ada diatara kelamin dan anus. Trauma perineum adalah luka pada perineum yang sering terjadi saat proses persalinan. Hal ini karena desakan kepala atau bagian tubuh janin secara tiba-tiba, sehingga kulit dan jaringan perineum robek (Sukarni & Purwaningsih, 2013). Berdasarkan tingkat keparahannya menurut Sukarni K (2013), trauma perineum dibagi menjadi 4 derajat, antara lain:

1) Trauma derajat I, ditandai dengan adanya luka pada lapisan kulit dan lapisan mukosa saluran vagina.
2) Trauma derajat II, luka sudah mencapai otot.
3) Trauma derajat III, meliputi daerah yang lebih luas.
4) Trauma derajat IV, telah mencapai otot-otot anus, sehingga perdarahannya pun lebih banyak.

d. Ruptur Uteri

Menurut Prawirohrdjo pengertian ruptur uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang pada miometrium (Aspiani, 2017). Menurut Aspiani (2017) ada beberapa hal yang menyebabkan ruptur uteri antara lain:

1) Riwayat pembedahan terhadap fundus atau korpus uterus.
2) Induksi dengan oksitosin yang dilakukan sembarangan atau persalinan yang lama, presentasi abnormal (terjadi penipisan pada segmen bawah uterus).
3) Panggul sempit, letak lintang, *hydrochepalus.*
4) Tumor yang menghalangi jalan lahir, presentasi dahi atau muka.

3. Manifestasi Klinis Risiko Perdarahan Persalinan Kala III

Dalam buku Tim Pokja DPP PPNI (2016) diagnosa risiko tidak memiliki tanda dan gejala, sehingga untuk mengetahui adanya risiko perdarahan pada persalinan kala III perlu diketahui sebelumnya tanda dan gejala perdarahan pada persalinan kala III. Menurut Aspiani (2017) tanda dan gejala perdarahan pada pasca persalinan dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1
Penilaian Klinis untuk Menentukan Penyebab Perdarahan pada Persalinan Kala III

Gejala dan Tanda	Penyulit	Diagnosa Kerja
• **Uterus tidak berkontraksi dan lembek** • **Perdarahan segera setelah lahir**	• Syok • Bekuan darah pada serviks atau posisi telentang akan menghambat aliran darah	Atonia uteri
• **Darah segar mengalir segera setelah bayi lahir** • **Uterus berkontraksi dan keras** • **Plasenta lengkap**	• Pucat • Lemah • Menggigil	Robekan jalan lahir
• **Plasenta belum lahir setelah 30 menit** • **Perdrahan segera** • **Uterus berkontraksi dan keras**	• Tali pusat putus akibat traksi berlebihan • Inversion uteri akibat tarikan • Perdarahan lanjutan	Retensio plasenta
• **Plasenta atau sebagian selaput tidak lengkap** • **Perdarahan segera**	• Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	Tertinggalnya sebagian plasenta

4. Penatalaksanaan Risiko Perdarahan Persalinan Kala III

Menurut Aspiani (2017) ada dua tata cara pelaksanaan yang bisa dilakukan pada ibu risiko perdarahan pada persalinan kala III.

1. Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan umum yang dimaksudkan adalah penatalaksanaan risiko perdarahan pada ibu persalinan kala III dengan tanpa adanya komplikasi yang dapat dilakukan dengan cara:

a. Ketahui secara pasti kondisi ibu bersalin sejak awal
b. Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman
c. Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat
d. Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi
e. Atasi syok bila terjadi syok
f. Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri *uterotonika* 10 IV dilanjutkan infuse 20 ml dalam 500 cc NS/RL dengan tetesan 40 tetes/menit)
g. Pastikan plasenta telah lahir lengkap dan eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir
h. Pasang kateter tetap dan pantau cairan keluar-masuk
i. Lakukan observasi ketat pada 2 jam pertama pasca persalinan dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya.

2. Penatalaksanaan khusus

Penatalaksanaan khusus yang dimaksudkan adalah pelaksanaan pada ibu risiko perdarahan pada persalinan kala III dengan komplikasi. Perbedaan

komplikasi yang di alami oleh ibu, berbeda juga pelaksanaan yang akan dilakukan. Pelaksanaan pada komplikasi persalinan kala III antara lain:

1) *Atonia uteri*

a. Kenali dan tegakan kerja otot atonia uteri

b. Sambil melakukan pemasangan infus dan pemberian *uterotonika*, lakukan pengurutan uterus

c. Pastikan plasenta lahir lengkap dan tidak ada laserasi jalan lahir

d. Lakukan tindakan spesifik yang diperlukan:

(1) Kompresi *bimanual* eksternal yaitu menekan uterus melalui dinding abdomen dengan jalan saling mendekatkan kedua belah telapak tangan yang melingkupi uterus. Bila perdarahan berkurang kompresi diteruskan, pertahankan hingga uterus dapat kembali berkontraksi atau dibawa ke fasilitas kesehatan rujukan.

(2) Kompresi *bimanual* internal yaitu uterus ditekan diantara telapak tangan pada dinding abdomen dan tinju tangan dalam vagina untuk menjepit pembuluh darah di dalam *miometrium.*

(3) Kompresi *aorta abdomalis* yaitu raba arteri *femoralis* dengan ujung jari tangan kiri, pertahankan posisi tersebut genggam tangan kanan kemudian tekankan pada daerah *umbilikus*, tegak lurus dengan sumbu badan, hingga mencapai *columna vertebralis* penekanan yang tepat akan menghentikan atau mengurangi, denyut arteri *femoralis.*

2) *Retensio plasenta*

a. Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil

b. Regangkan tali pusat dan minta ibu untuk mengejan, bila ekspulsi tidak terjadi cobakan traksi terkontrol tali pusat

c. Pasang infus *oksitosin* 20 unit/500 cc NS atau RL dengan tetesan 40/menit

d. Bila traksi terkontrol gagal melahirkan plasenta, lakukan manual plasenta secara hati-hati dan halus

e. Restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemia

f. Lakukan transfuse darah bila diperlukan

g. Berikan antibiotik profilaksis (*ampicilin* 2 gr IV/oral + *metronidazole* 1 gr supp/oral)

3) Ruptur uteri

a. Berikan segera cairan isotonik (RL/NS) 500 cc dalam 15-20 menit dan siapkan *laparatomi*

b. Lakukan *laparatomi* untuk melahirkan anak dan plasenta, fasilitas pelayanan kesehatan dasar harus merujuk ibu ke rumah sakit rujukan

c. Bila konservasi uterus masih diperlukan dan kondisi pasien mengkhawatirkan lakukan *histerektomi*

d. Lakukan bilasan *peritoneal* dan pasang drain dari *cavum abdomen*

e. Antibiotik dan serum anti tetanus, bila ada tanda-tanda infeksi

4) Sisa plasenta

a. Penemuan secara dini, dengan memeriksa kelengkapan plasenta setelah dilahirkan

b. Berikan antibiotik karena kemungkinan ada *endometriosis*

c. Lakukan *eksplorasi* digital/bila serviks terbuka dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan, bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrument, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan dilatasi dan kuretase

d. Hb 8 gr% berikan transfuse atau berikan *sulfat ferosus* 600 mg/hari setelah 10 hari

B. Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Persalinan Kala III dengan Risiko Perdarahan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu komponen dari proses keperawatan yaitu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumbulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin, 2014).

Menurut Keliat et al (2018) pengkajian yang dapat dilakukan pada ibu persalinan kala III yaitu sebagai berikut:

a. Pengkajian awal/segera

1) Palpasi uterus: untuk menentukan apakah ada bayi kedua

2) Sirkulasi: tekanan darah meningkat saat curah jantung meningkat kemudian kembali normal dengan cepat, frekuensi nadi melambat pada respon terhadap perubahan curah jantung

3) Pengeluaran pervaginam : (ya/tidak), adanya pengeluaran cairan pada vagina dilihat dari banyaknya cairan yang dikeluarkan normal atau tidak

4) Perdarahan pervaginam: terjadinya perdarahan pada persalinan kala III bila darah yang keluar >500 ml

5) Denyut jantung janin: frekuensi denyut jantung janin dalam batas normal atau tidak dan kualitas dari bunyi denyut jantung baik

b. Manajemen aktif kala III menurut Tando (2016):

1) Suntikan Oksitosin: pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, oksitosin menyebabkan uterus mampu berkontraksi kuat.

2) Penegangan tali pusat terkendali: melakukan tarikan kearah sejajar dengan sumbu rahim saat uterus berkontraksi, secara stimulant dan melakukan tahanan pada daerah supra pubik.

3) Massase Uteri: segera setelah plasenta dan membran lahir, lakukan pemijatan yang lembut tangan memutar pada fundus uteri agar uterus berkontraksi

c. Pemeriksaan plasenta menurut Sondakh (2013), meliputi:

1) Memeriksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh

2) Memasangkan bagian-bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang

3) Memeriksa plasenta sisi fetal (yang menghadap ke bayi)

4) Mengevaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2016, Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2016). Indikator diagnostik

keperawatan yang dirumuskan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016) terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko.

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada persalinan kala III adalah Risiko Hipovolemi, Nyeri Akut, Risiko Perdarahan, Risiko Cidera, dan Perdarahan. Pada penelitian kali ini diagnosa yang ditegakkan oleh peneliti adalah risiko perdarahan. Risiko perdarahan yang berarti berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (Tim Pokja DPP PPNI, 2016).

Tabel 2
Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Penyebab
Risiko Perdarahan **Kategori :** Fisiologi **Subkategori :** Sirkulasi **Definisi :** Risiko perdarahan berarti berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)	Komplikasi pasca partum (mis. *Atonia Uterus, Retensio Placenta*)

Sumber: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja DPP PPNI, 2016)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menggunakan sistem klasifikasi yang sama dengan klasifikasi SDKI. Setiap intervensi keperawatan pada standar ini terdiri atas tiga komponen yaitu, label, definisi, dan tindakan.

Intervensi utama pada masalah risiko perdarahan ini adalah pencegahan perdarahan. Pencegahan perdarahaan yang berarti mengidentifikasi dan menurunkan risiko atau komplikasi stimulus yang menyebabkan perdarahan atau risiko perdarahan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

Tabel 3
Intervensi Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Kala III Dengan Risiko Perdarahan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum (mis. Atonia uterus, retensi plasenta)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama …x… diharapkan tingkat perdarahan menurun. Dengan kriteria hasil : SLKI Tingkat Perdarahan a. Kelembapan membran mukosa meningkat b. *Hematemesis* dan *hematuria* menurun c. Perdarahan vagina menurun d. Tekanan darah membaik e. Denyut nadi apkial membaik	SIKI Pencegahan Perdarahan 1. **Observasi** Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. **Terapeutik** a. Pertahankan *bed rest* selama perdarahan b. Lakukan manejemen aktif kala III 1) Berikan oksitosin 10 IU dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir 2) Lakukan penegangan tali pusat terkendali 3) Lalukan massase uteri 3. **Edukasi** Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 4. **Kolaborasi** Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*

Sumber : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja DPP PPNI, 2016). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja DPP PPNI, 2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah dicapai. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi

pengumpulan data yang berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta meliputi menilai data baru. Proses implementasi keperawatan terjadi ketika fase mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang telah disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mencatat hasil akhir tindakan implementasi dan respon pasien (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010).

5. Evaluasi Keperawatan

Mengevaluasi adalah menilai atau menghargai. Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Dalam konteks ini, evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan professional kesehatan menentukan (a) kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan (b) keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier et al., 2010).

Evaluasi keperawatan dicatat sesuai disesuaikan dengan setiap diagnose keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan meliputi data subjektif (S) dan objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany, 2009).

Menurut Dinarti dkk (2009), evaluasi mengharuskan perawat melakukan pemeriksaan secara kritikal dan menyatakan respon pasien terhadap intervensi. Evaluasi ini terdiri dari dua tingkat, yaitu:

a. Evaluasi formatif atau evaluasi proses adalah evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan.

b. Evaluasi sumatif atau evaluasi hasil adalah evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diinginkan.

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Kala III Dengan Risiko Perdarahan

No.	**Diagnosis Keperawatan**	**Evaluasi**
1.	Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum (mis. Atonia uterus, retensi plasenta)	S: 1. Pasien mengetahui penyebab dan gejala perdarahan 2. Pasien mengatakan tidak muncul adanya gejala perdarahan O: 1. Tidak ada *hematuria* dan *hematemesis* 2. Tekanan darah dalam batas normal (100-130/<80 mmHg) 3. Perdarahan pervaginam dalam batas normal (<500 ml) 4. Denyut nadi dalam batas normal (60-100x/menit) A: 1. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil 2. Tujuan tidak tercapai apabila respon pasien tidak sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil P: 1. Pertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai 2. Lanjutkan intervensi apabila tujuan tidak tercapai

Sumber: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja DPP PPNI, 2016). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja DPP PPNI, 2019).