

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Perdarahan Postpartum

a. Definisi

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2014).

Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Saifuddin, 2014).

b. Jenis Perdarahan

Perdarahan postpartum dibagi menjadi dua, yaitu perdarahan postpartum primer/dini dan perdarahan postpartum sekunder/lanjut.

- 1) Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversio uteri.
- 2) Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Manuaba, 2014).

c. Etiologi

Perdarahan postpartum disebabkan oleh banyak faktor. Beberapa faktor predisposisi adalah anemia, yang berdasarkan prevalensi di negara berkembang merupakan penyebab yang paling bermakna. Penyebab perdarahan postpartum paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptur uteri, dan inversi uteri (Saifuddin, 2014).

Sebab-sebab perdarahan postpartum primer dibagi menjadi empat kelompok utama:

1) *Tone* (Atonia Uteri)

Atonia uteri menjadi penyebab pertama perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum 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, 2010).

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, 2014).

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, 2010).

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, 2010).

3) *Tissue* (Retensio Plasenta)

Retensio sebagian atau seluruh plasenta dalam rahim akan mengganggu kontraksi dan retraksi, sinus-sinus darah tetap terbuka, sehingga menimbulkan perdarahan postpartum. Perdarahan terjadi pada bagian plasenta yang terlepas dari dinding uterus. Bagian plasenta yang masih melekat merintang retraksi miometrium dan perdarahan berlangsung terus sampai sisa organ tersebut terlepas serta dikeluarkan (Oxorn, 2010).

Retensio plasenta, seluruh atau sebagian, lobus succenturiata, sebuah kotiledon, atau suatu fragmen plasenta dapat menyebabkan perdarahan plasenta akpostpartum. 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, 2014).

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

decidua serta placenta dapat memasuki sirkulasi maternal dan menimbulkan koagulasi intravaskuler serta penurunan fibrinogen yang beredar (Oxorn, 2010).

d. Gejala Klinis Perdarahan Postpartum

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran PPP 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 (Wiknjosastro, 2012).

Gambaran klinis pada hipovolemia dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. 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 (2006)

e. Diagnosis Perdarahan Postpartum

Tabel 2. Diagnosis perdarahan postpartum

No.	Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Uterus tidak berkontraksi dan lembek - Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer atau P3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok 	<ul style="list-style-type: none"> - Atonia Uteri
2.	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan segera (P3) - Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3) - Uterus kontraksi baik - Plasenta lengkap 	<ul style="list-style-type: none"> - Pucat - Lemah - Menggigil 	<ul style="list-style-type: none"> - Robekan jalan lahir
3.	<ul style="list-style-type: none"> - Plasenta belum lahir setelah 30 menit - Perdarahan segera (P3) - Uterus kontraksi baik 	<ul style="list-style-type: none"> - Tali pusat putus akibat traksi berlebihan - Inversio uteri akibat tarikan - Perdarahan lanjutan 	<ul style="list-style-type: none"> - Retensio Plasenta
4.	<ul style="list-style-type: none"> - Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap - Perdarahan segera (P3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> - Tertinggalnya sebagian plasenta
5.	<ul style="list-style-type: none"> - Uterus tidak teraba - Lumen vagina terisi massa - Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir) - Perdarahan segera (P3) - Nyeri sedikit atau berat 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok neurogenik - Pucat dan limbung 	<ul style="list-style-type: none"> - Inversio uteri
6.	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-involusi uterus - Nyeri tekan perut bawah - Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S. - Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Demam 	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan terlambat - Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi atau tidak)

	menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi)		
7.	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan segera (P3) (Perdarahan intraabdominal dan atau vaginum) - Nyeri perut berat 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok - Nyeri tekan perut - Denyut nadi ibu cepat 	- Robekan dinding uterus (ruptura uteri)

Sumber : Saifuddin, 2014

f. Penatalaksanaan

Penanganan pasien dengan PPP memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan pengelolaan perdarahan obstetri yang mungkin disertai syok hipovolemik dan identifikasi serta pengelolaan penyebab dari perdarahan. Keberhasilan pengelolaan perdarahan postpartum mengharuskan kedua komponen secara simultan dan sistematis ditangani (Edhi, 2013).

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terusmenerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun

penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut (WHO, 2012).

g. Pencegahan

Klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah PPP (Prawirohardjo, 2014).

Pencegahan PPP dapat dilakukan dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III adalah kombinasi dari pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta. Setiap komponen dalam manajemen aktif kala III mempunyai peran dalam pencegahan perdarahan postpartum (Edhi, 2013).

Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selama kala III persalinan untuk mencegah perdarahan postpartum. Oksitosin (IM/IV 10 IU) direkomendasikan sebagai uterotonika pilihan. Uterotonika injeksi lainnya dan misoprostol direkomendasikan sebagai alternatif untuk pencegahan perdarahan postpartum ketika oksitosin tidak tersedia. Peregangan tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih

dalam menangani persalinan. Penarikan tali pusat lebih awal yaitu kurang dari satu menit setelah bayi lahir tidak disarankan (WHO, 2012).

h. Faktor Predisposisi

Faktor yang mempengaruhi perdarahan post partum adalah:

1) Usia

Wanita yang melahirkan anak pada usia lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal (Saifuddin, 2014).

2) Paritas

Salah satu penyebab perdarahan postpartum adalah multiparitas. Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan. Primipara adalah seorang yang telah pernah melahirkan satu kali satu janin atau lebih yang telah mencapai batas viabilitas, oleh karena itu berakhirnya setiap kehamilan melewati tahap abortus memberikan paritas pada ibu. Seorang multipara adalah seorang wanita yang telah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan hingga viabilitas. Hal yang menentukan paritas adalah jumlah kehamilan yang mencapai viabilitas, bukan jumlah janin yang

dilahirkan. Paritas tidak lebih besar jika wanita yang 23 bersangkutan melahirkan satu janin, janin kembar, atau janin kembar lima, juga tidak lebih rendah jika janinnya lahir mati. Uterus yang telah melahirkan banyak anak, cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan (Saifuddin, 2014).

3) Anemia dalam kehamilan

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal, dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11g/dL. Kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Oksigen yang kurang pada uterus akan menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga dapat timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan post partum (Manuaba, 2014).

4) Riwayat persalinan

Riwayat persalinan dimasa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Bila riwayat persalinan yang lalu buruk petugas harus waspada terhadap terjadinya komplikasi dalam persalinan yang akan berlangsung. Riwayat persalinan buruk ini dapat berupa abortus, kematian janin, eklampsi dan preeklampsi, sectio caesarea, persalinan sulit atau lama, janin besar, infeksi dan pernah mengalami perdarahan antepartum dan postpartum.

5) Bayi makrosomia

Bayi besar adalah bayi lahir yang beratnya lebih dari 4000 gram. Menurut kepustakaan bayi yang besar baru dapat menimbulkan dystosia kalau beratnya melebihi 4500 gram. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Karena regangan dinding rahim oleh anak yang sangat besar dapat menimbulkan inertia dan kemungkinan perdarahan postpartum lebih besar.

6) Kehamilan ganda

Kehamilan ganda dapat menyebabkan uterus terlalu meregang, dengan overdistensi tersebut dapat menyebabkan uterus atonik atau perdarahan yang berasal dari letak plasenta akibat ketidakmampuan uterus berkontraksi dengan baik.

2. Paritas

Paritas adalah banyaknya persalinan yang dialami seorang wanita yang melahirkan bayi yang dapat hidup. Kehamilan lebih dari satu kali atau yang termasuk multiparitas memiliki risiko lebih tinggi terjadi perdarahan pasca persalinan dibandingkan dengan ibu-ibu primigravida (Rifdiani, 2016).

Ibu yang paritas >3 beresiko mengalami perdarahan pasca persalinan dibandingkan ibu yang paritasnya 2-3. Ibu dengan paritas >3 diyakini mendahului terjadinya perdarahan pasca persalinan. Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian perdarahan pasca persalinan

karena pada setiap kehamilan dan persalinan terjadi perubahan pada serabut otot di 16 uterus yang dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi sehingga sulit untuk melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang membuka setelah lepasnya plasenta. Risiko terjadinya perdarahan pasca persalinan akan meningkat setelah persalinan ketiga atau lebih yang mengakibatkan terjadinya perdarahan pasca persalinan (Megasari, 2013).

Dengan bertambahnya paritas, akan semakin banyak jaringan ikat pada uterus sehingga kemampuan untuk berkontraksi semakin menurun akibatnya sulit melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang terbuka setelah terlepasnya plasenta. Selain itu, juga terjadi kemunduran dan cacat pada endometrium yang mengakibatkan terjadinya fibrosis pada bekas implantasi plasenta sehingga vaskularisasi dapat berkurang. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan janin, plasenta mengadakan perluasan implantasi dan vili khorialis menembus dinding uterus lebih dalam lagi sehingga dapat terjadi retensio plasenta adhesiva hingga perkreta (Friyandini, 2015).

Pada *grande multiparitas*, terjadi involusi endometrium berulang, sehingga memungkinkan untuk terjadinya defek minor medium, yang berakibat pada berkurangnya serabut miometrium sehingga persalinan pada *grandemultiparitas* cenderung mengalami atonia uteri. Selain itu akibat berkurangnya serabut miometrium maka pada *grandemultiparitas*

17 elatisitas miometrium akan berkurang sehingga memudahkan untuk terjadinya ruptura uteri (Friyandini, 2015).

Multiparitas dan grandemultiparitas merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan pasca persalinan, akibat kelemahan dan kelelahan endometrium. Namun apabila dalam pertolongan persalinan diberikan uterotonika segera setelah persalinan atau pada saat awal kala III sehingga persalinan plasenta dipercepat dan terjadi kontraksi uterus, maka perdarahan postpartum tidak akan terjadi (Friyandini, 2015).

Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

a. Nullipara

Nullipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali.

b. Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak yang cukup besar untuk hidup didunia luar.

c. Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan anak lebih dari satu kali yang cukup besar untuk hidup didunia luar.

d. Grande multipara

Grande multipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dari biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2014).

3. Anemia

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal, dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11g/dL. Kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Oksigen yang kurang pada uterus akan menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga dapat timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan post partum (Manuaba, 2014).

Anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk terutama saat kehamilan, persalinan dan nifas. Prevalensi anemia yang tinggi berakibat negatif seperti: 1) Gangguan dan hambatan pada pertumbuhan, baik sel tubuh maupun sel otak, 2) Kekurangan Hb dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang dibawa/ditransfer ke sel tubuh maupun ke otak. Sehingga dapat memberikan efek buruk pada ibu itu sendiri maupun pada bayi yang dilahirkan.

Pada saat hamil, bila terjadi anemia dan tidak tertangani hingga akhir kehamilan maka akan berpengaruh pada saat postpartum. Pada ibu dengan anemia, saat postpartum akan mengalami atonia uteri. Hal ini disebabkan karena oksigen yang dikirim ke uterus kurang. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak.

Klasifikasi anemia dalam kehamilan menurut Wiknjosastro (2012), adalah sebagai berikut:

a. Anemia Defisiensi Besi

Anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Pengobatannya yaitu, keperluan zat besi untuk wanita hamil, tidak hamil dan dalam laktasi yang dianjurkan adalah pemberian tablet besi.

1) Terapi oral adalah dengan memberikan preparat besi yaitu ferosulfat, feroglukonat atau Natrium ferobisitat. Pemberian preparat besi 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr% tiap bulan. Saat ini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 nanogram asam folat untuk profilaksis anemia (Saifuddin, 2014).

2) Terapi parenteral baru diperlukan apabila penderita tidak tahan akan zat besi per oral, dan adanya gangguan penyerapan, penyakit saluran pencernaan atau masa 27 kehamilannya tua (Wiknjosastro, 2012).

Pemberian preparat parenteral dengan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20 mg) intravena atau 2 x 10 ml/ IM pada gluteus, dapat meningkatkan Hb lebih cepat yaitu 2 gr% (Manuaba, 2014).

Untuk menegakkan diagnosa anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan

keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda. Pada pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III. Hasil pemeriksaan Hb, dapat digolongkan sebagai berikut (Saifuddin, 2014):

- 1) Hb 11 gr% : Tidak anemia
- 2) Hb 9-10 gr% : Anemia ringan
- 3) Hb 7 – 8 gr% : Anemia sedang
- 4) Hb < 7 gr% : Anemia berat

Kebutuhan zat besi pada wanita hamil yaitu rata-rata mendekati 800 mg. Kebutuhan ini terdiri dari, sekitar 300 mg diperlukan untuk janin dan plasenta serta 500 mg lagi digunakan untuk meningkatkan massa haemoglobin maternal, kurang lebih 200 mg lebih akan dieksresikan lewat usus, urin dan kulit. Makanan ibu hamil setiap 100 kalori akan menghasilkan sekitar 8–10 mg zat besi. Perhitungan makan 3 kali dengan 2500 kalori akan menghasilkan sekitar 20–25 mg zat besi perhari. Selama kehamilan dengan perhitungan 288 hari, ibu hamil akan menghasilkan zat besi sebanyak 100 mg sehingga kebutuhan zat besi masih kekurangan untuk wanita hamil (Manuaba, 2014).

b. Anemia Megaloblastik

Anemia yang disebabkan oleh karena kekurangan asam folat, jarang sekali karena kekurangan vitamin B12. Pengobatannya:

- 1) Asam folat 15 – 30 mg per hari
- 2) Vitamin B12 3 X 1 tablet per hari
- 3) Sulfas ferosus 3 X 1 tablet per hari
- 4) Pada kasus berat dan pengobatan per oral hasilnya lamban sehingga dapat diberikan transfusi darah.

c. Anemia Hipoplastik

Anemia yang disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang, membentuk sel darah merah baru. Untuk diagnostic diperlukan pemeriksaan-pemeriksaan diantaranya adalah darah tepi lengkap, pemeriksaan pungsi ekternal dan pemeriksaan retikulosit.

d. Anemia Hemolitik

Anemia yang disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil; apabila ia hamil, maka anemianya biasanya menjadi lebih berat. Gejala utama 29 adalah anemia dengan kelainan-kelainan gambaran darah, kelelahan, kelemahan, serta gejala komplikasi bila terjadi kelainan pada organ-organ vital. Pengobatannya tergantung pada jenis anemia hemolitik dan beratnya anemia. Obat-obat penambah darah tidak member hasil. Tranfusi darah, kadang dilakukan berulang untuk mengurangi penderitaan ibu dan menghindari bahaya hipoksia janin.

e. Anemia-anemia lain

Seorang wanita yang menderita anemia, misalnya berbagai jenis anemia hemolitik herediter atau yang diperoleh seperti anemia karena malaria, cacing tambang, penyakit ginjal menahun, penyakit hati, tuberkulosis, sifilis, tumor ganas dan sebagainya dapat menjadi hamil. Dalam hal ini anemianya menjadi lebih berat dan berpengaruh tidak baik pada ibu dalam masa kehamilan, persalinan, nifas serta berpengaruh pula bagi anak dalam kandungan. Pengobatan ditujukan pada sebab pokok anemianya, misalnya antibiotika untuk infeksi, obat-obat anti malaria, anti sifilis obat cacing dan lain-lain.

4. Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kematian Maternal

Faktor – faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal yang dikelompokkan berdasarkan kerangka dari McCarthy dan Maine (1992) yang masih dipakai sampai sekarang adalah sebagai berikut:

a. Determinan dekat

- 1) Komplikasi kehamilan, beberapa komplikasi yang dapat terjadi yaitu perdarahan, pre eklampsia, nyeri hebat didaerah abdominopelvikum, hyperemesis gravidarum, disuria, ketuban pecah dini, pertumbuhan janin terhambat, polihidramnion, makrosomia, dan lain-lain.
- 2) Komplikasi persalinan, adalah kondisi dimana nyawa ibu dan atau janin yang ia kandung terancam yang disebabkan oleh

gangguan langsung saat persalinan. Seperti perdarahan, partus macet atau partus lama dan infeksi akibat trauma pada persalinan.

- 3) Komplikasi masa nifas, beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi pasca persalinan, infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI).

b. Determinan antara

1) Status kesehatan ibu

Status kesehatan ibu terdiri dari status gizi, riwayat komplikasi kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan penyakit penyerta/riwayat penyakit ibu.

a) Status gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu hamil selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil merupakan salah satu kelompok rawan kekurangan gizi, karena terjadi peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang dikandung. Pola makan yang salah pada ibu hamil membawa dampak terhadap terjadinya gangguan gizi antara lain anemia, penambahan berat badan yang kurang pada ibu hamil dan gangguan pertumbuhan janin.

b) Status anemia

Ibu hamil yang anemia karena Hbnya rendah bukan hanya membahayakan jiwa ibu tetapi juga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan serta membahayakan jiwa janin. Hal ini disebabkan karena kurangnya suplai nutrisi dan oksigen pada placenta yang akan berpengaruh pada fungsi placenta terhadap janin.

Menurut WHO (2010), batasan anemia adalah:

- (1) Laki-laki Dewasa > 13 gram %
- (2) Wanita Dewasa > 12 gram %
- (3) Anak-anak > 11 gram %
- (4) Ibu Hamil > 11 gram %

Jika kehamilan terjadi pada seorang ibu yang telah menderita anemia, maka perdarahan pasca persalinan dapat memperberat keadaan anemia dan berakibat fatal (Saifuddin, 2014).

c) Riwayat persalinan sebelumnya

Seorang ibu yang pernah mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan seperti keguguran, melahirkan bayi prematur, lahir mati, persalinan sebelumnya dengan tindakan ekstraksi vakum atau forsep dan dengan seksio sesaria merupakan risiko untuk persalinan berikutnya.

d) Riwayat penyakit ibu

Seorang wanita yang mempunyai penyakit-penyakit kronik sebelum kehamilan, seperti jantung/g, paru, ginjal, diabetes melitus, malaria dan lainnya akan sangat mempengaruhi proses kehamilan dan memperburuk keadaan pada saat proses persalinan serta berpengaruh secara timbal balik antara ibu dan bayi, sehingga dapat mengurangi kesempatan hidup wanita tersebut. Ibu yang hamil dengan kondisi terdapat penyakit ini termasuk dalam kehamilan risiko tinggi.

e) Riwayat komplikasi kehamilan

Seorang ibu yang pernah mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan seperti keguguran, melahirkan bayi prematur, lahir mati, persalinan sebelumnya dengan tindakan dengan ekstraksi vakum atau forsep dan dengan seksio sesaria merupakan risiko untuk persalinan berikutnya.

2) Status reproduksi

a) Usia ibu

Usia ibu yang berisiko untuk terjadinya kematian maternal adalah usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Ibu yang hamil pada usia < 20 tahun atau > 35 tahun memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal 3,4 kali lebih besar daripada ibu yang berusia 20 – 35 tahun.

b) Paritas

Paritas menunjukkan jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita. Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan. Pada ibu yang primipara (melahirkan bayi hidup) pertama kali, karena pengalaman melahirkan belum pernah, maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar baik pada kekuatan his (*power*), jalan lahir (*passage*), dan kondisi janin (*passenger*).

c) Jarak kehamilan

Jarak kehamilan (jarak kehamilan < 2 tahun dan > 10 tahun merupakan faktor risiko untuk terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan). Jarak antar kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya kematian maternal.

3) Akses terhadap pelayanan kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan terdiri dari ketersediaan dan keterjangkauan. Ketersediaan meliputi tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan (sarana dan tenaga) dengan jumlah, mutu memadai dengan ketersediaan informasi yang dibutuhkan baik berupa penyuluhan, konseling maupun poster tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta informasi lain yang dibutuhkan. Sedangkan keterjangkauan meliputi jarak, waktu,

letak geografis dan transportasi (semakin jauh, lama dan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit, semakin kecil akses ibu hamil untuk mencapainya), serta biaya (semakin mahal biaya, maka akan semakin kecil kemampuan ibu hamil untuk memperoleh pelayanan kesehatan).

4) Perilaku terhadap pelayanan kesehatan

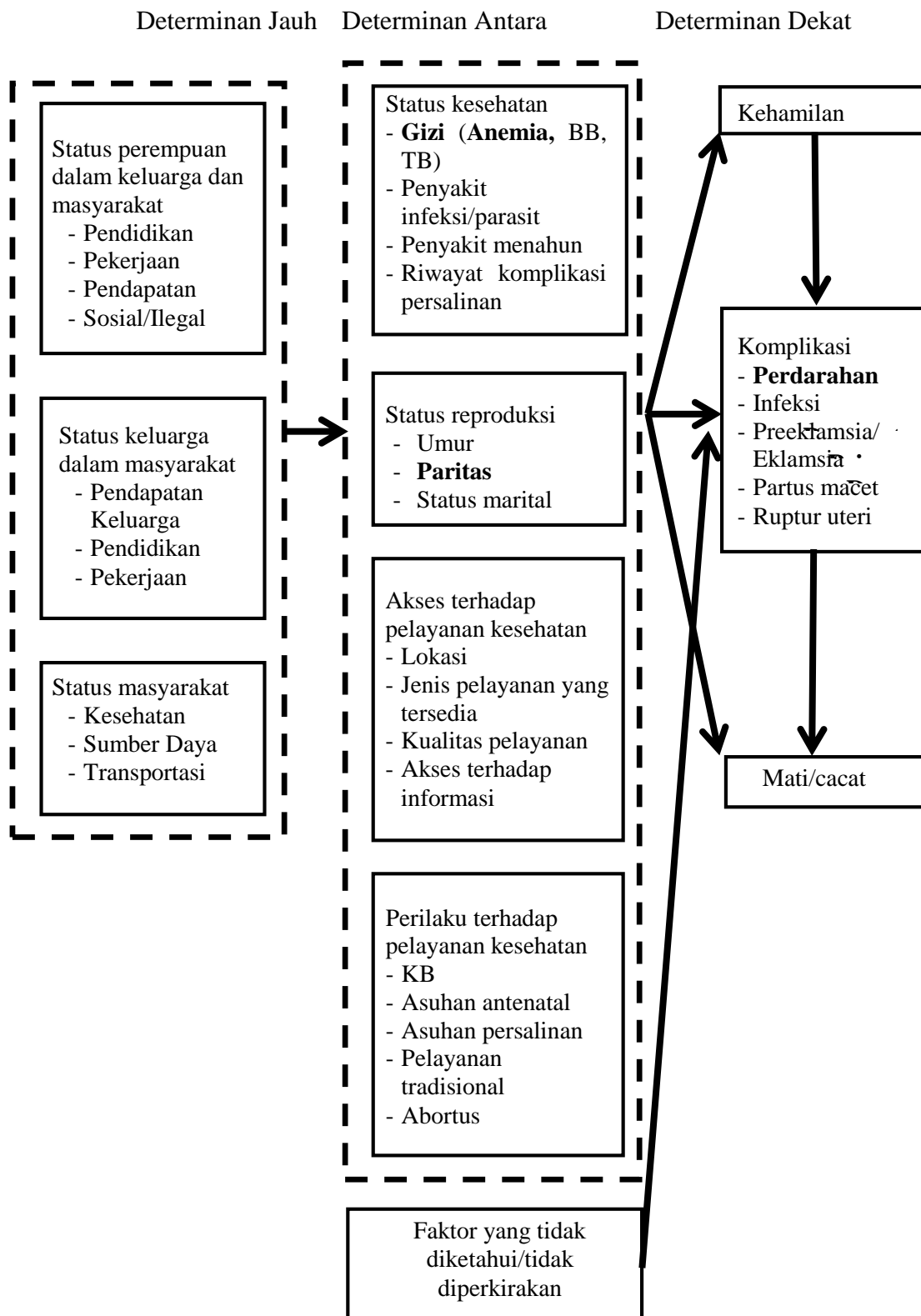
Perilaku terhadap pelayanan kesehatan terdiri dari riwayat KB, asuhan antenatal, penolong pertama persalinan, pelaksanaan rujukan keterlambatan rujukan dan cara persalinan.

c. Determinan jauh

Di lain pihak, terdapat juga determinan jauh yang akan mempengaruhi kejadian kematian maternal melalui pengaruhnya terhadap determinan antara, yang meliputi faktor sosio-kultural dan faktor ekonomi, seperti status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat.

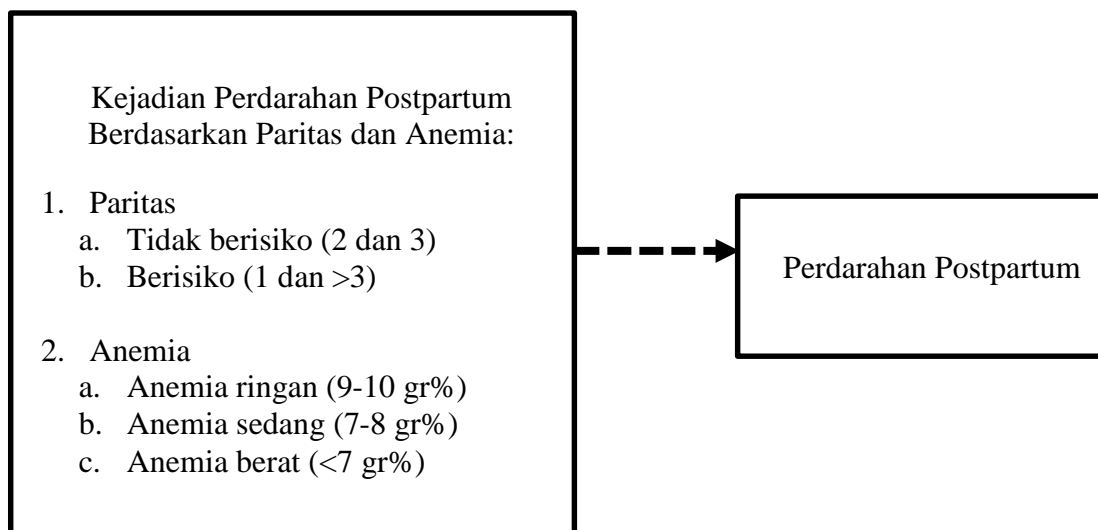
B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, maka disusun sebuah kerangka teori mengenai faktor risiko kematian maternal yang diambil dari kerangka analisis faktor-faktor risiko kematian maternal oleh James McCarthy dan Deborah Maine:



Gambar 1. Kerangka teori komplikasi persalinan menurut kerangka McCarthy

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep gambaran kejadian perdarahan postpartum berdasarkan paritas dan anemia

D. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran kejadian perdarahan postpartum berdasarkan paritas dan anemia di RS Asy Syifa Medika Tahun 2019?