

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Risiko Perdarahan Pada Persalinan Kala IV

1. Definisi

Perdarahan persalinan kala IV adalah perdarahan yang jumlahnya lebih dari 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi, maka batasan jumlah perdarahan disebutkan sebagai perdarahan yang lebih normal yang telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 kali per menit, kadar Hb <8 g/dL.

Perdarahan persalinan kala IV dibagi menjadi :

- a) Perdarahan persalinan kala IV dini atau perdarahan post partum primer (*early postpartum hemorrhage*), merupakan perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah kala III.
- b) Perdarahan masa nifas atau perdarahan post partum sekunder (*late postpartum hemorrhage*), merupakan perdarahan yang terjadi pada masa nifas (puerperium) tidak termasuk 24 jam pertama setelah kala III (Nugroho, 2012).

2. Etiologi

Penyebab terjadinya perdarahan persalinan kala IV antara lain:

a) Atonia uteri

Akibat kurangnya kuatnya otot-otot uterus untuk berkontraksi sehingga menyebabkan pembuluh darah dan bekas perlekatan plasenta terbuka sehingga perdarahan terjadi terus menerus. Faktor predisposisinya adalah :

- 1) Umur yang terlalu tua atau muda
 - 2) Paritas, sering dijumpai pada multipara dan grandemulti
 - 3) Partus lama dan partus terlantar
 - 4) Uterus yang terlalu tegang : gemeli, hidramnion dan janin besar
 - 5) Obstetrik operatif dan narkosa
 - 6) Keluhan pada uterus seperti mioma uteri
 - 7) Faktor sosial, ekonomi dan nutrisi
 - 8) Keadaan anemia
- ### b) Luka jalan lahir

Perlukaan jalan lahir karena persalinan dapat mengenai perineum, vulva, vagina dan uterus. Jenis perlukaan ringan berupa luka lecet, yang berat berupa suatu robekan yang disertai perdarahan hebat. Pada primigravida yang melahirkan bayi cukup bulan, perlukaan jalan lahir tidak dapat dihindarkan menurut Sarwono (2005) dalam (Moedjiarto, 2011). Pada umumnya luka yang kecil dan supervisial tidak terjadi perdarahan yang banyak, akan tetapi jika robekan jalan lahir lebar dan dalam, lebih-lebih jika mengenai pembuluh darah menimbulkan perdarahan yang hebat (Sarwono, 2005). Adapun perlukaan jalan lahir dapat terjadi pada :

- 1) Dasar panggul berupa episiotomi atau robekan perineum spontan
 - 2) Vulva dan vagina
 - 3) Serviks uteri
 - 4) Uterus
- c) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya sisa plasenta melebihi 30 menit setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2005). Akibat-akibat dari retensio plasenta adalah :

- 1) Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tambah melekat lebih dalam.
 - 2) Plasenta sudah lepas tetapi belum keluar karena atonia uterus atau akan menyebabkan perdarahan banyak karena adanya lingkaran konstiksi dan pada bagian segmen bawah rahim akibat kesalahan penanganan kala III yang akan menghalangi plasenta keluar. Retensio plasenta bisa terjadi seluruh atau sebagian plasenta masuk terdapat di dalam rahim sehingga akan mengganggu kontraksi dan retraksi menyebabkan sinus-sinus darah tetap terbuka menimbulkan terjadinya perdarahan post partum, begitu bagian plasenta terlepas dari dinding rahim, maka perdarahan terjadi di bagian tersebut bagian plasenta yang masih melekat, mengimbangi retraksi miometrium dan perdarahan berlangsung sampai sisa plasenta tersebut terlepas seluruhnya.
- d) Gangguan pembekuan darah

Kelainan pembekuan darah misalnya afibrinogenemia atau hipofibrinogenemia. Tanda-tanda yang sering dijumpai :

- 1) Perdarahan yang banyak
- 2) Solusio plasenta
- 3) Kematian janin yang lama dalam kandungan
- 4) Pre eklamsi dan eklamsi
- 5) Infeksi, hepatitis dan syok septik penyakit darah seperti anemia berat yang tidak diobati selama kehamilan tua dapat menyebabkan partus lama, perdarahan dan infeksi. Perdarahan dapat disebabkan oleh gangguan pembekuan darah karena meningkatnya aktifitas fibrinolitik dan turunnya kadar fibrinogen serum (Sarwono, 2002).

e) Sisa plasenta dan selaput ketuban

Sisa plasenta atau selaput janin yang menghalangi kontraksi uterus sehingga masih ada perdarahan yang tetap terbuka dan akan menyebabkan terjadinya perdarahan (Sarwono, 2005). Perdarahan post partum dapat terjadi sebagai akibat tertinggalnya sisa plasenta atau selaput janin. Bila hal tersebut terjadi harus segera di keluarkan secara manual atau dikuret dan disusul dengan pemberian obat-obatan oksitosin intravena (Sarwono, 2005).

3. Manifestasi Klinis

Perdarahan persalinan kala IV perlu diperhatikan ada perdarahan yang membuat hipotensidan anemia. Apabila dibiarkan terus pasien akan jatuh dalam keadaan syok. Perdarahan yang terjadi dapat deras dan merembes saja, perdarahan yang deras biasanya akan segera menarik perhatian, sehingga cepat ditangani. Sedangkan perdarahan yang merembes karena kurang nampak sering kali tidak mendapat perhatian yang seharusnya.

Perdarahan yang bersifat merembes ini bila berlangsung lama akan mengakibatkan kehilangan darah yang banyak. Untuk menentukan jumlah perdarahan, maka darah yang keluar setelah uri lahir harus dicatat dan ditampung. Kadang-kadang perdarahan tidak terjadi keluar dari vagina, tetapi menumpuk di vagina dan di dalam uterus. Keadaan ini biasanya diketahui karena adanya kenaikan dari tingginya fundus uteri setelah uri lahir menurut (Hanifa, 2005). Gejala klinis umum yang terjadi adalah kehilangan darah dalam jumlah banyak (>500 ml), nadi lemah, pucat, lokhea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, dan dapat terjadi syok hipovolemik, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, dan mual. 1) Gejala klinis perdarahan post partum perdarahan pervaginam, konsistensi rahim lunak, fundus uteri naik (jika pengaliran darah terhalang oleh bekuan darah atau selaput janin) (Moedjiarto, 2011).

4. Penatalaksanaan

Pasien dengan perdarahan persalinan kala IV harus ditangani dalam 2 komponen, yaitu (Nugroho, 2012):

- a) Resusitasi dan penanganan perdarahan obstetrik serta kemungkinan syok hipovolemik, dapat dilakukan dengan cara :
 - 1) Resusitasi Cairan
 - (a) Pengangkatan kaki dapat meningkatkan aliran darah balik vena sehingga memberi waktu untuk menegakkan diagnosis dan menangani penyebab perdarahan.
 - (b) Perlu dilakukan pemberian oksigen dan akses intravena. Selama persalinan perlu dipasang paling tidak satu jalur intravena pada wanita dengan risiko

perdarahan post partum, dan dipertimbangkan jalur kedua pada pasien dengan risiko sangat tinggi.

- (c) Berikan cairan dengan cairan kristaloid dalam volume yang besar, baik normal salin (NS/NaCl) atau cairan Ringer Laktat (RL) melalui akses intravena perifer. NS merupakan cairan yang cocok pada saat persalinan karena biaya yang ringan dan kompatibilitasnya dengan sebagian besar obat dan tranfusi darah. Risiko terjadinya asidosis hiperkloremik sangat rendah dalam hubungan dengan perdarahan post partum. Bila dibutuhkan cairan kristaloid dalam jumlah banyak (>10 L), dapat dipertimbangkan penggunaan cairan RL. Cairan yang mengandung dekstrosa, seperti D 5% tidak memiliki peran dalam penanganan perdarahan post partum. Perlu diingat bahwa kehilangan 1 L darah perlu penggantian 4-5 L kristaloid, karena sebagian besar cairan infus tidak tertahan di ruang intravaskuler, tetapi terjadi pergeseran ke ruang interstisial. Pergeseran ini bersamaan dengan penggunaan oksitosin, dapat menyebabkan edema perifer pada hari-hari setelah perdarahan post partum. Ginjal normal dengan mudah mengekskresi cairan. Perdarahan post partum lebih dari 1500 ml pada wanita hamil yang normal dapat ditangani cukup dengan infus kristaloid jika penyebab perdarahan dapat tertangani. Kehilangan darah yang banyak, biasanya membutuhkan penambahan tranfusi sel darah merah.
- (d) Cairan koloid dalam jumlah besar (1000-1500 ml/hari) dapat menyebabkan efek yang buruk pada hemostasis. Tidak ada cairan koloid yang terbukti lebih baik dibandingkan NS, dan karena harga serta risiko

terjadinya efek yang tidak diharapkan pada pemberian koloid, maka cairan kristaloid tetap direkomendasikan

2) Tranfusi Darah

- (a) Tranfusi darah perlu diberikan bila perdarahan masih terus berlanjut dan diperkirakan akan melebihi 2000 ml atau keadaan klinis pasien menunjukkan tanda-tanda syok walaupun telah dilakukan resusitasi cepat.
- (b) *Packed Red Cells* (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.
- (c) Tujuan tranfusi adalah memasukkan 2-4 unit PRC untuk menggantikan pembawa oksigen yang hilang dan untuk mengembalikan volume sirkulasi. PRC bersifat sangat kental yang dapat menurunkan jumlah tetesan infus. Masalah ini dapat diatasi dengan menambahkan 100 ml NS pada masing-masing unit. Jangan menggunakan cairan Ringer Laktat untuk tujuan ini karena kalsium yang dikandungnya dapat menyebabkan penjedalan.
- b) Identifikasi dan penanganan penyebab terjadinya perdarahan post partum

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Kala IV Dengan Risiko Perdarahan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2011),

Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya. Pengkajian risiko perdarahan pada Ibu persalinan kala IV adalah sebagai berikut:

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Yang dapat dikaji pada identitas pasien yaitu nama, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, No CM, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan sumber informasi.

2) Identitas Penanggung Jawab/Suami

Yang dapat dikaji pada identitas penanggung jawab yaitu nama, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat.

b. Alasan masuk rumah sakit

Alasan masuk rumah sakit pada pasien persalinan kala IV yaitu ibu mengeluh merasakan kontraksi pada perutnya.

c. Keluhan utama :

Keluhan utama yang mungkin muncul pada pasien persalinan kala IV dengan masalah risiko perdarahan adalah adanya merasakan gejala-gejala timbulnya perdarahan seperti pasien merasa lemas, pusing, gelisah, dan haus.

d. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan yang baru terjadi, jenis persalinan spontan, penyulit selama persalinan, jumlah darah yang dikeluarkan pada saat proses persalinan yang dapat mempengaruhi risiko terjadinya perdarahan pada persalinan kala IV.

e. Keadaan Bayi

Yang dapat dikaji pada keadaan bayi yaitu berat badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, dan lingkaran perut.

f. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

Yang dapat dikaji yang terdiri dari riwayat menstruasi seperti menarche, banyaknya menstruasi, keluhan saat menstruasi, siklus dan lamanya menstruasi, kemudian riwayat pernikahan yang dikaji yaitu menikah berapa kali dan lamanya pernikahan, dan riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas yang lalu yang dikaji yaitu umur kehamilan, penyulit saat kehamilan, jenis persalinan, penolong saat persalinan, penyulit saat persalinan, dan komplikasi masa nifas.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum : meliputi tingkat kesadaran, jumlah *Glasgow Coma Scale* (GCS), tanda – tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu badan), berat badan, tinggi badan dan lingkaran lengan atas (LILA). Pada pasien dengan masalah risiko perdarahan umumnya mengalami peningkatan suhu, tekanan darah menurun, pernapasan dan frekuensi nadi meningkat, terkadang lemas.

a) Kesadaran

Kesadaran pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya composmentis.

b) Pemeriksaan tanda-tanda vital:

(1) Suhu

Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya terjadi peningkatan suhu sampai 38°C (dianggap normal), namun setelah satu hari suhu akan mulai menurun menjadi 36° C-37° C yang disebabkan oleh hypovolemia.

(2) Nadi

Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya denyut nadi akan semakin meningkat yang menyebabkan hypovolemia semakin meningkat

(3) Pernafasan

Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernafasan menjadi tidak normal

(4) Tekanan darah

Pada pasien persalinan kala IV dengan risiko perdarahan biasanya tekanan darah menurun.

2) Pemeriksaan head to toe

(a) Kepala dan rambut

Pada kepala perlu dikaji adalah bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau berketombe, rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah ada laserasi/luka.

(b) Wajah

Yang perlu dikaji adalah warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah apakah lonjong atau oval, pasien meringis atau tidak.

(c) Mata

Bentuk bola mata, ada tidaknya gerak mata, konjungtiva anemis atau tidak, bentuk mata apakah simetris atau tidak, dan warna sklera.

(d) Hidung

Ada tidaknya polip dan kebersihannya.

(e) Telinga

Kebersihan atau tidaknya kelainan fungsi pendengaran, kelainan anatomi pada telinga.

(f) Mulut, bibir, dan faring

Bentuk bibir apakah simetris atau tidak, kelembaban, kebersihan mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya kelainan bicara.

(g) Gigi

Jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan pada gusi atau caries, karang gigi.

(h) Leher

Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis

(i) Integument

Meliputi warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, tekstur kulit.

(j) Thorax

Dikaji kesimetrisannya, ada tidaknya suara ronchi, ada tidaknya kolostrum, apakah puting susu masuk atau tidak, apakah tampak kotor atau tidak.

(k) Payudara

Payudara membesar, areola mammae warnanya lebih gelap, papilla mammae menonjol, keluar ASI atau tidak.

(l) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat, bagaimana dengan bising usus, apakah ada nyeri tekan.

(m) Genitalia

Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema pada vulva, apakah ada luka episiotomy, bagaimana kondisi luka episiotomi.

(n) Ekstremitas atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak ada tidaknya oedema.

(o) Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, sianosis, bagaimana pergerakannya, refleks patella.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang muncul dari kasus persalinan kala IV adalah risiko perdarahan dengan salah satu faktor risikonya yaitu komplikasi pasca

partum yang berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (Tim Pokja DPP PPNI, 2016). Risiko perdarahan pascapartum dibuktikan dengan adanya hematuria dan hematemesis, tekanan darah menurun, adanya perdarahan pervaginam (>500 ml) (Nurarif & Kusuma, 2015).

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013).

Tabel 1

Rencana Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Kala IV Dengan Risiko Perdarahan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi
1	Risiko Perdarahan berhubung an dengan komplikasi pascapartum (atonia uteri, retensi plasenta)	<p>NOC</p> <p>1. Blood severity</p> <p>2. Blood koagulation</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Pasien mengetahui penyebab dan gejala perdarahan</p> <p>2. Pasien tidak mengatakan merasakan gejala timbulnya perdarahan</p> <p>3. Tidak ada hematuria dan hematemesis</p> <p>4. Tekanan darah dalam batas normal systole dan diastole (TD= 100-140/<85 mmHg</p> <p>5. Perdarahan pervaginam dalam batas normal (<500 ml)</p>	<p>NIC</p> <p>1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan</p> <p>2. Monitor TTV</p> <p>3. Anjurkan pasien untuk mobilisasi dini</p> <p>4. Anjurkan pasien untuk segera menyusui</p> <p>5. Lakukan massage uteri</p> <p>6. Monitor lochea</p> <p>7. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas yang berat</p> <p>8. Kolaboratif dalam pemberian terapi obat</p>

Sumber: Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC (Nurarif & Kusuma, 2015).

Panduan Praktik Klinik dan Laboratorium Keperawatan Maternitas (Deswani, 2010)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Pada proses keperawatan,

implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi *Nursing Intervention Classification* (NIC), implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut (Kozier, 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 kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah (Kozier, 2010).

Tabel 2

Evaluasi Penelitian Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Kala IV Dengan Risiko Perdarahan

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	Risiko Perdarahan S : berhubungan dengan komplikasi pascapartum (atonia uteri, retensi plasenta)	- Pasien mengetahui penyebab dan gejala dari perdarahan - Pasien tidak mengatakan merasakan gejala timbulnya perdarahan O : - Tidak ada hematuria dan hematemesis - Tekanan darah dalam batas normal systole dan diastole Vital sign dalam batas normal (TD= 100-140/<85 mmHg - Perdarahan pervaginam dalam batas normal (<500 ml) A : - Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil - Tujuan belum tercapai apabila respon pasien tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan P : - Pertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai - Lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien

Sumber: Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC (Nurarif & Kusuma, 2015a).