

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **I.1. Latar Belakang Masalah**

Derajat kesehatan masyarakat kita masih rendah jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Hal ini terlihat pada beberapa indikator kesehatan, yang salah satunya adalah angka kematian maternal. Menurut penelitian BKS Penfin di Jawa Tengah pada tahun 1987 angka kematian maternal adalah 3,43 per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan menurut survey kesehatan rumah tangga tahun 1986 angka kematian maternal ini adalah 4,5 per 1000 kelahiran hidup. Jika dilihat angka kematian maternal di Malaysia hanya 0,7, Filipina 1,4, dan Thailand 1,0 per 1000 kelahiran hidup, maka tampaklah bahwa kita masih jauh tertinggal (Samil, 1992).

Tingginya angka kematian maternal mempunyai dampak yang besar dalam kehidupan keluarga dan masyarakat. Ibu memegang peranan penting dalam menentukan mutu sumber daya manusia karena fungsinya sebagai penerus keturunan, pengasuh, dan pendidik serta pengatur rumah tangga disamping membantu suami dalam meningkatkan pendapatan keluarga.

Kematian maternal tidak saja menggambarkan status kesehatan ibu itu sendiri, namun keseluruhan penduduk dan keadaan sosial ekonomi. Ia juga merupakan salah satu indikator yang sangat sensitif untuk melihat adanya

Keadaan kesehatan ibu saat ini masih sangat memprihatinkan. Dari survey kesehatan rumah tangga 1986, diketahui bahwa angka kematian maternal masih tinggi, yakni sekitar 4,5 per 1000 kelahiran hidup. Yang terendah adalah 1,3 per 1000 kelahiran hidup, yaitu di Yogyakarta. Sedangkan yang tertinggi adalah 7,8 per 1000 kelahiran hidup, yaitu di Nusa Tenggara Barat. Ini berarti bahwa sekitar 20.000 ibu dalam masa reproduksi meninggal setiap tahunnya, atau sekitar 1700 ibu meninggal setiap bulannya. Betapa banyak kehilangannya karena yang meninggal itu adalah para ibu dengan pelbagai peran gandanya (Samil, 1992).

Penyebab kematian maternal diakibatkan oleh sebab obstetri langsung dan biasanya kematian disebabkan oleh trias klasik. Trias klasik yang biasanya merupakan penyebab kematian ibu adalah perdarahan, infeksi dan pre-eklampsia/eklampsia. Ironisnya 90 % dari kematian itu sebenarnya dapat dicegah (Prawirohardjo, 1997).

Di RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta angka kematian maternal juga terlihat masih tinggi, walaupun angka kematian maternal di Yogyakarta merupakan yang terendah di Indonesia. Pada tahun 1970-1975 terdapat 206,3 kematian maternal per 10.000 kelahiran hidup (Mardjikoen HP cit Madsukadi, 1987), tahun 1975-1978 123,2 (Poerwanto J cit Madsukadi, 1987) tahun 1978 – 1980 214,8 (Daryono K cit Madsukadi, 1987). Angka-angka tersebut diambil sewaktu Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan masih menempati Rumah Sakit Mangkuyudan. Setelah

155,4 dan tahun 1984-1986 88,8 (Rusydi SD cit Madsuki, 1987). Penyebab kematian maternal di RSUP Dr. Sardjito periode tahun 1981-1983 64,7 % nya adalah karena perdarahan, sedangkan tahun 1984-1986 kematian maternal akibat perdarahan adalah 30 % (Matsukadi, 1987).

Di RSUP Dr. Soetomo Surabaya perdarahan juga menempati urutan penyebab kematian teratas pada periode tahun 1977-1981 (Hariadi, 1981), begitu pula halnya di RSUP Sanglah Denpasar (Manuaba, 1981). Penelitian yang dilakukan di dua belas rumah sakit pendidikan di Indonesia juga mendapat hasil bahwa perdarahan menempati urutan teratas sebagai penyebab kematian maternal selama tahun 1977-1980 (Cheng Chi dkk, 1981).

Pada tahun 1965-1970 dan tahun 1970-1975 perdarahan postpartum menempati urutan teratas jenis perdarahan yang menyebabkan kematian maternal di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta (Mardjikoen, 1976). Memang pada dasarnya tidak dapat dipungkiri lagi bahwa perdarahan postpartum sebagai bagian dari perdarahan itu sendiri merupakan hal penting yang patut diperhitungkan dalam usaha-usaha menekan kematian maternal serendah mungkin.

## **I.2. Kepentingan Masalah**

Penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai masukan informasi bagi para dokter dan tenaga paramedis lainnya mengenai distribusi etiologi dan faktor resiko perdarahan postpartum di RSU PKU Muhammadiyah

pencegahan dan pengelolaan perdarahan postpartum dapat dilaksanakan lebih baik lagi, dengan mempertimbangkan faktor-faktor risikonya.

### **I.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk memberi gambaran distribusi kasus perdarahan postpartum di RSUD Muhammadiyah tahun 1995-1998 berdasarkan etiologi dan faktor-faktor risikonya.

### **I.4. Perumusan Masalah**

Hasil survey angka kematian maternal di Jawa Tengah cukup tinggi dibandingkan dengan negara-negara lain. Tingginya angka kematian maternal mempunyai dampak yang besar dalam kehidupan keluarga dan masyarakat. Karena kematian maternal tidak saja menggambarkan status kesehatan ibu itu sendiri, namun ke seluruh penduduk dan keadaan sosial ekonomi, yang merupakan salah satu indikator yang sangat sensitif untuk melihat adanya pemanfaatan dan hasil guna pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya terhadap ibu berdasarkan penelitian, sebab kematian maternal di akibatkan oleh sebab obstetri langsung dan juga disebabkan oleh trias klasik. Trias klasik yang biasanya merupakan penyebab kematian itu adalah perdarahan,

## I.5. Tinjauan Pustaka

### 1. Definisi

Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500 – 600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir.

Menurut waktu terjadinya perdarahan setelah melahirkan dibagi 2, yaitu :

- a. Perdarahan postpartum dini (*early psotpartum haemorhagie*)  
perdarahan terjadi selama 24 jam pertama setelah kala III persalinan selesai.
- b. Perdarahan postpartum lanjut (*late postpartum haemarhagie*)  
perdarahan berlebihan selama masa nifas, termasuk periode 24 jam pertama setelah kala III persalinan selesai.

### 2. Etiologi

Penyebab perdarahan postpartum dibagi menjadi empat kelompok utama.

#### 1. Atonia Uteri

Perdarahan postpartum bisa dikendalikan melalui kontraksi dan rekontraksi serat-serat myometrium. Kontraksi dan retraksi ini menyebabkan terlipatnya pembuluh darah sehingga aliran darah ke tempat placenta menjadi terhenti. Kegagalan mekanisme akibat gangguan fungsi myometrium dinamakan atonia uteri dan keadaan ini menjadi penyebab utama perdarahan postpartum. Sekalipun pada kasus perdarahan postpartum kadang-kadang sama sekali tidak

dalam banyak hal menimbulkan kewaspadaan dokter terhadap kemungkinan gangguan tersebut.

## 2. Trauma dan Laserasi

Perdarahan yang cukup banyak dapat terjadi dari robekan yang dialami selama proses melahirkan baik yang normal maupun dengan tindakan. Jalan lahir harus diinspeksi sesudah tiap kelahiran selesai sehingga sumber perdarahan dapat dikendalikan.

Disamping itu, ada faktor-faktor lain yang turut menyebabkan kehilangan darah secara berlebihan kalau terdapat trauma pada jalan lahir.

Faktor-faktor ini mencakup :

1. interval yang lama antara dilakukannya episiotomi dan kelahiran anak.
2. Perbaikan episiotomi setelah bayi dilahirkan tanpa semestinya ditunggu terlampau lama.
3. Pembuluh darah yang putus pada puncak episiotomi tidak berhasil di jahit.
4. Pemeriksaan inspeksi lupa dikerjakan pada cervix dan vagina bagian atas.
5. Kemungkinan terdapatnya beberapa tempat cedera tidak terpikirkan.
6. Ketergantungan pada obat-obatan oxytotic yang disertai

### 3. Retentio Placenta

Retentio sebagian atau seluruh placenta dalam rahim akan mengganggu kontraksi dan rekontraksi, menyebabkan sinus-sinus darah tetap terbuka dan menimbulkan perdarahan postpartum. Begitu bagian placenta terlepas dari dinding uterus, perdarahan terjadi dari daerah itu. Bagian placenta yang masih melekat merintang retraksi myometrium dan perdarahan berlangsung terus sampai sisa organ tersebut terlepas serta dikeluarkan.

Retentio placenta, seluruh atau sebagian, lobus succenturiata, sebuah cotyledon, atau suatu fragmen placenta dapat menyebabkan perdarahan postpartum. Tidak ada korelasi antara banyak placenta yang masih melekat dan beratnya perdarahan. Hal yang perlu dipertimbangkan adalah derajat pelekatnya.

### 4. Kelainan Perdarahan

Setiap penyakit hemorrhagik dapat diderita oleh wanita hamil dan kadang-kadang menyebabkan perdarahan postpartum.

Afibrinogenemia atau hipofibrinogenemia dapat terjadi setelah abruptia placenta retentio janin-mati yang lama di dalam rahim, dan pada emboli cairan ketuban. Salah satu teori etiologik mempostulasikan bahwa bahan thromboplastik yang timbul dari degenerasi dan autolisis decidua serta placenta dapat memasuki sirkulasi maternal dan dapat menimbulkan koagulasi intravaskuler

suatu kegagalan pada mekanisme pembekuan, menyebabkan perdarahan yang tidak dapat dihentikan dengan tindak yang biasanya dipakai untuk mengendalikan perdarahan (Hakimi, 1990).

### **3. Faktor Predisposisi**

- a. Over distensi uterus (hidramnion, kehamilan kembar, bayi besar).
- b. Disfungsi uterus : atonia uteri primer merupakan disfungsi intrinsik uterus.
- c. Penatalaksanaan yang salah pada kala placenta : kesalahan paling sering adalah mencoba mempercepat kala III. Dorongan dan pemijatan uterus mengganggu mekanisme fisiologis pelepasan placenta dan dapat menyebabkan pemisahan sebagian placenta yang mengakibatkan perdarahan.
- d. Anestesi : anestesi inhalasi yang lama merupakan faktor yang sering menjadi penyebab terjadi relaksasi myometrium yang berlebihan, kegagalan kontraksi serta retraksi.
- e. Kerja uterus yang tidak efektif selama dua kali persalinan yang pertama kemungkinan besar akan diikuti oleh kontraksi serta retraksi myometrium yang jelek dalam kala III.
- f. Kelelahan akibat partus lama : bukan hanya rahim yang lelah cenderung berkontraksi lemah setelah melahirkan, tetapi juga ibu

- g. Multiparitas : uterus yang telah melahirkan banyak anak cenderung bekerja tidak bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan.
- h. Myoma uteri : myoma uteri dapat menimbulkan perdarahan dengan mengganggu kontraksi serta rekontraksi myometrium.
- i. Melahirkan dengan tindakan (operative deliveries) : keadaan ini mencakup prosedur operatif seperti versi ekstraksi (Hakimi, 1990)

#### 4. Diagnosis

Pada tiap-tiap perdarahan postpartum harus dicari apa penyebabnya seperti di bawah ini :

1. Palpasi uterus : bagian kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri.
2. Memeriksa uri dan ketuban : apakah lengkap atau tidak.
3. Lakukan eksplorasi kavum uteri untuk mencari :
  - Sisa uri dan ketuban.
  - Robekan rahim.
  - Placenta subsenturiata.
4. Inspekulo : untuk melihat robekan pada serviks, vagina dan varises yang pecah.
5. Pemeriksaan laboratorium : periksa darah, Hb, Clot Observation Test (COT) dan lain-lain (Mochtar, 1987).

Diagnosis biasanya tidak sulit, terutama apabila timbul perdarahan banyak dalam waktu pendek. Tetapi bila perdarahan sedikit dalam waktu

tampak pucat. Nadi serta pernafasan menjadi lebih cepat dan tekanan darah menurun. Seorang wanita hamil yang sehat dapat kehilangan darah sebanyak 10 % dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinik, gejala-gejala baru tampak pada kehilangan 20 %. Jika perdarahan berlangsung terus, dapat timbul syok. Diagnosis perdarahan postpartum dipermudah apabila tiap-tiap persalinan-setelah anak lahir secara rutin diukur pengeluaran darah dalam kala III dan satu jam sesudahnya.

Apabila terjadi perdarahan postpartum dan placenta belum lahir, perlu diusahakan untuk melahirkan placenta dengan segera. Jikalau placenta sudah lahir, perlu dibedakan antara perdarahan akibat atonia, uterus membesar dan lembek pada palpasi ; sedang pada perdarahan karena perlukaan, uterus kontraksi dengan baik. Dalam hal uterus berkontraksi dengan baik perlu diperiksa lebih lanjut tentang adanya dan di mana letaknya perlukaan dalam jalan lahir. Pada persalinan di rumah sakit, dengan fasilitas yang baik untuk melakukan tranfusi darah, seharusnya kematian karena perdarahan postpartum dapat dicegah. Tetapi kematian tidak selalu dapat dihindarkan, terutama apabila penderita masuk rumah sakit dalam keadaan syok karena sudah kehilangan darah banyak. Karena persalinan di Indonesia sebagian besar terjadi di luar rumah sakit, perdarahan postpartum merupakan sebab utama kematian dalam persalinan.

Disamping menyebabkan kematian, perdarahan memperbesar

Perdarahan banyak kelak bisa menyebabkan robekan sindroma sheehan sebagai akibat nekrosis pada hipofisis parsanterior sehingga terjadi insufisiensi bagian tersebut. Gejala-gejalanya adalah asterila, hipotensi, anemia, turunnya berat badan sampai menimbulkan kakeksia, penurunan metabolisme dengan hipotensi, amenorea dan kehilangan fungsi laktasi (Prawirohardjo, 1997).

#### **5. Gambaran klinis.**

Gambaran klinisnya berupa perdarahan terus menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi semakin jelek. Denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah pucat dan dingin, dan napasnya menjadi sesak, terengah-engah, berkeringan dan akhirnya coma serta meninggal dunia. Situasi yang berbahaya untuk beberapa saat karena adanya mekanisme komposisi vaskuler. Kemudian fungsi kompensasi ini tidak bisa dipertahankan lagi, denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba turun, dan pasien dalam keadaan shock. Uterus dapat terisi darah dalam jumlah yang cukup banyak sekalipun dari luar hanya terlihat sedikit (Hakimi, 1990).

#### **6. Bahaya perdarahan postpartum**

Bahaya perdarahan postpartum ada dua. Pertama, anemia yang diakibatkan perdarahan tersebut memperlemah keadaan pasien,

infeksi nifas. Kedua, jika kehilangan darah ini tidak dihentikan, akibat akhir tentu saja kematian (Hakimi, 1990).

## 7. Penanganan

Terapi terbaik ialah pencegahan. Anemia dalam kematian harus diobati karena perdarahan dalam batas-batas normal dapat membahayakan penderita yang sudah menderita anemia. Apabila sebelumnya penderita sudah pernah mengalami perdarahan postpartum, persalinan banyak, kematian janin dalam uterus dan solusio plasenta.

Dalam kala III uterus jangan dipijat dan didorong ke bawah sebelum plasenta lepas dari dindingnya. Penggunaan oksitosin sangat penting untuk mencegah perdarahan postpartum. Sepuluh satuan oksitosin diberikan intramuskulus segera setelah anak lahir untuk mempercepat pelepasan plasenta. Sesudah plasenta lahir hendaknya diberikan 0,2 mg ergometrin, intramuskulus. Kadang-kadang pemberian ergometrin, setelah bahu depan bayi lahir pada presentasi kepala, menyebabkan plasenta terlepas segera setelah bayi seluruhnya lahir ; dengan tekanan pada fundus uteri plasenta dapat dikeluarkan dengan segera tanpa banyak perdarahan. Namun salah satu kerugian dari pemberian ergometrin setelah bahu lahir adalah kemungkinan terjadinya jepitan (trapping) terhadap bayi kedua pada persalinan gemelli yang tidak diketahui sebelumnya. Pada perdarahan yang timbul setelah anak lahir ada dua hal

belum lahir, segera dilakukan tindakan untuk mengeluarkannya. Setelah plasenta lahir, perlu ditentukan apakah disini dihadapi perdarahan karena atonia uteri atau karena perlukan jalan lahir. Pada perdarahan atonik dengan segera dilakukan massage uterus dan suntikan 0,2 ergometrin intravena. Jika tindakan ini tidak memberi hasil yang diharapkan dalam waktu singkat, perlu dilakukan kompresi bimanual pada uterus. Tangan kiri penolong dimasukan ke dalam vagina dan sambil membuat kepala diletakan pada fornix anterior vagina. Tangan kanan diletakan dengan ibu jari di depan serta jari-jari lain di belakang uterus. Sekarang korpus uteri terpegang antara 2 tangan kanan melaksanakan massage pada uterus dan sekalian menekannya terhadap tangan kiri (Prawihardjo, 1991).

Kompresi bimanual melelahkan penolong sehingga jika tidak lekas memberi hasil perlu diganti dengan perasat yang lain. Perasat Dickinson mudah diselenggarakan pada seorang multipara dengan dinding perut yang sudah lembek. Tangan kanan diletakkan melintang pada bagian-bagian uterus, dengan jari kelingking sedikit di atas simfisis melingkari bagian tersebut sebanyak mungkin, dan mengangkatnya ke atas. Tangan kiri memegang korpus uteri dan sambil melakukan massage, tangan kiri tersebut menekannya ke bawah ke arah tangan kanan dan ke belakang ke arah promontorium (Prawirohardjo, 1997).

Bila tindakan di atas belum juga dapat memberikan hasil yang diinginkan, dapat dilakukan tamponade uterovaginal. Tindakan ini

dengan usaha-usaha tersebut di atas perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri sudah dapat diatasi. Lagipula dikhawatirkan bahwa tamponade yang dilakukan dengan teknik yang kurang sempurna tidak dapat menghindarkan perdarahan dalam uterus di belakang tampon (Prawirohardjo, 1991).

Cara pemasangan tampon uterovaginal adalah sebagai berikut. Dengan seorang pembantu memegang dan menahan fundus uteri, tangan kiri penolong diletakan di vagina dengan ujung-ujung jari untuk sebagian masuk ke dalam serviks uteri. Tangan kanan dengan petunjuk tangan kiri memasukkan tampon kasa panjang ke dalam uterus sampai kavum uteri terisi penuh. Untuk menjamin bahwa tampon benar-benar mengisi kavum uteri dengan padat, kadang-kadang memasukkan tampon dihentikan sebentar untuk memberikan kesempatan kepada tangan dalam uterus untuk menekan tampon pada dinding kavum uteri. Dengan mengisi kavum uteri secara padat, dapat dihindarkan terjadinya perdarahan di belakang tampon. Tekanan tampon pada dinding uterus menghalangi pengeluaran darah dari sinus-sinus yang terbuka; selain itu tekanan tersebut menimbulkan rangasangan pada myometrium untuk berkontraksi. Sesudah uterus diisi, tampon dimasukkan juga ke dalam vagina. Tampon diangkat 24 jam kemudian (Prawirohardjo, 1991).

Di lain pihak, menurut Hakimi (1990), pemasangan tampon dalam kavum uteri merupakan masalah yang masih dipertimbangkan.

