

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perdarahan *Postpartum*

2.1.1 Definisi

Perdarahan *postpartum* adalah perdarahan melebihi dari 500 mL (pada persalinan per vaginam) atau lebih dari 1000 mL (pada persalinan *Caesar*) setelah bayi lahir. Perdarahan dapat terjadi sebelum, selama dan setelah plasenta lahir.

Menurut terjadinya dibagi atas dua bagian :

- a. Perdarahan *postpartum* dini (*early postpartum hemorrhage*)/ primer: terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir
- b. Perdarahan *postpartum* lanjut (*late postpartum hemorrhage*)/ sekunder: terjadi setelah 24 jam sampai 6 minggu setelah bayi lahir (Norma, 2013).

Perdarahan setelah melahirkan atau *hemorrhage post partum* (HPP) merupakan konsekuensi perdarahan berlebihan dari tempat implantasi plasenta, trauma di traktus genitalia dan struktur sekitarnya, atau keduanya. Efek perdarahan banyak tergantung pada volume darah pada sebelum hamil dan derajat anemia saat kelahiran. Gambaran perdarahan *postpartum* yang dapat mengecohkan adalah nadi dan tekanan darah yang masih dalam batas normal sampai terjadi kehilangan darah yang sangat banyak (Purwoastuti, 2015).

2.1.2 Penyebab HPP

Menurut Prawirohardjo (2010), penyebab HPP antara lain:

- a. Perdarahan dari tempat implantasi plasenta
 - 1) Hipotoni sampai atonia uteri
 - 2) Sisa plasenta
- b. Perdarahan karena robekan
 - 1) *Episiotomy* yang melebar
 - 2) Robekan pada perineum, vagina, dan serviks
 - 3) Ruptura uteri
- c. Gangguan *koagulasi*

Gangguan *koagulasi* jarang terjadi misalnya pada kasus ibu mengalami trombofilia, *sindroma HELPP*, Preeklamsia, solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan, dan emboli air ketuban.

2.1.3 Faktor Risiko HPP

Menurut Norma (2013), faktor risiko HPP terdiri dari:

- a. *Abruption (solusio)* plasenta
- b. Plasenta previa
- c. Multigravida
- d. Obesitas
- e. Retensio plasenta
- f. Induksi dan stimulasi persalinan
- g. Robekan jalan lahir
- h. Berat badan lahir > 4 kg

- i. Partus presipitatus
- j. Partus lama
- k. Riwayat perdarahan pada riwayat perdarahan terdahulu
- l. Anemia
- m. Gemeli
- n. Hidramnion.

2.1.4 Gejala Klinik Perdarahan *Postpartum*

Menurut Prawirohardjo (2008) Gejala Klinik perdarahan *postpartum* sebagai berikut:

Tabel 2.1 Gambaran Klinis Perdarahan *Postpartum*

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	Takikardi (<100 kali/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

2.1.5 Diagnosis Perdarahan *Postpartum*

Menurut Manuaba (2015) diagnosis perdarahan *postpartum* sebagai berikut:

- a. Terjadinya perdarahan setelah bayi lahir:
 - 1) Dapat terjadi sebelum plasenta lahir

- 2) Sesudah plasenta lahir
- b. Jumlahnya sekitar 400-500 cc
- c. Keluar pada umumnya mendadak, tanpa disadari
- d. Dapat diikuti dengan menurunnya kesadaran
- e. Dapat diikuti dengan perubahan system kardiovaskuler

2.1.6 Penanganan

- a. Segera tentukan ada syok atau tidak.

Tanda syok antara lain :

- 1) Gangguan perfusi perifer :

Raba telapak tangan, bandingkan dengan tangan penolong :

Jika hangat, kering, merah : normal

Jika dingin, basah, pucat : syok

- 2) Tekan-lepas ujung kuku / telapak tangan

Jika merah kembali < 2 detik : normal

Jika merah kembali > 2 detik : syok

- 3) Nadi meningkat

Jika nadi < 100 : normal

Jika nadi > 100 : syok

- 4) Tekanan darah menurun

jika sistolik > 100 : normal

jika sistolik < 100 : syok

- b. Lakukan perkiraan/ estimasi volume perdarahan. Bila syok segera memberikan cairan (lakukan akses vaskuler, sebaiknya digunakan transfusi set, pilih jarum no.16), cairan RL adalah pilihan utama, cairan normal saline adalah pilihan ke dua, diberikan dengan secepatnya, 1-2 liter (guyur/loss klem)
- c. Mengamati respon terhadap pemberian cairan dan memberikan O₂, pantau keadaan umum, *vital sign*, bila perdarahan pasang 2 lini cairan.
- d. Bila tidak ada syok, atau keadaan umum telah optimal segera lakukan pemeriksaan untuk mencari penyebab perdarahan.
- e. Bila terjadi atonia uteri, lakukan masase uterus dan berikan oksitosin, dan ergometrin IV, bila ada perbaikan dan perdarahan berhenti oksitosin per infus tetap diberikan.
- f. Pastikan kandung kemih kosong, cek apakah plasenta telah lepas, periksa robekan jalan lahir.
- g. Bila tidak ada perbaikan lakukan kompresi bimanual.
- h. Jika tidak ada perbaikan dapat diberikan misoprostol rectal 600-1000 µg.
- i. Segera mengusahakan darah bila diperlukan transfusi.
- j. Tatalaksanaan sesuai dengan penyebabnya (Norma, 2013).

2.2 Robekan Jalan Lahir

2.2.1 Definisi

Robekan jalan lahir merupakan trauma pada vagina yang di akibatkan oleh kelahiran bayi yang terjadi pada serviks, vagina atau perineum. Robekan yang biasanya terjadi bisa ringan (lecet, laserasi), luka *episiotomy*, robekan perineum spontan dari derajat ringan sampai ruptur perinci totalis (sfingteri ani terputus), robekan di dinding vagina, forniks uteri, serviks, daerah sekitar klitoris dan utera bahkan yang terberat seperti ruptur uteri (Maryunani, 2013).

Robekan jalan lahir adalah penyebab kedua tersering dari perdarahan *postpartum*. Robekan jalan lahir dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan *postpartum* dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan *serviks* atau vagina (Prawirohardjo, 2016).

Kasus robekan jalan lahir yang terjadi pada ibu saat proses melahirkan keadaan saat serviks mengalami laserasi pada lebih dari separuh pelahiran *pervaginatum*. Sebagian besar robekan yang terjadi berukuran 0,5 cm. sementara itu, robekan yang dalam dapat meluas ke sepertiga atas vagina. Cedera dapat terjadi setelah proses rotasi *forcep* yang sulit. Selain itu, cedera juga dapat terjadi karena proses kelahiran yang dilakukan pada serviks yang belum membuka lengkap dengan daun *forceps* terpasang pada serviks. Robekan yang berukuran di bawah 2 cm dianggap normal dan biasanya cepat sembuh. Gejala dan tanda yang terlihat pada ibu yang mengalami kasus robekan jalan lahir adanya darah segar yang mengalir segera setelah bayi

lahir, uterus yang berkontraksi dan juga keras. Selain itu, ibu akan terlihat pucat, lemah, dan juga menggigil (Amellia, 2019)

2.2.2 Penyebab

Menurut Maryunani (2013), penyebab robekan jalan lahir seperti berikut:

- a. Pertolongan persalinan yang semakin manipulative dan traumatik akan sangat memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu di hindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks sebelum lengkap.
- b. Robekan jalan lahir disebabkan juga oleh sayatan *episiotomy*, robekan spontan perineum, trauma forsep atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi.

2.2.3 Diagnosis

- a. Tanda atau gejala robekan jalan lahir, perineum atau serviks yaitu, terjadi setelah plasenta keluar, terdapat perdarahan namun uterus berkontraksi, pada inspeksi plasenta kotiledon plasenta lengkap.
- b. Laserasi dalam jalan lahir memiliki derajat tertentu sebagai berikut:
 - 1) Derajat I : perlukaan terjadi pada mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum.
 - 2) Derajat II : perlukaan terjadi pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum.
 - 3) Derajat III : perlukaan terjadi pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot sfingter ani.
 - 4) Derajat IV : perlukaan terjadi pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani dan dinding depan rectum (Maryunani, 2013).

2.2.4 Penanganan

- a. Melakukan pemeriksaan secara hati-hati.
- b. Bila terjadi robekan derajat I atau derajat II lakukan penjahitan dengan anestesi local, dan penerangan lampu yang cukup.
- c. Jika terjadi robekan derajat III atau derajat IV atau robekan serviks :
 - 1) Pasang infus dengan menggunakan jarum berukuran 16 atau 18 dengan menggunakan cairan RL atau NS.
 - 2) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetrik.
 - 3) Mendampingi ibu ke tempat rujukan (Maryunani, 2013).

Tabel 2.2 Perdarahan Akibat Robekan Jalan Lahir

Sumber perdarahan	Gejala klinik	Terapi
Perluasan vagina, vulva dan perineum	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi sumber perdarahannya dilakukan dengan pemeriksaan fisik dan inspekulo. • Dengan <i>speculum</i> jelas tampak sumber luka dan perdarahannya. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sumber perluasan dijahit sehingga dapat menghentikan perdarahan. • Menghindari infeksi • Mengembalikan fungsinya sebagai bagian alat reproduksi.
<i>Episiotomy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Perluasan perineum yang sengaja dilakukan untuk memperluas jalan lahir lunak. • Dapat terjadi perluasan luka menjadi dalam. • Menjadi sumber perdarahan dan infeksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Luka <i>episiotomy</i> harus dijahit, untuk mengembalikan fungsi alat reproduksi dan menghilangkan sumber perdarahan. • Mengurangi sebanyak mungkin infeksi. • Jarang terjadi pada zaman obstetri modern.

		• Perlu dilakukan konsultasi terapi.
--	--	--------------------------------------

(Manuaba, 2015)

2.3 Retensio Plasenta

2.3.1 Definisi

Retensio plasenta merupakan keterlambatan lahirnya plasenta selama setengah jam setelah bayi lahir. Plasenta yang tidak terpisah menimbulkan perdarahan yang tidak tampak, dan juga didasari lamanya waktu yang berlalu antara kelahiran bayi dan keluarnya plasenta yang diharapkan (Rukiyah, 2010).

Retensio plasenta merupakan belum lepasnya plasenta dengan melebihi setengah jam. Kondisi ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera mungkin (Manuaba, 2008).

Kasus retensio plasenta merupakan peristiwa saat adanya sisa plasenta dan ketuban yang tertinggal dalam rongga rahim. Hal ini yang dapat menimbulkan terjadinya perdarahan *postpartum* dini atau perdarahan *postpartum* sekunder yaitu 6-10 hari *pasca-postpartum* (Amellia, 2019).

2.3.2 Faktor Yang Mempengaruhi

- a. Kelainan dari uterus sendiri, yaitu anomali dari uterus atau serviks; kelemahan dan tidak efektifnya kontraksi uterus; kontraksi yang tetanik dari uterus; serta pembentukan *constriction ring*.
- b. Kelainan dari plasenta dan sifat perlekatan plasenta pada uterus.

- c. Kesalahan manajemen kala tiga persalinan, seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik; pemberian uteronik yang tidak tepat waktu dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta; serta pemberian anestesi terutama yang melemahkan kontraksi uterus (Purwoastuti, 2015).

2.3.3 Penyebab

- a. Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena tumbuh melekat lebih dalam. Perdarahan tidak akan terjadi jika plasenta belum lepas sama sekali dan akan terjadi perdarahan jika plasenta lepas sebagian. Hal ini merupakan indikasi untuk mengeluarkannya.

Menurut tingkat perlengkatannya dibagi menjadi :

- 1) Plasenta adhesive, melekat pada endometrium, tidak sampai membran basal.
 - 2) Plasenta inkreta, vili khor alis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke miometrium.
 - 3) Plasenta akreta, menembus lebih dalam ke miometrium tetapi belum menembus serosa.
 - 4) Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim
- b. Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran kontraksi pada bagian

bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (plasenta inkarsereta) (Purwoastuti, 2015).

2.3.4 Penanganan

Penanganan retensio plasenta antara lain:

- a. Melakukan resusitasi (pemberian oksigen 100%). Pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar dan pemberian cairan kristaloid (*sodium klorida isotonic* atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi, tekanan darah serta saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang dikomfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.
- b. Lakukan drips oksitosin (*oxytocin drips*) 20 IU dalam 500 ml larutan Ringer laktat atau NaCl 0,9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi.
- c. Plasenta coba dilahirkan dengan *Brandt Andrews*, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.
- d. Jika plasenta tidak lepas mencoba dengan tindakan manual plasenta. Indikasi manual plasenta yaitu: perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta yaitu setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forsep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir dan tali pusat putus.
- e. Jika tindakan manual plasenta tidak memungkinkan, jaringan dapat dikeluarkan dengan tang (cunam) abortus dilanjutkan kuret sisa plasenta. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase.

Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.

- f. Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
- g. Pemberian antibiotika apabila ada tanda-tanda infeksi dan untuk pencegahan terjadinya infeksi sekunder (Purwoastuti, 2015).

2.4 SolusioPlasenta

2.4.1 Definisi

Solusio plasenta merupakan kejadian lepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang berimplantasi normal pada kehamilan di atas 22 minggu dan sebelum anak lahir (Purwoastuti, 2015).

Solusio plasenta merupakan terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum pada waktunya, yaitu sebelum anak lahir (Maryunani, 2013).

2.4.2 Etiologi

Penyebab utama terjadinya solusio plasenta masih belum bisa diketahui pasti. Meskipun demikian ada beberapa faktor yang diduga memengaruhinya antara lain:

- a. Penyakit hipertensi menahun
- b. Pre-eklamsia
- c. Tali pusat yang pendek

- d. Trauma
- e. Tekanan oleh rahim yang membesar pada vena cava inferior uterus yang sangat mengecil (hidramnion pada waktu ketuban pecah, kehamilan ganda pada waktu anak pertama lahir)

Di samping hal-hal yang diatas, ada juga pengaruhnya antar lain:

- a. Umur lanjut
- b. Multiparitas
- c. Ketuban pecah sebelum waktunya
- d. Defisiensi asam folat
- e. Merokok, *alcohol*, kokain
- f. Mioma uteri (Purwoastuti, 2015).

2.4.3 Klasifikasi

Secara klinis solusio plasenta dibagi dalam kategori:

- a. Solusio plasenta ringan : rupture sinus marginalis atau terlepasnya sebagian kecil plasenta yang tidak berdarah banyak, sama sekali tidak mempengaruhi keadaan ibu dan janinnya. Jumlah darah yang keluar < 250 ml. Gejala perdarahan sukar dibedakan dari plasenta previa kecuali warna darah yang kehitaman.
- b. Solusio plasenta sedang : terlepasnya plasenta melebihi 25% tetapi belum mencapai separuhnya. Jumlah darah dari 250 ml tetapi belum mencapai 100 ml. gejalanya seperti perdarahan pervaginam yang berwarna kehitaman, perut mendadak sakit terus menerus dan tidak lama kemudian

di susul dengan perdarahan pervaginam walaupun tampak sedikit tetapi kemungkinan lebih banyak perdarahan didalam, dan ada nyeri tekan sehingga sebagian janin sulit teraba, apabila janin masih hidup bunyi jantung sukar di dengar dengan stetoskop biasa harus dengan stetoskop *ultrasonic* (Maryunani, 2013).

- c. Solusio plasenta berat : plasenta terlepas lebih dari 2/3 permukaannya dan jumlah darah yang di keluarkannya mencapai 1000 ml atau lebih. Gejalanya keadaan umum penderita buruk dan disertai syok, hampir semua janinnya telah meninggal (Maryunani, 2013).

Pada indikasi solusio plasenta, darah dari tempat pelepasan mencari jalan keluar antara selaput janin dan dinding rahim dan akhirnya keluar dari serviks dan terjadilah solusio plasenta dengan perdarahan keluar/ tampak. Kadang-kadang darah tidak keluar tapi berkumpul di belakang plasenta membentuk hematoma retroplasenta. Perdarahan ini juga disebut perdarahan ke dalam/ tersembunyi. Kadang-kadang darah masuk ke dalam ruang amnion sehingga perdarahan tetap tersembunyi (Purwoastuti, 2015).

2.4.4 Gejala klinis

Menurut Purwoastuti (2015) gejala klinis solusio plasenta antara lain:

- a. Perdarahan yang disertai nyeri, juga di luar his.
- b. Anemia dan syok, beratnya anemia dan syok sering tidak sesuai dengan banyaknya darah yang keluar.

- c. Uterus yang keras seperti papan dan nyeri dipegang karena isi uterus bertambah dengan darah yang berkumpul di belakang plasenta sehingga uterus teregang (*uterus en bois*).
- d. Palpasi sukar karena rahim keras.
- e. Fundus uteri makin lama makin naik.
- f. Bunyi jantung biasanya tidak ada.
- g. Pada toucher teraba ketuban yang tegang terus menerus (karena isi uterus bertambah).
- h. Sering ada proteinuria karena disertai preeklamsia.

2.4.5 Diagnosis

Diagnosis solusio plasenta berdasarkan adanya perdarahan antepartum yang bersifat nyeri, uterus yang tegang dan nyeri. Setelah plasenta lahir, ditemukan adanya impresi (cekungan) pada permukaan maternal plasenta akibat tekanan dari hematoma retroplasenta (Purwoastuti, 2015).

2.4.6 Komplikasi

Komplikasi yang akan terjadi baik pada ibu maupun janin, komplikasi yang dapat terjadi pada ibu antara lain:

- a. Perdarahan *antepartum*, *intrapartum* maupun *postpartum*
- b. Kaugulopati konsumitif, solusio plasenta merupakan penyebab koagulopati konsumitif yang tersering pada kehamilan.
- c. Utero-renal reflex

- d. Ruptur uteri. Komplikasi yang dapat terjadi pada janin meliputi hipoksi, anemi, reterdasi pertumbuhan, kelainan susunan saraf pusat, dan kematian janin.

Komplikasi solusio plasenta pada ibu biasanya berhubungan dengan banyaknya kehilangan darah. Gangguan pembekuan darah, infeksi, gagal ginjal akut, perdarahan *postpartum* yang disebabkan atonia uteri, reaksi transfuse serta syok neurogenik karena kesakitan.

(Norma, 2013).

2.4.7 Penatalaksanaan

Kondisi solusio merupakan lepasnya plasenta dari tempat melengketnya yang normal pada uterus sebelum bayi lahir. Beberapa penanganan yang dilakukan apabila terjadi kasus solusio plasenta antara lain sebagai berikut.

- a. Jika terjadi perdarahan hebat maka harus dilakukan persalinan dengan segera. Persalinan dengan ekstraksi vacum dilakukan apabila pembukaan serviks sudah lengkap. Sementara itu, apabila pembukaan belum lengkap, persalinan dilakukan dengan *section caesaria*. Pada setiap kasus solusio plasenta, harus tetap waspada terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan *postpartum*.
- b. Apabila perdarahan yang terjadi ringan atau sedang maka tindakan yang diambil tergantung pada Denyut Jantung Janin (DJJ). Apabila DJJ normal atau tidak terdengar, maka pecahkan ketuban. Kemudian jika kontraksi tidak bagus, perbaiki dengan pemberian oksitosin dan jika serviks kenyal,

tebal dan tertutup, maka persalinan dilakukan dengan *section caesaria*. Sementara itu, apabila DJJ abnormal kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit, maka harus dilakukan persalinan segera. Apabila persalinan pervaginam tidak memungkinkan, maka persalinan dilakukan dengan operasi (Amellia, 2019).

2.5 Paritas

2.5.1 Definisi Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang mencapai viabilitas, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Paritas tidak lebih besar jika wanita yang bersangkutan melahirkan satu janin, janin kembar, atau janin kembar lima, juga tidak lebih rendah jika janinnya lahir mati. (Leveno, 2009).

Istilah paritas yaitu para menunjukkan kehamilan-kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas (mampu hidup). Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan, tanpa mengingat jumlah anaknya (Oxorn, 2010).

2.5.2 Klasifikasi Paritas

a. Primipara

Primipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan satu kali satu janin atau lebih yang telah mencapai viabilitas. Berakhirnya setiap kehamilan melewati tahap abortus memberikan paritas pada ibu (Leveno, 2009).

b. Multipara

Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai batas viabilitas (Oxorn, 2010).

Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viabel (hidup) beberapa kali (Manuaba, 2008).

c. Grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2008).

2.5.3 Penderita Primigravida atau multigravida

Membedakan antara primigravida dan multigravida penting mendapatkan perhatian karena terdapat perbedaan yang cukup khas dan menjadi penentu sikap dalam pengambilan keputusan terakhir. Maksud dengan perbedaan primigravida dengan multigravida adalah mempunyai risiko rendah yang dapat dijabarkan sebagai berikut :

Tabel 2.2 Perbedaan Primigravida dan Multigravida

Primigravida	Multigravida
Mamae <ul style="list-style-type: none"> • Tegang pembuluh darah tampak • Hiperpigmentasi jelas • Sensitive dan terasa nyeri • Putting susu runcing 	Mamae: <ul style="list-style-type: none"> • Lembek, menggantung • Putting susu mendatar
Perut	Perut

<ul style="list-style-type: none"> • Tegang menonjol ke depan • <i>Striae lividae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Lembek, menggantung ke depan • <i>Striae lividae</i> dan albikan
Vulva <ul style="list-style-type: none"> • Tertutup • Perineum bekas luka • Hymen porforata 	Vulva <ul style="list-style-type: none"> • Mengangga • Perineum bekas luka • Hymen mirtiformis
Vagina Sempit dan teraba rugae	Vagina Longgar, mengangga, rugae telah hilang-licin.
Portio Runcing, tertutup	Portio Tumpul, terbagi bibir depan/ belakang

Untuk membedakan apakah multigravida murni dengan risiko rendah atau risiko tinggi dapat dilakukan anamnesis yang cermat di antaranya:

- a. Riwayat persalinannya yang terdahulu, apakah spontan, hidup aterm dengan demikian merupakan kehamilan dan persalinan risiko rendah.
- b. Riwayat kehamilan dan persalinan dengan risiko tinggi:
 - 1) Pernah abortus, prematuritas, atau lahir mati
 - 2) Persalinan dengan tindakan atau persalinan disertai kelainan.
- c. Jumlah anak
 - 1) Lebih dari 5 orang termasuk grandemultipara
 - 2) Umur anak terkecil di atas 5 tahun tergolong sekunder primigravida
- d. Umur ibu saat ini: di atas 35 tahun tergolong primitua

Maksud untuk menanyakan hal yang berkaitan dengan keadaan tersebut adalah menggolongkan multigravida dengan risiko tinggi sehingga akan mengambil sikap pro aktif dalam pertolongan persalinan.

(Manuaba, 2015).

Ibu yang pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali atau lebih akan ditemui keadaan kekendoran pada dinding rahim yang dapat terjadi bahaya saat melahirkan salah satunya adalah perdarahan postpartum (Rochjati, 2011). Setiap ibu hamil uterus mengalami pembesaran dan otot-otot rahim akan meregang selama 9 bulan kehamilan. Kerengangan tersebut mengakibatkan elastisitas otot mengalami penurunan dan tidak dapat kembali lagi seperti semula. Semakin sering ibu hamil melahirkan maka semakin terganggu elastisitas uterusnya sehingga uterus tidak dapat berkontraksi dengan sempurna (Padila, 2014).

2.6 Anemia

2.6.1 Pengertian Anemia

Anemia dalam kehamilan merupakan anemia karena kekurangan zat besi, dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah, bahkan murah. Anemia pada kehamilan merupakan salah satu masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) (Manuaba, 2010)

Anemia merupakan suatu keadaan adanya menurunnya kadar hemoglobin, hematokrit dan jumlah eritrosit dibawah nilai normal, pada penderita anemia, lebih sering disebut kurang darah, kadar sel darah merah (*Hemoglobin*) dibawah nilai normal. Penyebabnya bisa dikarenakan kurangnya zat gizi untuk pembentukan darah, misalnya zat besi, asam folat dan vitamin B12. Tetapi yang sering terjadi adalah anemia karena kekurangan zat besi (Rukiyah, 2010).

Anemia pada kehamilan sangat berbahaya bagi ibu dan janinnya. Dampak anemia pada dalam kehamilan adalah abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, rentan terkena infeksi, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini, saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan His, kala pertama dalam persalinan dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar, pada kala nifas terjadi *subinvolutio uteri* yang menimbulkan perdarahan *postpartum*, memudahkan infeksi puerperium, serta berkurangnya produksi ASI (Pratiwi, 2019).

2.6.2 Penyebab

Hipervolemi dapat menyebabkan terjadinya pengenceran darah, penambahan darah yang tidak sebanding dengan penambahan plasma darah, berkurangnya zat besi dalam makanan, kebutuhan zat besi meningkat (Rukiyah, 2010).

2.6.3 Diagnosis Anemia

Menegakkan diagnosis anemia pada kehamilan, dapat dilakukan pada anamnesis. Anamnesis akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing,

mata berkunang-kunang, dan mual-muntah yang lebih hebat pada kehamilan muda. Pemeriksaan dan pengawasan Hb dilakukan dengan menggunakan alat sahli atau alat cek Hb. Dari hasil pemeriksaan Hb dapat digolongkan dengan :

- a. Hb 11 gr/dl tidak anemia
- b. Hb 9-10 gr/dl anemia ringan
- c. Hb 7-8 gr/dl anemia sedang
- d. Hb < 7 gr/dl anemia berat

Pemeriksaan dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, perlu dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada setiap ibu hamil (Manuaba, 2015).

2.6.4 Dampak Anemia

Menurut Manuaba (2015), Bahaya anemia pada kehamilan digolongkan sebagai berikut:

- a. Pengaruh anemia terhadap kehamilan
 - 1) Bahaya selama kehamilan :
 - a) Dapat terjadi abortus.
 - b) Persalinan premature.
 - c) Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim.
 - d) Mudah terjadi infeksi.
 - e) Ancaman dekompensasi kordis (Hb < 6 gr/dl)
 - f) Mola hidatidosa
 - g) Hipermesis gravidarum.

- h) Perdarahan *antepartum*.
 - i) Ketuban pecah dini.
- 2) Bahaya saat persalinan :
- a) Gangguan his-kekuatan mengejan.
 - b) Kala pertama dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlancar.
 - c) Kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan *section caesarea*.
 - d) Kala tiga dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri.
 - e) Kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.
- 3) Pada kala nifas :
- a) Terjadi subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan postpartum.
 - b) Memudahkan infeksi puerperium.
 - c) Pengeluaran ASI berkurang
 - d) Dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan.
 - e) Anemia kala nifas.
 - f) Mudah terjadi infeksi *mamae*.
- b. Bahaya terhadap janin:
- 1) Abortus.
 - 2) Kematian intrauteri.
 - 3) Persalinan prematuritas tinggi.
 - 4) Berat badan lahir rendah.

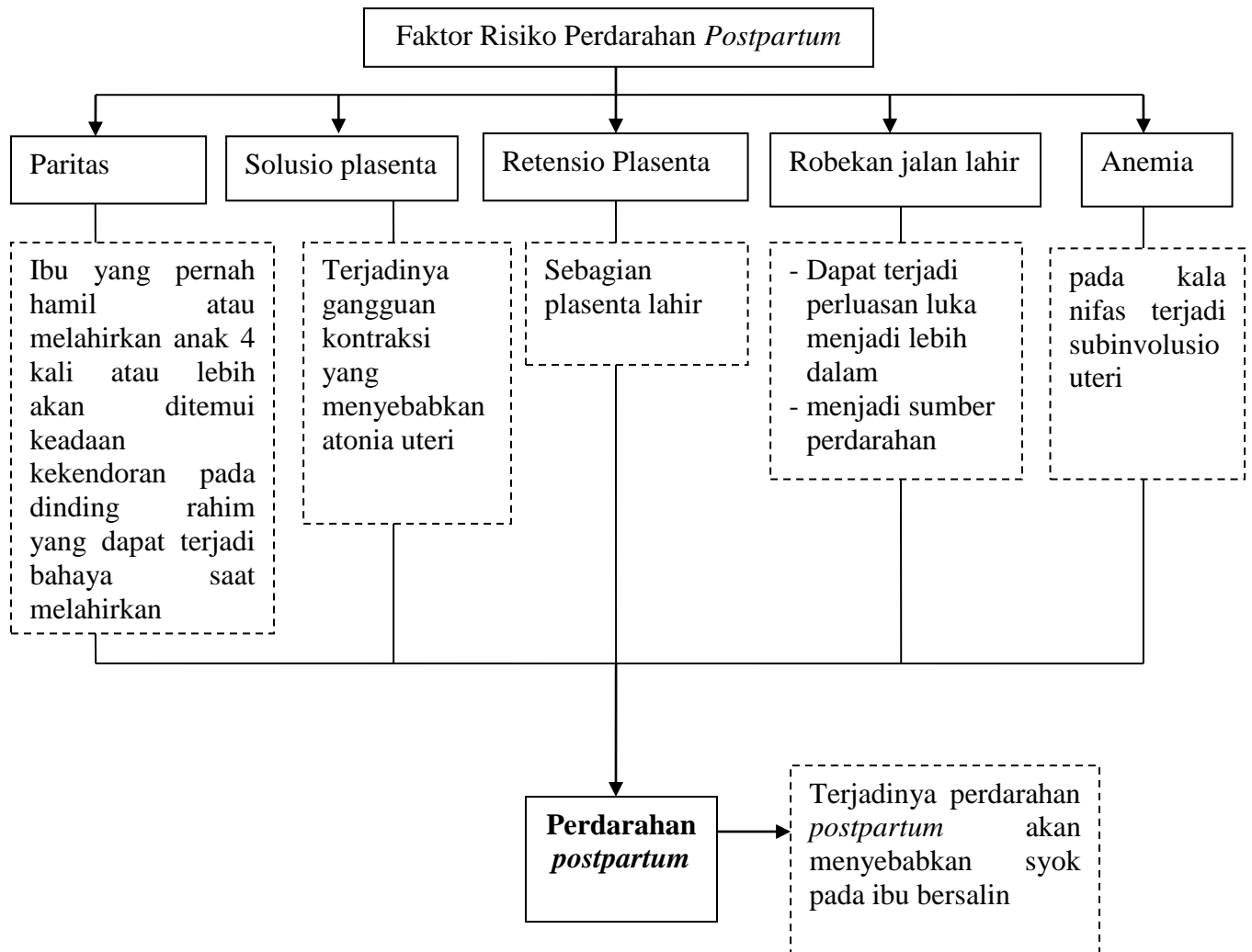
- 5) Kelahiran dengan anemia.
- 6) Dapat terjadi cacat bawaan.

Anemia pada ibu hamil bukan tanpa resiko menurut penelitian, tingginya angka kematian ibu berkaitan erat dengan anemia. Anemia juga menyebabkan rendahnya kemampuan jasmani karena sel-sel tubuh tidak cukup mendapat pasokan oksigen. Pada ibu hamil, anemia meningkat frekuensi komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Resiko kematian maternal, angka prematuritas, berat badan bayi rendah, dan angka kematian perinatal meningkat. Perdarahan *antepartum* dan *postpartum* lebih sering dijumpai pada wanita yang anemis dan lebih sering berakibat fatal, sebab wanita yang anemis tidak dapat mentolerir kehilangan darah (Rukiyah, 2010).

2.6.5 Penatalaksanaan

Ibu hamil dengan anemia dapat diberikan suplemen Fe dosis rendah 30 mg pada trimester III, sedangkan pada ibu hamil dengan anemia defisiensi besi dapat diberikan suplemen sulfat 325 mg sebanyak 1-2 kali dalam sehari. Anemia yang disebabkan defisiensi asam folat, dapat diberikan asam folat 1 mg/hari atau vitamin B12 dengan dosis 100-200 mg/hari. Dapat dilakukan juga dengan mengatur pola makan yaitu dengan mengombinasikan menu makanan serta mengonsumsi buah dan sayuran yang mengandung vitamin C (tomat, jeruk, jambu), mengandung zat besi (sayuran berwarna hijau tua seperti bayam) (Pratiwi, 2019).

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Faktor Risiko Perdarahan Postpartum.

Keterangan :

: di teliti

: tidak diteliti

→ : Ada Hubungan

2.8 Hipotesis

- 2.8.1 Ada hubungan antara robekan jalan lahir terhadap kejadian perdarahan *postpartum*.
- 2.8.2 Ada hubungan antara retensio plasenta terhadap kejadian perdarahan *postpartum*
- 2.8.3 Ada hubungan antara solusio plasenta terhadap kejadian perdarahan *postpartum*
- 2.8.4 Ada hubungan antara paritas terhadap kejadian perdarahan *postpartum*
- 2.8.5 Ada hubungan antara anemia terhadap kejadian perdarahan *postpartum*.