

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Perdarahan *post partum*

a. Pengertian

Perdarahan *post partum* adalah keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan pervaginam atau lebih dari 1000 ml pada persalinan seksio sesarea (Umar & White, 2023). Menurut Wormer *et al.* (2022) perdarahan *post partum* adalah kehilangan darah kumulatif lebih dari 1000 mL dengan tanda dan gejala *hipovolemia* dalam waktu 24 jam setelah proses kelahiran.

Perdarahan *post partum* adalah perdarahan yang terjadi setelah kala III selesai setelah plasenta lahir melewati batas fisiologis normal. Secara fisiologis, seorang ibu yang melahirkan akan mengeluarkan darah sampai 500 ml tanpa menyebabkan gangguan *homeostatis*. Jumlah perdarahan dapat diukur menggunakan bengkak besar (1 bengkak = \pm 500 cc). Oleh sebab itu, secara konvensional dikatakan bahwa perdarahan lebih dari 500 ml dikategorikan sebagai perdarahan *post partum* dan perdarahan mencapai 1000 ml secara kasat mata harus segera ditangani secara serius (Nurhayati, 2019).

b. Jenis perdarahan *post partum*

Saifuddin (2018) menjelaskan bahwa perdarahan *post partum* dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

- 1) Perdarahan *post partum* awal (*early post partum hemorrhage*) yaitu perdarahan yang terjadi sampai 24 jam setelah persalinan.
- 2) Perdarahan *post partum* lambat (*late post partum hemorrhage*) yaitu perdarahan yang terjadi sampai 28 jam setelah persalinan.

c. Etiologi

Penyebab perdarahan *post partum* paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah *laserasi serviks* atau vagina, *ruptur uteri*, dan *inversi uteri* (Saifuddin, 2018). Etiologi perdarahan *post partum* menurut Cintania (2020) dibagi menjadi empat kelompok utama:

1) *Atonia uteri*

Atonia uteri menjadi penyebab pertama perdarahan *post partum*. Perdarahan *post partum* bisa dikendalikan melalui kontraksi dan retraksi serat-serat miometrium. Kontraksi dan retraksi ini menyebabkan terlipatnya pembuluh-pembuluh darah sehingga aliran darah ke tempat plasenta menjadi terhenti. Kegagalan mekanisme akibat gangguan fungsi miometrium dinamakan *atonia uteri* (Oxorn & Forte, 2019).

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir perdarahan masih ada dan mencapai 500-1000 cc, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek (Saifuddin, 2018). Pencegahan atonia uteri adalah dengan melakukan manajemen aktif kala III dengan sebenar-

benarnya dan memberikan misoprostol peroral 2-3 tablet (400-600 mcg) segera setelah bayi lahir (Oxorn & Forte, 2019).

2) Trauma dan laserasi

Perdarahan yang cukup banyak dapat terjadi karena robekan pada saat proses persalinan baik normal maupun dengan tindakan, sehingga inspeksi harus selalu dilakukan sesudah proses persalinan selesai sehingga sumber perdarahan dapat dikendalikan. Tempat-tempat perdarahan dapat terjadi di vulva, vagina, servik, porsio dan uterus (Oxorn & Forte, 2019).

3) Retensio Plasenta

Retensio sebagian atau seluruh plasenta dalam rahim akan mengganggu kontraksi dan retraksi, sinus-sinus darah tetap terbuka, sehingga menimbulkan perdarahan *post partum*. Perdarahan terjadi pada bagian plasenta yang terlepas dari dinding uterus. Bagian plasenta yang masih melekat merintangi retraksi miometrium dan perdarahan berlangsung terus sampai sisa organ tersebut terlepas serta dikeluarkan (Oxorn & Forte, 2019).

Retensio plasenta, seluruh atau sebagian, lobus succenturiata, sebuah kotiledon, atau suatu fragmen plasenta dapat menyebabkan perdarahan plasenta *post partum*. Retensio plasenta dapat disebabkan adanya plasenta akreta, perkreta dan inkreta. Faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta adalah

plasenta previa, bekas seksio sesarea, pernah kuret berulang, dan *multiparitas* (Saifuddin, 2018).

4) *Thrombophilia* (Kelainan perdarahan)

Afibrinogenemia atau *hipofibrinogenemia* dapat terjadi setelah *abruption placenta*, retensio janin-mati yang lama di dalam rahim, dan pada emboli cairan ketuban. Kegagalan mekanisme pembekuan darah menyebabkan perdarahan yang tidak dapat dihentikan dengan tindakan yang biasanya dipakai untuk mengendalikan perdarahan. Secara etiologi bahan thromboplastik yang timbul dari degenerasi dan autolisis desidua serta plasenta dapat memasuki sirkulasi maternal dan menimbulkan koagulasi intravaskuler serta penurunan fibrinogen yang beredar (Oxorn & Forte, 2019).

d. Gejala klinis perdarahan *post partum*

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat *hipervolemia*-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran perdarahan *post partum* yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain (Saifuddin, 2018).

B-Lynch *et al.* (2006, dalam Cintania, 2020) menjelaskan bahwa gambaran klinis pada *hipovolemia* dapat dilihat pada tabel 2.2 di bawah ini:

Tabel 2.2. Gambaran Klinis Perdarahan Obstetri

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (sistolik)	Tanda dan gejala	Derajat syok
500-1000 mL (<15-20%)	Normal	Tidak ditemukan	-
1000-1500 mL (20-25%)	80-100 mmHg	Bradikardi (<100 kali per menit) Berkeringat Lemah	Ringan
1500-2000 mL (25-35%)	70-80 mmHg	Takikardi (100-120 kali/menit) Oliguria Gelisah	Sedang
2000-3000 mL (35-50%)	50-70 mmHg	Takikardi (>120 kali/menit) Anuria	Berat

Sumber: B-Lynch *et al.* (2006, dalam Cintania, 2020)

e. Komplikasi

Komplikasi pada perdarahan *post partum* selain mortalitas maternal, morbiditas maternal akibat kejadian perdarahan *post partum* juga cukup berat, sebagian bahkan menyebabkan cacat menetap berupa hilangnya uterus akibat histerektomi. Morbiditas lain diantaranya anemia, kelelahan, depresi, dan risiko tranfusi darah. Histerektomi menyebabkan hilangnya kesuburan pada usia yang masih relatif produktif sehingga dapat menimbulkan konsekuensi sosial dan psikologis. Selain itu, telah diketahui bahwa perdarahan *post partum* yang masif dapat mengakibatkan nekrosis lobus anterior hipofisis (Cintania, 2020).

f. Penatalaksanaan Perdarahan *Post Partum*

Nurhayati (2019) menjelaskan bahwa penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan *post partum*, antara lain:

- 1) Perawatan masa kehamilan, tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin tetapi harus dilakukan selama kehamilan dengan melakukan *antenatal care* yang baik. Menangani anemia dalam kehamilan adalah penting, ibu-ibu yang mempunyai predisposisi atau riwayat perdarahan *post partum* sangat dianjurkan untuk bersalin di Rumah Sakit.
- 2) Persiapan persalinan di rumah sakit diperiksa keadaan fisik, keadaan umum, kadar Hb, golongan darah, dan sediakan donor darah. Pemasangan *cateter intravena* dengan *abocath* ukuran 18 untuk persiapan apabila diperlukan transfusi. Untuk pasien dengan anemia berat sebaiknya langsung dilakukan transfusi. Sangat dianjurkan pada pasien dengan risiko perdarahan *post partum* untuk menabung darahnya sendiri dan digunakan saat persalinan.
- 3) Persalinan setelah bayi lahir, lakukan masase uterus dengan arah gerakan *circular* atau maju mundur sampai uterus menjadi keras dan berkontraksi dengan baik. Masase yang berlebihan atau terlalu keras terhadap uterus sebelum, selama, ataupun sesudah lahirnya plasenta bisa mengganggu kontraksi nominal myometrium dan bahkan mempercepat kontraksi

akan menyebabkan kehilangan darah yang berlebihan dan memicu terjadinya perdarahan *post partum*.

- 4) Kala tiga dan kala empat
 - (1) *Uterotonica* dapat diberikan segera sesudah bahu depan dilahirkan. Studi memperlihatkan penurunan insiden perdarahan *post partum* pada pasien yang mendapat oksitosin setelah bahu depan dilahirkan, tidak didapatkan peningkatan insiden terjadinya retensio plasenta. Pemberian oksitosin selama kala III terbukti mengurangi volume darah yang hilang dan kejadian perdarahan *post partum* sebesar 40%.
 - (2) Periksa ukuran dan tonus otot uterus dengan melakukan masase untuk mengeluarkan bekuan darah di uterus dan vagina. Apabila terus teraba lembek dan tidak berkontraksi dengan baik, perlu pemberian oksitosin. Lakukan kompresi bimanual apabila perdarahan masih berlanjut. Pemberian *uterotonica* jenis lain dianjurkan apabila setelah pemberian oksitosin dan kompresi bimanual gagal menghentikan perdarahan. Pilihan berikutnya adalah ergometrin. Masa paruh ergometrin lebih cepat dari oksitosin yaitu 5-15 menit. Dalam penanganan atonia uteri, dapat dilakukan penanganan khusus seperti :

- (a) Teruskan pemijatan uterus. Masase uterus akan menstimulasi kontraksi uterus yang menghentikan perdarahan.
- (b) Jika uterus berkontraksi, lakukan evaluasi. Jika uterus berkontraksi, tapi perdarahan uterus berlangsung, periksa apakah perineum atau vagina dan serviks mengalami laserasi dan jahit atau rujuk segera.
- (c) Antisipasi dini akan kebutuhan darah dan lakukan transfusi sesuai kebutuhan. Jika perdarahan terus berlangsung, pastikan plasenta lahir lengkap. Jika terdapat tanda-tanda sisa-sisa plasenta (tidak adanya bagian permukaan maternal atau robeknya membran dengan pembuluh darahnya), keluarkan sisa plasenta tersebut.
- (d) Jika uterus tidak berkontraksi maka bersihkan bekuan darah atau selaput ketuban dari vagina dan ostium serviks. Pastikan bahwa kandung kemih telah kosong.

g. Pencegahan

Cintania (2020) menjelaskan bahwa antisipasi terhadap perdarahan *post partum* dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia, dan lain-lain

sehingga pada saat hamil dan persalinan pasien tersebut ada dalam keadaan optimal.

- 2) Mengenal faktor predisposisi perdarahan *post partum* seperti *multiparitas*, anak besar, hamil kembar, *hidromnion*, bekas seksio, ada riwayat perdarahan *post partum* sebelumnya.

2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perdarahan *post partum*

a. Usia ibu

Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (Wibowo dkk., 2021).

Ibu yang berumur dibawah 20 tahun dan lebih dari 35 tahun lebih rentan menderita anemia hal ini disebabkan oleh faktor fisik dan psikis. Wanita yang hamil di usia kurang dari 20 tahun berisiko terhadap anemia karena pada usia ini sering terjadi kekurangan gizi. Hal ini muncul biasanya karena usia remaja menginginkan tubuh yang ideal sehingga mendorong untuk melakukan diet yang ketat tanpa memperhatikan keseimbangan gizi sehingga pada saat memasuki kehamilan dengan status gizi kurang. Sedangkan, ibu yang berusia di atas 35 tahun usia ini rentan terhadap penurunan daya tahan tubuh sehingga mengakibatkan ibu hamil mudah terkena infeksi dan terserang penyakit (Yuli, 2017).

Riset yang dilakukan oleh Sukriyani (2018) menyatakan bahwa ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian perdarahan *post partum* (p-value=0,035). Wanita yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan pasca persalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan akan lebih besar

b. Paritas

Paritas merupakan peristiwa dimana seorang wanita pernah melahirkan bayi dengan lama masa kehamilan antara 38 hingga 42 minggu (Manuaba *et al.*, 2018). Menurut Varney (2017), paritas adalah jumlah anak yang hidup atau jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim. Saifuddin (2018) menjelaskan bahwa berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

- 1) *Nulipara* adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali
- 2) *Primipara* adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup didunia luar

- 3) *Multipara* adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali. *Multipara* adalah perempuan yang telah melahirkan dua hingga tiga kali (Rochjati, 2019).
- 4) *Grandemultipara* adalah ibu pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih. Kemungkinan akan ditemui kesehatan yang terganggu, kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung (Rochjati, 2019).

Riset yang dilakukan oleh Lestari *et al.* (2020) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian perdarahan *post partum* primer (p -value = 0,011). Menurut Cunningham *et al.* (2017), pada usia dibawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi *post partum* terutama perdarahan akan lebih besar.

c. Jarak kehamilan

Jarak kehamilan 6 bulan berisiko meningkatkan angka kematian ibu dan bayi karena anemia, keguguran, infeksi pasca persalinan, kekurangan kadar darah, ketuban pecah dini, hingga preeklampsia. risiko yang dihadapi pada jarak kehamilan kurang dari 18 bulan adalah lahir mati, prematuritas, kematian janin, bayi dengan berat bayi rendah, dan pertumbuhan janin terhambat. risiko pada bayi dan balita berupa meningkatnya risiko kematian bayi dan balita serta kurang gizi pada balita terutama sang kakak (Astuti, 2018).

Jarak antar kelahiran sebagai faktor predisposisi perdarahan *post partum* karena persalinan yang berturut-turut dalam jangka waktu yang singkat akan mengakibatkan kontraksi uterus menjadi kurang baik. Selama kehamilan berikutnya dibutuhkan 2-5 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Bila jarak antar kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan terjadinya perdarahan pasca persalinan (Sukriyani, 2018). Riset yang dilakukan oleh Rosmayanti *et al.* (2023) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jarak kelahiran dengan perdarahan *post partum* primer (p value=0,000).

d. Anemia

Anemia selama kehamilan dapat berpengaruh terhadap otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan baik sehingga terjadi perdarahan pasca persalinan (Saifuddin, 2018). Menurut Varney (2017), wanita yang mengalami anemia dalam persalinan dengan kadar hemoglobin <11gr/dl akan dengan cepat terganggu kondisinya bila terjadi kehilangan darah meskipun hanya sedikit. Anemia di sangkutkan dengan melemahnya fisik dan kekurangan darah yang dapat dianggap sebagai pencetus langsung perdarahan *post partum*.

Risiko perdarahan *post partum* meningkat pada wanita bersalin dengan anemia berat, dimana uterus kekurangan oksigen, glukosa dan nutrisi esensial, cenderung bekerja tidak efisien pada semua

persalinan, hal inilah yang dapat menyebabkan perdarahan *post partum* semakin meningkat (Manuaba *et al.*, 2018). Riset yang dilakukan oleh Janah *et al.* (2023) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara anemia dengan kejadian perdarahan pada ibu *post partum* di RS Elia Waran Kabupaten Manokwari Selatan ($p = 0,000$).

e. Riwayat perdarahan

Ibu yang memiliki riwayat perdarahan *post partum* akan meningkatkan risiko lebih besar terjadinya perdarahan *post partum* pada persalinan berikutnya dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat perdarahan *post partum* sebelumnya. Maka dari itu untuk menghindari supaya tidak terjadi lagi perdarahan *post partum* pada persalinan berikutnya, maka tenaga kesehatan harus memberikan penyuluhan dan menyarankan untuk memeriksakan kehamilannya secara teratur dan melahirkan di tenaga kesehatan (Fitria & Puspitasari, 2018).

Persalinan buruk pada persalinan sebelumnya merupakan keadaan yang perlu untuk diwaspadai. Riwayat persalinan dengan perdarahan *post partum* sebelumnya memberikan trauma buruk pada organ reproduksi seorang perempuan. Oleh karena itu Kewaspadaan harus dilakukan jika setelah terdapat riwayat persalinan buruk pada masa sebelumnya (Saifuddin, 2018). Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu oleh Fahira *et al.* (2019) didapatkan hasil bahwa ibu yang memiliki riwayat perdarahan

berisiko 6,025 kali lebih besar untuk mengalami perdarahan *post partum* dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat perdarahan.

f. Berat badan lahir bayi

Bayi baru lahir adalah rentang kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem (Cunningham *et al.*, 2017). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Saifuddin, 2018). Joyce (2018) menjelaskan bahwa kategori bayi baru lahir sesuai dengan berat lahir pertama kali adalah sebagai berikut:

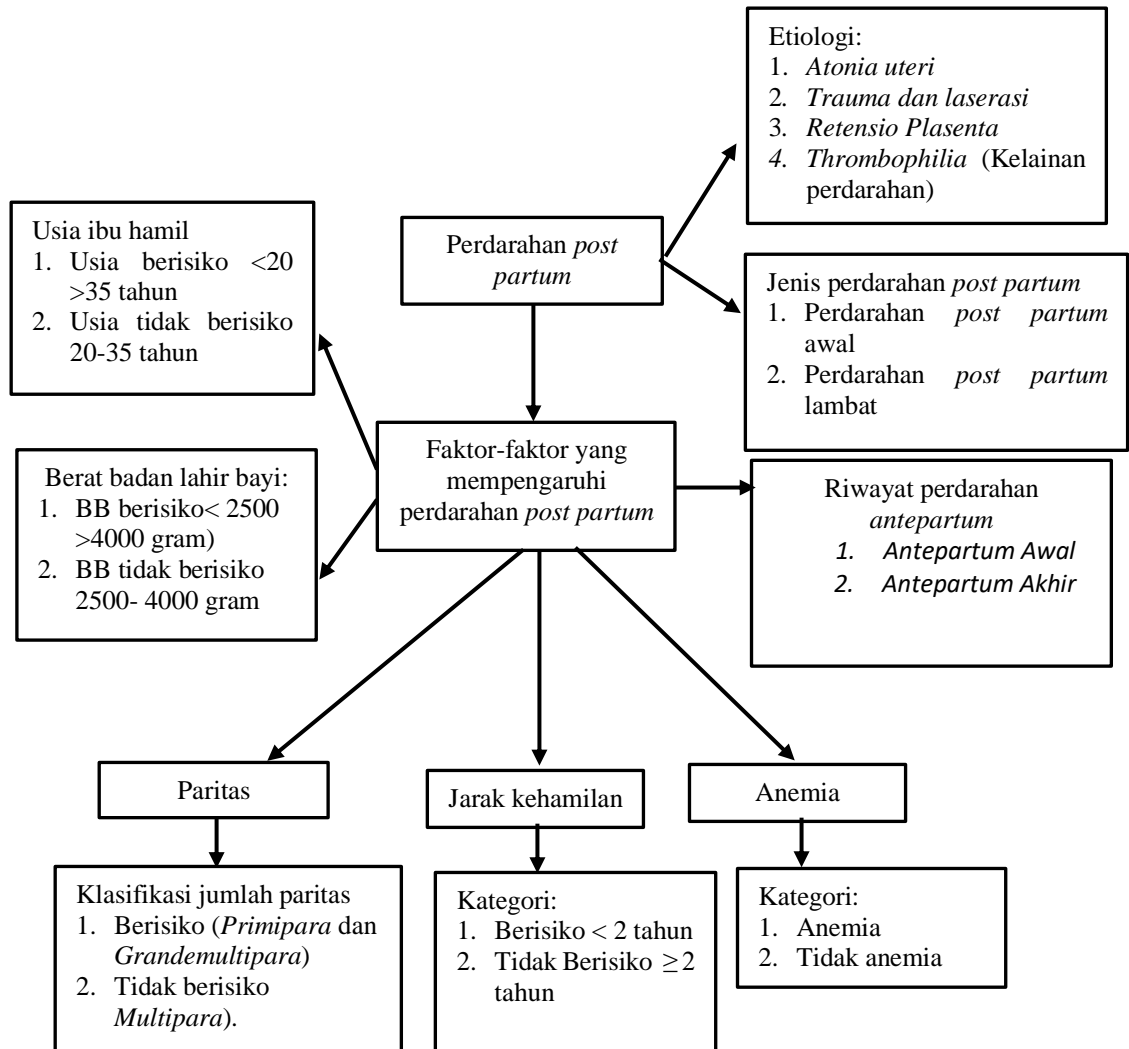
- 1) *High Birth Weight* (HBW) atau berat lahir besar (≥ 4000 gram).
- 2) Berat bayi lahir normal sebesar 2500-3999 gram.
- 3) Berat bayi lahir rendah yaitu sebesar ≥ 1500 -2400 gram.
- 4) *Very Low Birth Weight* (VLBW) atau berat bayi lahir sangat rendah (< 1500 gram).
- 5) *Extremely Low Birth Weight* (ELBW) atau bayi lahir ekstrim rendah (< 1000 gram).

Berat badan bayi lahir termasuk dalam salah satu faktor risiko yang mempengaruhi proses persalinan. Besarnya berat bayi yang dilahirkan dapat berisiko pada perdarahan *post partum* akibat terjadinya ruptur perineum atau robeknya jalan lahir dan juga dapat menimbulkan lemahnya kontraksi otot *myometrium*. Kisaran berat

badan lahir normal adalah 2500 - 4000 gram, sementara berat badan lahir rendah < 2500 gram dan berat badan lahir besar (makrosomia) >4000 gram (Damayanti, 2021). Riset yang dilakukan oleh Afrika dan Riski (2021) menyatakan bahwa ada hubungan signifikan antara berat badan bayi lahir dengan pendarahan *post partum* (*p value* = 0,002).

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas maka kerangka teori dalam penelitian ini disajikan dalam Bagan 2.1 di bawah ini.



Bagan 2.1
Kerangka Teori

Sumber: Diani (2021), Wulandari (2020), Sutanto (2019), Dewi (2021), Wilujeng & Hartati (2018), Umar & White (2023), Wormer *et al.* (2022), Nurhayati (2019), Saifuddin (2018), Oxorn & Forte (2019), Sukriyani (2018), Varney (2017), Rochjati (2019), Lestari *et al.* (2020), Cunningham *et al.* (2017), Manuaba *et al.* (2018), Fitria & Puspitasari (2018), Fahira *et al.* (2019) dan Janah *et al.* (2023)