

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perdarahan Post Partum

1. Pengertian

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Pada praktisnya tidak perlu mengukur jumlah perdarahan sampai sebanyak itu sebab menghentikan perdarahan lebih dini akan memberikan prognosis lebih baik. Pada umumnya bila terdapat perdarahan yang lebih dari normal, apalagi telah menyebabkan perubahan tanda vital (seperti kesadaran menurun, pucat, berkeringat dingin, sesak nafas serta tensi <90 mmHg dan nadi $>100/m$). Maka penanganan harus segera dilakukan. (Sarwono, 2014 : 523)

Sebagaimana yang dikemukakan oleh Anik Maryunani, dkk dalam bukunya Asuhan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal (Anik Maryunani, dkk, 2013 : 146) perdarahan persalinan didefinisikan sebagai hilangnya darah sebanyak 500 ml atau lebih dari organ-organ reproduksi setelah selesainya kala II persalinan.

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi setelah bayi yang 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 bengkok besar (1 bengkok = ± 500 cc). Oleh sebab itu, secara konvensional dikatakan bahwa perdarahan lebih dari 500 ml dikategorikan sebagai perdarahan postpartum dan perdarahan mencapai 1000 ml secara kasat mata harus segera ditangani secara serius (Nurhayati, 2019).

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa perdarahan postpartum merupakan perdarahan berlebihan yang terjadi setelah melahirkan sebanyak lebih dari 500 ml. berdasarkan waktu terjadinya, perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Perdarahan postpartum awal (early postpartum hemorrhage) yaitu perdarahan yang terjadi sampai 24 jam setelah persalinan.
- b. Perdarahan postpartum lambat (late postpartum hemorrhage) yaitu perdarahan yang terjadi sampai 28 jam setelah persalinan.

2. Patofisiologis

Setelah persalinan kala II selesai, otot uterus akan mulai berkontraksi dengan sangat kuat. Kontraksi ini akan menyebabkan pemendekan serabut otot uterus, serta mengecilnya ukuran dan volume uterus. Pengecilan volume uterus ini akan menyebabkan berkurangnya permukaan tempat menempelnya plasenta. selanjutnya kontraksi uterus ini akan menyebabkan terbloknya aliran darah arteri radialis pada miometrium yang menyebabkan kongesti pada pembuluh darah dan akhirnya akan menjadi ruptur pembuluh darah. Darah kemudian mengalir melalui sinus dan menyebabkan robekan pada stratum spongiosum desidua basalis. Setelah terjadinya pengeluaran plasenta otot uterus akan terus berkontraksi untuk menjepit arteri spiralis yang terdapat pada miometrium yang kemudian akan diikuti dengan formasi platelet pada bagian distal pembuluh darah dan aktivitas *cascade* pembekuan darah serta fibrinolisis. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan. Keadaann demikian menjadi faktor utama penyebab perdarahan pasca persalinan.

3. Etiologi

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu

- a. Tone (tonus; atonia uteri),

Atonio Uteri adalah keadaan lemahnya tonus atau kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka. Merupakan 15% dari perdarahan obstetrik yang dapat menyebabkan kematian maternal. Pada atonia uterus, uterus gagal untuk berkontraksi sehingga formasi platelet, aktivasi *cascade* faktor pemekuan dan fibrinolisis akan terganggu.

Faktor predisposisi yang mempengaruhi kejadian atonia uteri:

- 1) Regangan rahim berlebihan karena kehamilan gameli, polihidramnion, atau anak terlalu besar.
- 2) Kelelahan karena persalinan lama
- 3) Kehamilan grande-multipara
- 4) Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.
- 5) Terdapat riwayat atonia uteri sebelumnya.

b. Tissue (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta)

Retensio plasenta adalah keadaan bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III berlangsung semakin tinggi risiko dapat menimbulkan perdarahan pasca persalinan. Pada proses kala III didahului dengan tahap pelepasan atau separasi plasenta akan ditandai oleh perdarahan pervaginam. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum lepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian besar retensi plasenta dapat diambil dengan cara manual, tetapi kadang kala pada kasus plasenta akreta, inkreta, perkreta maka perlu pandangan lebih khusus. Retensi plasenta menyebabkan kehilangan darah cukup hebat karena uterus gagal berkontraksi sempurna akibat masih tersisnya jaringan plasenta di cavum uteri.

c. Tears (laserasi (robekan jalan lahir); laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus)

Robekan jalan lahir adalah keadaan dimana terjadinya perlukaan pada jalan lahir, mulai dari uterus, serviks hingga vulva maupun perineum saat persalinan. Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma.

Faktor predisposisi pada robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

- a) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- b) Pada persalinan dengan distosia bahu
- c) Presentasi defleksi (dahi, muka)
- d) Primipara
- e) Letak sungsang

- f) Kelahiran pervaginam dengan bantuan misalnya forcep, dan ekstraksi vakum
- g) Bayi besar (lebih dari 4000 gram)

d. Thrombin (koagulopati; gangguan pembekuan darah).

Penyebab dari perdarahan pasca persalinan karena gangguan pembekuan darah dicurigai bila penyebab yang lain dapat disingkirkan dan apabila disertai riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalinan sebelumnya. Akan ada kecenderungan mudah terjadi perdarahan setiap kali dilakukan penjahitan atau mulai timbul hematoma pada bekas jahitan, dan suntikan.

4. Tanda dan Gejala Pendarahan

Gambaran klinisnya berupa perdarahan terus menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi semakin jelek ditandai dengan perubahan tanda-tanda vital seperti denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah menjadi pucat dan dingin, nafas sesak, terengah-engah, berkeringat, dan akhirnya koma bahkan sampai meninggal. Situasi yang berbahaya apabila denyut nadi dan tekanan darah hanya memperlihatkan sedikit perubahan karena adanya mekanisme kompensasi vaskuler. Kemudian fungsi kompensasi tidak dipertahankan lagi, akan terjadi perubahan tanda vital seperti denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba menurun, pasien dalam keadaan syok. Uterus bisa saja terisi darah dalam jumlah yang banyak meskipun dari luar hanya terlihat sedikit (Oxorn & Forte, 2010).

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran perdarahan postpartum 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 (Nurhayati, 2019).

5. Penatalaksanaan Terkini Perdarahan Postpartum

Angka kematian maternal merupakan indikator yang mencerminkan status kesehatan ibu, terutama risiko kematian bagi ibu pada waktu hamil dan persalinan. Dibawah ini merupakan penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan postpartum, antara lain : (Nurhayati, 2019).

a. Perawatan Masa Kehamilan

Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin tetapi harus dilakukan semasa kehamilan dengan melakukan antenatal care yang baik. Menangani anemia dalam kehamilan adalah penting, ibu-ibu yang mempunyai predisposisi atau riwayat perdarahan postpartum sangat dianjurkan untuk bersalin di Rumah Sakit.

b. 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 postpartum untuk menabung darahnya sendiri dan digunakan saat persalinan.

c. 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 postpartum.

d. Kala Tiga dan Kala Empat

- 1) Uterotonica dapat diberikan segera sesudah bahu depan dilahirkan. Study memperlihatkan penurunan insiden perdarahan postpartum 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 postpartum 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 oxytocin 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 lacerasi 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.

B. Retensio Plasenta

1. Definisi Retensio Plasenta

Retensio Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Retensio plasenta merupakan penyebab perdarahan sebesar 6-10% dari seluruh kasus. Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan retensio plasenta berisiko 4,1 kali terjadi perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum meningkat dengan angka sebesar 2,6%.

Perdarahan pervaginam disebabkan oleh pelepasan plasenta secara Duncan yaitu pelepasan/ separasi plasenta atau secara Schultze yaitu plasenta sudah sebagian lepas tetapi tidak keluar pervaginam. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala tiga) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala uri belum lewat setengah jam.

2. Jenis-jenis Retensio Plasenta

Jenis-jenis pelekatan plasenta yang abnormal yaitu :

a. Plasenta Adhesiva

Implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

b. Plasenta Akreta

Suatu plasenta yang tidak dapat dipisahkan dari dinding uterus baik sebagian ataupun seluruhnya. Hal ini dikarenakan implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium. Keadaan ini disebabkan karena tidak adanya desidua basalis baik sebagian ataupun seluruhnya terutama lapisan yang berbusa. Estimasi

insiden plasenta akreta sebesar 1,7 per 10.000 persalinan. Penelitian lain menyatakan insiden plasenta akreta selama dekade ini sebesar 3 per 1000 persalinan.

c. Plasenta Inkreta

Implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/memasuki miometrium.

d. Plasenta Perkreta

Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus. Penetrasi abnormal elemen korionik ke dalam lapisan serosa uterus.

e. Plasenta Inkarserata

Tertahannya plasenta didalam kavum uteri, disebabkan oleh kontraksi ostium uteri.

3. Etiologi dan Patofisiologi

<i>Model for classification of aetiological factors for a prolonged third stage with suggested optimal treatment</i>			
<i>Type retained placenta</i>	<i>Partial accreta</i>	<i>Placenta adherens</i>	<i>Trapped placenta</i>
<i>pathophysiology</i>	<i>Disruption of placentalmyometrial interface</i>	<i>Persistent placental inhibition of myometrial contraction</i>	<i>Loss of gravitational forces or cervical closure</i>
<i>Aetiological factor</i>	<i>Pre-eclamsia Small placenta Previous abortion Previous uterine injury, Uterine abnormalities</i>	<i>Prematurity Augmented or dysfunctional labour Induced labor</i>	<i>Delivery in a labour bed Use of prophylactic Iv ergomtrine</i>
<i>Optimal treatment</i>	<i>Manual removal</i>	<i>Intrauterine oxytocin injection</i>	<i>Nitroglycerin, or persistent controlled cord contraction</i>

Tabel 1. Etiologi dan Patofisiologi

Kegagalan plasenta untuk lahir dapat terjadi karena ketidaknormalan perlekatan plasenta pada miometrium, atau karena plasenta telah berhasil terlepas namun tetap berada dalam uterus karena sebagian serviks tertutup. Kegagalan pelepasan plasenta jauh lebih mengkhawatirkan daripada terperangkapnya plasenta di dalam uterus.

Sudah lama diketahui bahwa istilah retensio plasenta mencakup sejumlah patologi. Beberapa plasenta hanya terjebak di belakang serviks yang tertutup, ada pula yang patuh pada dinding rahim namun mudah dipisahkan secara manual (placenta adherens) sedangkan yang lainnya secara patologis menyerang miometrium (placenta accreta). Terdapat 3 mekanisme utama penyebab dari retensio plasenta, yaitu:

a. Invasive Plasenta

Perlekatan plasenta yang tidak normal yang disebabkan karena trauma pada endometrium karena prosedur operasi sebelumnya. Hal ini menyebabkan kelainan pada perlekatan plasenta mulai dari plasenta adherent, akreta hingga perkreta. Proses ini menghambat pelepasan plasenta yang mengarah ke retensio plasenta. Mekanisme ini terdapat pada karakteristik pasien dan riwayat obstetrik.

b. Hipoperfusi Plasenta

Hubungan antara hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta adalah adanya oxidative stress, yang diakibatkan oleh remodelling arteri spiral yang tidak lengkap dan plasentasi yang dangkal, hal ini umum pada hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta. Pada model kedua ini terdapat pada hipoperfusi plasenta, berkaitan dengan komplikasi kehamilan terkait plasenta.

c. Kontraktilitas yang tidak Adekuat

Tidak adekuatnya kontraksi pada retro-placental myometrium adalah mekanisme ke tiga yang menyebabkan retensio plasenta. Pada model ketiga berkaitan dengan persalinan itu sendiri.

4. Tanda dan Gejala

Gejala	Separsi/akreta parsial	Plasenta inkarserta	Plasenta akreta
Konsistensi uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi Fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Diskoid	Agak globuler	Diskoid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali pusat	Terjulang sebagian	Terjulang	Tidak terjulang
Ostium uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka
Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali

Tabel 2. Tanda dan gejala

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Retensio Plasenta

Menurut beberapa sumber faktor risiko terjadinya retensio plasenta yaitu:

a. Usia

Usia adalah masa hidup ibu yang dihitung sejak lahir dalam satuan tahun. Seorang ibu dengan usia 35 tahun atau lebih merupakan faktor risiko tinggi pada ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian perinatal dan kematian maternal. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, usia 35 tahun keatas merupakan usia berisiko terjadi kesakitan dan kematian maternal dengan risiko sebesar 5,4 kali dan semakin meningkat pada usia >40 tahun dengan risiko sebesar 15,9 kali dibandingkan usia lebih muda. Semakin meningkat usia ibu semakin meningkat pula risiko untuk terjadi retensio plasenta. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan semakin tinggi usia berisiko 1,8 kali untuk terjadi retensio plasenta.

Usia merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini disebabkan usia ibu berkaitan dengan penurunan kualitas dari tempat plasentasi atau perbedaan antara

angiogenesis yang bertanggung jawab atas peningkatan risiko terjadinya retensio plasenta. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan usia 30 tahun sudah mulai berisiko terjadi perdarahan postpartum. Kala III lama dan retensio plasenta berhubungan dengan perdarahan postpartum dengan risiko sebesar 4,1 kali.

Banyak penelitian yang menyatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor risiko dari retensio plasenta, seperti penelitian yang dilakukan oleh Owolabi et al menyatakan bahwa usia ≥ 35 tahun 7.10 kali berisiko terjadi retensio plasenta, penelitian yang dilakukan oleh Khotijah mengungkapkan bahwa usia < 20 tahun dan > 35 tahun berhubungan dan berisiko 2 kali dengan kejadian retensio plasenta, penelitian yang dilakukan oleh Anggrita Sari mengungkapkan bahwa usia < 20 tahun dan > 35 tahun berhubungan dengan kejadian retensio plasenta, penelitian yang dilakukan oleh Riyanto mengungkapkan bahwa usia < 20 tahun dan > 35 tahun berhubungan dan berisiko 2.4 kali terjadi retensio plasenta, dan penelitian yang dilakukan oleh Yulianus Sudarman mengungkapkan bahwa usia < 20 tahun dan > 35 tahun berhubungan dan berisiko 3.383 kali terjadi retensio plasenta.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Mayang Notika Ratu yang mengungkapkan bahwa usia risiko tinggi berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. Penelitian yang dilakukan oleh Naushaba Rizwan mengungkapkan bahwa mayoritas ibu bersalin yang mengalami retensio plasenta berusia 26-30 tahun. Penelitian yang dilakukan Elizabeth et al menyatakan bahwa usia > 30 tahun merupakan faktor risiko terjadinya retensio plasenta. Faktor risiko semakin meningkat pada usia 35-39 tahun dan ≥ 35 tahun, pada penelitian yang dilakukan Elizabeth et al usia dibagi dalam 5 tahun yaitu usia < 20 tahun, usia 20-24 tahun, usia 25-29 tahun, usia 30-34 tahun, usia 35-39 tahun, dan usia ≥ 40 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh J Balechaw et al usia dibagi dalam 4 kategori yaitu < 25 tahun, 25-29 tahun, 30-34 tahun, dan ≥ 35 tahun.

b. Paritas

Para adalah jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik mampu bertahan hidup. Titik ini dipertimbangkan dicapai

pada usia kehamilan 20 minggu (atau berat janin 500 g), yang merupakan batasan pada definisi aborsi. Suatu peningkatan pada paritas seorang dicapai hanya jika kehamilan menghasilkan janin yang mampu bertahan hidup. Sebagai contoh, wanita yang telah hamil dua kali dan telah melakukan aborsi pada trimester pertama adalah gravida 2, para 0.

Permasalahannya bukan terletak pada jumlah janin yang mampu bertahan hidup, melainkan jumlah kehamilan dengan janin yang mencapai titik bertahan hidup. Hal ini yang menentukan paritas. Jadi, status wanita yang pernah hamil dan melahirkan bayi dengan berat 2kg adalah gravida, para 1. Para tidak dipengaruhi apakah janin lahir mati atau hidup. Wanita yang telah hamil dua kali dengan salah satu kehamilan menghasilkan janin lahir mati dengan usia cukup bulan dan janin yang lain lahir hidup dengan usia cukup bulan memiliki status Gravida 2, Para 2.

Primipara adalah wanita yang pernah hamil sekali dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Sayangnya, istilah primipara sering digunakan saling tertukar dengan primigravida. Namun, tidak mungkin bagi primipara menjadi primigravida kecuali wanita tersebut melahirkan bayi yang mencapai titik mampu bertahan hidup. Sedangkan multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua kehamilan atau lebih dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Adalah hal yang mungkin bila multigravida tidak menjadi multipara karena pada sistem ini, jumlah para dapat lebih sedikit, tetapi tidak pernah melebihi dari jumlah gravida. Seorang wanita yang kehamilannya tidak mencapai titik bertahan hidup disebut nullipara. Para adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm, Primipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali, Multipara (pleuripara) adalah wanita yang telah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali, dan Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali.

Para tidak dapat memberi informasi cukup mengenai jumlah kehamilan yang pernah dialami seorang wanita. Untuk alasan ini, sistem dua angka Gravida/Para sangat jarang digunakan. Sistem empat atau lima angka lebih umum digunakan sebagai pengganti para, kendati pada praktiknya, angka-angka ini sering disalahartikan sebagai para. Hal ini membingungkan karena sistem ini menghitung

setiap bayi yang dilahirkan, bukan menghitung jumlah kehamilan yang mencapai titik janin mampu bertahan hidup, yang merupakan dasar untuk menentukan para.

Ibu bersalin dengan paritas yang tinggi berisiko terjadi kesakitan dan kematian maternal. Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, paritas 2 berisiko 1,19 kali terjadi kesakitan maternal dan meningkat pada paritas ≥ 3 berisiko 1,45 kali. Kejadian Retensio Plasenta sering terjadi pada ibu multipara dan grand multipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta. Retensio plasenta akan mengganggu kontraksi otot rahim dan akan menimbulkan perdarahan. Retensio plasenta tanpa perdarahan dapat diperkirakan bahwa darah penderita terlalu banyak hilang, keseimbangan baru berbentuk bekuan darah, sehingga perdarahan tidak terjadi, kemungkinan implantasi plasenta terlalu dalam.

Semakin meningkat paritas semakin meningkat pula kelainan pada tempat implantasi plasenta. Dengan kehamilan berulang, otot rahim digantikan oleh jaringan fibrosa, dengan penurunan dari kekuatan kontraktile rahim akhirnya dapat menyebabkan atonia uteri dan retensio plasenta. Pasien multipara dan grandemultipara memiliki risiko tinggi terhadap kejadian perdarahan pasca persalinan dan retensio plasenta. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, multiparitas berisiko 1,47 kali terjadi perdarahan dan 1,03 kali terjadi retensio plasenta.

Banyak penelitian yang menyatakan bahwa paritas berhubungan dengan kejadian retensio plasenta seperti penelitian yang dilakukan oleh Owolabi et al menyatakan bahwa paritas ≥ 5 berhubungan dengan terjadinya retensio plasenta, penelitian yang dilakukan oleh Khotijah juga menyatakan bahwa multiparitas berhubungan dengan kejadian retensio plasenta, penelitian yang dilakukan oleh Mayang Notika Ratu juga menyatakan bahwa multiparitas berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. Tidak hanya pada multiparitas/grandemultipara yang merupakan faktor terjadinya retensio plasenta, menurut sumber yang lain mengungkapkan nullipara merupakan faktor risiko terjadinya retensio plasenta. Penelitian yang dilakukan oleh Shirley Greebaum et al menyatakan bahwa paritas berhubungan dengan kejadian retensio plasenta.

Penelitian yang dilakukan oleh Anggrita Sari yang menyatakan bahwa multiparitas berhubungan dengan kejadian retensio plasenta, penelitian yang dilakukan oleh Naushaba Rizwan mengungkapkan bahwa retensio plasenta terjadi pada ibu bersalin dengan paritas yang rendah sebesar (44,4)%. Penelitian yang dilakukan oleh Yulianus Sudarman mengungkapkan bahwa paritas ≥ 2 berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. Akan tetapi, penelitian yang dilakukan oleh Hirokazu Naoi menyatakan bahwa primipara berhubungan dengan kejadian retensio plasenta.

c. Plasenta Previa

Plasenta Previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Angka kejadian plasenta previa adalah 0.4-0.6% dari keseluruhan persalinan. Dengan penatalaksanaan dan perawatan yang baik, mortalitas perinatal adalah 50/1000 kelahiran hidup.

Plasenta previa sendiri merupakan suatu kondisi dimana plasenta melekat mendekati atau bahkan menutupi jalan lahir. Pada area ini, dinding rahim relatif tipis dan mengandung sedikit pembuluh darah. Akibatnya, untuk melekat dengan kuat, plasenta perlu melakukan penetrasi lebih dalam. Hal inilah kemudian yang bisa meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta. Menurut banyak penelitian, memang wanita dengan riwayat plasenta previa di kehamilan sebelumnya berisiko lebih tinggi mengalami juga plasenta previa di kehamilan berikutnya.

Menurut Fox dalam tinjauannya mengenai laporan 622 kasus plasenta akreta yang dikumpulkan antara tahun 1945-1969, ditemukan plasenta previa pada sepertiga kehamilan yang terlibat. karena di bagian isthmus uterus, pembuluh sedikit sehingga perlu masuk jauh ke dalam. Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, plasenta previa yang didiagnosis selama kehamilan memiliki risiko 65,02 kali terjadi plasenta akreta hingga perkreta.

d. Kadar Haemoglobin

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Berdasarkan ketetapan WHO anemia pada ibu hamil bila Hb kurang dari 11gr%. Anemia ibu hamil sangat bervariasi yaitu Hb 11 gr% normal, Hb 9- 10 gr% anemia ringan, Hb 7-9 gr% anemia sedang dan Hb 5-7 gr% anemia berat. Anemia pada kehamilan yang disebabkan kekurangan zat besi mencapai kurang lebih 95 persen.

Kadar haemoglobin merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta. Bahaya anemia saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Riyanto menyatakan bahwa ada hubungan anemia dengan kejadian retensio plasenta. Ibu dengan anemia dapat menimbulkan gangguan pada kala uri yang diikuti retensio plasenta. Ibu yang memasuki persalinan dengan konsentrasi haemoglobin yang rendah dibawah 10g/dl dapat mengalami penurunan yang cepat lagi jika terjadi perdarahan. Anemia berkaitan dengan debilitas yang merupakan penyebab lebih langsung terjadinya retensio plasenta.

e. Riwayat Seksio Sesarea

Seksio Sesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (intact). Retensio plasenta/ perlengketan plasenta perlu diwaspadai terjadi pada Vaginal Birth After Caesar (VBAC) saat melakukan penatalaksanaan kala III. VBAC adalah proses melahirkan pervaginam setelah pernah melakukan seksio sesarea. Hal ini dikarenakan perlekatan plasenta yang tidak normal dapat disebabkan oleh trauma pada endometrium karena prosedur operasi sebelumnya sehingga menyebabkan kelainan pada perlekatan plasenta mulai dari plasenta adherent, akreta, hingga perkreta. Berdasarkan penelitian yang

telah dilakukan, risiko untuk terjadi plasenta akreta pada ibu bersalin dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya sebesar 7,9 kali. Dalam penatalaksanaan kala tiga akan sangat berguna untuk mengingat bahwa terdapat peningkatan insiden plasenta yang terimplantasi pada jaringan parut uterus. Penelitian yang dilakukan oleh Johanna Belachew et al menyatakan bahwa perdarahan dan retensio plasenta berisiko tinggi terjadi pada ibu bersalin dengan riwayat seksio sesarea pada persalinan sebelumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Elizabeth M Coviello et al menyatakan bahwa tidak ada hubungan riwayat seksio sesarea dengan kejadian retensio plasenta. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Hirokazu Naoi yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan riwayat seksio sesarea dengan kejadian retensio plasenta.

f. Riwayat Kuretase

Prosedure Kuretase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrumen (sendok kuret) ke dalam kavum uteri. Sendok kuret akan melepaskan jaringan tersebut dengan teknik pengerokan secara sistematis. Hal ini dilakukan dengan indikasi abortus inkomplit dan abortus septik.

Riwayat kuretase dapat menyebabkan kejadian retensio plasenta karena kuretase dilakukan dengan cara melakukan pengerokan pada dinding endometrium dengan menggunakan alat medis dan mengakibatkan permukaan dinding endometrium menipis sehingga saat ibu mengalami kehamilan setelah kuretase keadaan dinding endometrium masih tipis, saat plasenta janin berkembang pada dinding endometrium yang tipis maka plasenta akan tertanam di bagian dalam dinding endometrium. Sehingga saat persalinan keadaan plasenta cukup dalam tertanam dan sukar untuk lepas secara normal. Maka dari itu plasenta tersebut tertahan saat persalinan yang disebut dengan retensio plasenta.

Kuretase juga dapat dilakukan pascapersalinan. Pada prinsipnya, tindakan kuretase adalah serangkaian proses dengan memanipulasi jaringan dan instrumen untuk melepas jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri, dengan jalan mengerok jaringan tersebut secara sistematis. Kuretase pasca

persalinan menjadi khusus karena dilakukan setelah plasenta lahir dan sebagian dari jaringan plasenta masih melekat pada dinding kavum uteri. Uterus masih berukuran cukup besar dan lunak sehingga risiko tindakan ini, cukup tinggi. Instrumen atau sendok kuret yang dipergunakan adalah sendok besar dengan tangkai yang lebih panjang. Untuk fiksasi porsio, digunakan klem ovum. Indikasi kuretase pascapersalinan adalah sisa plasenta dan sisa selaput ketuban.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Owolabi et al menyatakan bahwa riwayat kuretase berhubungan dan berisiko 4.44 kali terjadi retensio plasenta. Hal ini berkaitan dengan hipotesis bahwa kuretase menyebabkan luka dan membuat kerusakan pada endometrium yang menjadi predisposisi villi khorionik melakukan penetrasi pada otot uterus. Menurut Fox dalam tinjauannya mengenai 622 kasus plasenta akreta yang dikumpulkan yakni kisaran pada tahun 1945-1969 ditemukan hampir sepertiga nya pernah mengalami kuretase.

g. Riwayat Manual Plasenta Sebelumnya

Manual Plasenta adalah tindakan prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari cavum uteri secara manual. Arti dari manual adalah dengan melakukan tindakan invasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung ke dalam kavum uteri. Indikasi dari manual plasenta adalah retensio plasenta/plasenta adhesiva.

Ibu dengan riwayat retensio plasenta sebelumnya memiliki peluang yang besar untuk mengalami retensio plasenta, plasenta akreta dan inkreta pada kehamilan dan persalinan selanjutnya. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Owolabi et al menyatakan bahwa riwayat retensio plasenta berhubungan dan berisiko 15.22 kali terjadi retensio plasenta. Hal ini dikarenakan Separasi plasenta pada kelahiran pervaginam dapat tertunda karena kontraktilitas miometrium yang buruk atau perlekatan abnormal dari plasenta ke miometrium.

h. Pre Eklampsia

Pre eklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai proteinuria. Pre eklamsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan postpartum. Dari gejala-gejala klinik preeklamsia dapat dibagi menjadi preeklamsia ringan dan preeklamsia berat. Penelitian yang dilakukan oleh M Endler mengungkapkan bahwa pre eklamsia berhubungan dengan kejadian retensio plasenta.

Kondisi ini sering ditemukan bersamaan dengan IUGR dan IUFD. Hal ini dianggap menyebabkan gangguan plasentasi sehingga plasenta melekat lebih dalam. Plasentasi yang terganggu dan IUGR terjadi akibat dari perbedaan model arteri spiral yang tidak sempurna dengan otot polos di arteri spiral plasenta menyebabkan reperfusi cedera perfusi di dalam jaringan plasenta dan stres oksidatif. Plasenta pada kehamilan dengan preeklamsia dan IUGR ditandai dengan atherosclerosis dan peningkatan tanda-tanda histologis maternal seperti plasenta infark, meningkat ikatan jaringan dan fibrosis vili terminal.

Preeklamsia juga terkait dengan respon inflamasi sistemik yang berlebihan pada tubuh ibu dan jaringan plasenta namun histologis akut peradangan tidak meningkat.

i. Persalinan Pre-term

Persalinan preterm adalah persalinan yang dimulai setiap saat setelah awal minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu gestasi ke Persalinan prematur mencapai puncaknya pada kelahiran prematur yang merupakan hampir 12 persen dari semua kelahiran di Amerika Serikat dan merupakan urutan kedua penyebab defek kelahiran sebagai penyebab utama mortalitas neonatus.

Faktor predisposisi dari persalinan preterm adalah abrupsi plasenta atau plasenta previa dan kematian janin. Apabila dilihat dari faktor predisposisinya hal ini berkaitan dengan faktor risiko terjadinya retensio plasenta. Penelitian yang dilakukan oleh M Endler mengungkapkan bahwa pre term berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. Semakin kecil usia kehamilan, risiko terjadinya retensio plasenta juga semakin meningkat. Retensio plasenta

ditemukan sangat berkaitan dengan persalinan premature, terutama kurang dari 27 minggu usia kehamilan. Hal ini diyakini bahwa faktor risiko seperti serangan jantung atau degenerasi fibrinoid dari arteriol desidua sering menyebabkan persalinan prematur dan perlekatan abnormal dari plasenta.

j. Kehamilan Kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar dapat memberikan risiko yang lebih tinggi terhadap bayi dan ibu. Oleh karena itu, dalam menghadapi kehamilan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang lebih intensif. Setelah persalinan, terjadi gangguan kontraksi otot rahim yang menyebabkan atonia uteri, retensio plasenta, dan plasenta rest. Pada kehamilan kembar perlu di waspadai komplikasi postpartum berupa retensio plasenta, atonia uteri, plasenta rest, perdarahan postpartum, dan infeksi.

k. Small Placenta

Plasenta berbentuk bundar dengan ukuran 15 cm x 20 cm dengan tebal 2.5 sampai 3 cm dan berat plasenta 500 gram. Tali menghubungkan plasenta panjangnya 25 sampai 60 cm. Penelitian yang dilakukan oleh Owolabi et al menyatakan bahwa plasenta dengan berat ≤ 500 gram berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. Plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi disudut tuba), bentuknya (Plasenta membranasea, plasenta anularis), dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil).

l. Riwayat Abortus

Abortus adalah terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, usia kehamilan sebelum 28 minggu, berat janin kurang dari 1000 gram. Abortus merupakan salah satu faktor risiko yang mempengaruhi kejadian retensio plasenta. Teori menyatakan bahwa riwayat abortus merupakan etiologi dari terjadinya plasenta akreta karena gangguan perlekatan plasenta pada miometrium.

m. Delivery in a labour bed

Persalinan yang dilakukan di meja persalinan merupakan faktor etiologi dari trapped placenta. Hal ini dikarenakan kehilangan gaya gravitasi atau tertutupnya serviks.

n. Penggunaan Ergometrin

Penggunaan ergometrin secara rutin sebelum melahirkan plasenta dapat menyebabkan plasenta tertahan karena ergometrin menyebabkan klonik atau kontraksi secara tetanik. Hal ini, meningkatkan faktor risiko terjadinya retensio plasenta.

o. Augmented Labour by Oxytocin

Penggunaan oksitosin pada saat persalinan merupakan salah satu faktor risiko dari terjadinya retensio plasenta. Hal ini disebabkan karena plasenta yang persisten sehingga menyebabkan terganggunya pelepasan plasenta. Penelitian yang dilakukan oleh Margit Endler et al menyatakan bahwa augmented labour berisiko 1.74 terjadinya retensio plasenta. Pada penelitian ini juga diungkapkan bahwa penggunaa oksitosin selama 415 menit meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta sebesar 6.24 kali.

6. Komplikasi Retensio Plasenta

Retensio plasenta memiliki makna klinis yang cukup penting karena morbiditas dan mortalitas yang timbulkannya. Komplikasinya meliputi:

a. Perdarahan postpartum

Retensio plasenta menjadi salah satu penyebab terjadinya perdarahan postpartum. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Endler et al menyatakan bahwa retensio plasenta berhubungan dengan kehilangan darah sebesar ≥ 500 ml dengan OR 33,07 kali, ≥ 1000 ml dengan OR 43,44 kali, dan sebesar ≥ 2000 ml dengan OR sebesar 111,24 kali.

b. Infeksi

Penatalaksanaan retensio plasenta dengan manual plasenta meningkatkan risiko terjadinya endometritis, yaitu kondisi peradangan pada lapisan rahim (endometrium) yang biasanya disebabkan oleh infeksi.

C. Hubungan Umur, Paritas dan Anemia Dengan Kejadian Retensio Plasenta

1. Usia

Usia/Umur ibu merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan ibu pada masa kehamilan. Ibu hamil dengan umur yang relatif muda atau yang sebaliknya terlalu tua cenderung lebih mudah untuk mengalami komplikasi kesehatan dibandingkan dengan ibu dengan kurun waktu reproduksi sehat yakni 20-35 tahun. Hal ini erat kaitannya dengan kematangan sel sel reproduksi, tingkat kerja organ reproduksi serta tingkat pengetahuan dan pemahaman ibu mengenai pemenuhan gizi pada masa kehamilan.

Hubungannya dengan retensio plasenta, dikatakan bahwa angka kejadian retensio placenta lebih banyak terjadi pada ibu yang berusia muda atau ibu hamil primigravida usia di atas 35 tahun. Di Indonesia kejadian retensio plasenta banyak dijumpai pada ibu dengan umur muda dan paritas tinggi. Ini dikarenakan banyak wanita Indonesia yang menikah di usia muda sedangkan endometrium belum matang sehingga pada masa pertumbuhannya plasenta akan mengalami hiopertropi (perluasan) dan dapat menutupi sebagian keseluruhan jalan lahir. Makin tua umur ibu maka akan terjadi kemunduran yang progresif dari endometrium sehingga untuk mencukupi kebutuhan nutrisi janin diperlukan pertumbuhan plasenta yang lebih luas.

2. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah di alami oleh seorang ibu selama hidupnya status paritas yang tinggi, jumlah anak yang lebih dari tiga dapat mempengaruhi status kesehatan ibu dan kesepakatan untuk

menyediakan waktu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatannya. Semakin tinggi paritas artinya bahwa frekuensi melahirkan ibu semakin tinggi maka semakin memburuk keadaan kesehatan ibu dan anaknya, paritas 2-3 merupakan paritas ideal yang ditinjau dari sudut kematian.

Ibu yang selalu sering melahirkan mempunyai resiko tinggi bagi kesehatannya. Hal ini disebut beresiko karena pada ibu dapat timbul kerusakan kerusakan pada pembuluh darah dinding uterus yang mempengaruhi sirkulasi nutrisi akan berkurang. Persalinan kedua dan ketiga merupakan keadaan yang relatif aman untuk melahirkan pada masa reproduktif, karena pada persalinan tersebut keadaan fatologis dimana dimana dinding uterus belum banyak mengalami perubahan.

3. Anemia

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Berdasarkan ketetapan WHO anemia pada ibu hamil bila Hb kurang dari 11gr%. Anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta menjadi lemah sehingga memperbesar resiko terjadinya retensio plasenta karena myometrium tidak dapat berkontraksi.

Ibu dengan anemia dapat menimbulkan gangguan kala pada uri yang diikuti retensio plasenta dan perdarahan post partum. Ibu bersalin dengan anemia mempunyai resiko 3,467 kali untuk mengalami retensio plasenta dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak anemia.

Anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk terutama saat kehamilan, persalinan dan masa nifas. Prevalensi anemia yang tinggi dapat berakibat negative seperti gangguan dan hambatan pertumbuhan baik sel tubuh atau sel otak. Kekurangan Hb dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang ditransfer ke sel tubuh ataupun otak sehingga dapat memberikan efek yang buruk pada ibu maupun bayi yang dilahirkan. Setiap ibu hamil yang anemia beresiko untuk perdarahan post partum. Salah satu penyebab perdarahan post partum adalah karena retensio plasenta dan jika tidak ditangani

dengan baik dapat menyebabkan kematian. Kemudian, retensio plasenta juga merupakan salah satu penyebab perdarahan post partum tersering, dengan angka pervelensinya yaitu mencapai 16-17%.

D. Penelitian Terkait

Menurut penelitian Juraida mengenai hubungan umur dan paritas dengan kejadian retensio plasenta, ibu yang berumur <20 Tahun lebih dominan mengalami retensio plasenta disebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat setempat mengenai persalinan. Masih banyak ibu-ibu beresiko hamil di usia <20 tahun dan sebagian kecil persalinan ditolong oleh dukun dimana pernah terjadi retensio plasenta. Sedangkan ibu yang berumur >35 Tahun sebagian masyarakat masih ada yang mempunyai pemahaman pentingnya anak laki-laki atau perempuan dalam suatu keluarga dan sebagian masyarakat percaya banyak anak banyak rezeki sehingga di usia >35 Tahun ibu-ibu masih banyak yang hamil. Sedangkan ibu dengan paritas >3 lebih banyak mengalami retensio plasenta karena semakin sering hamil dan melahirkan kesehatan alat reproduksi berkurang sehingga hal inilah yang merupakan salah satu faktor resiko retensio plasenta dan kurangnya pengetahuan ibu hamil untuk datang memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian dari Siska Delvia didapatkan bahwa responden dengan usia beresiko lebih banyak mengalami retensio plasenta, dibandingkan dengan responden dengan usia tidak beresiko. Hal ini dikarenakan pada ibu dengan umur < 20 tahun endometrium belum matang sehingga pada masa pertumbuhannya plasenta akan mengalami hipertropi (perluasan) dan dapat menutupi sebagian keseluruhan jalan lahir. Dan pada ibu umur ≥ 35 tahun maka akan terjadi kemunduran yang progresif dari endometrium sehingga untuk mencukupi kebutuhan nutrisi janin diperlukan pertumbuhan plasenta yang lebih luas. Sedangkan responden dengan paritas beresiko lebih banyak mengalami Retensio plasenta, dibandingkan dengan responden dengan paritas tidak beresiko. Hal ini dikarenakan Paritas ibu pada multipara akan terjadi kemunduran dan cacat pada endometrium yang mengakibatkan terjadinya fibrosis pada bekas implantasi lekatan plasenta pada

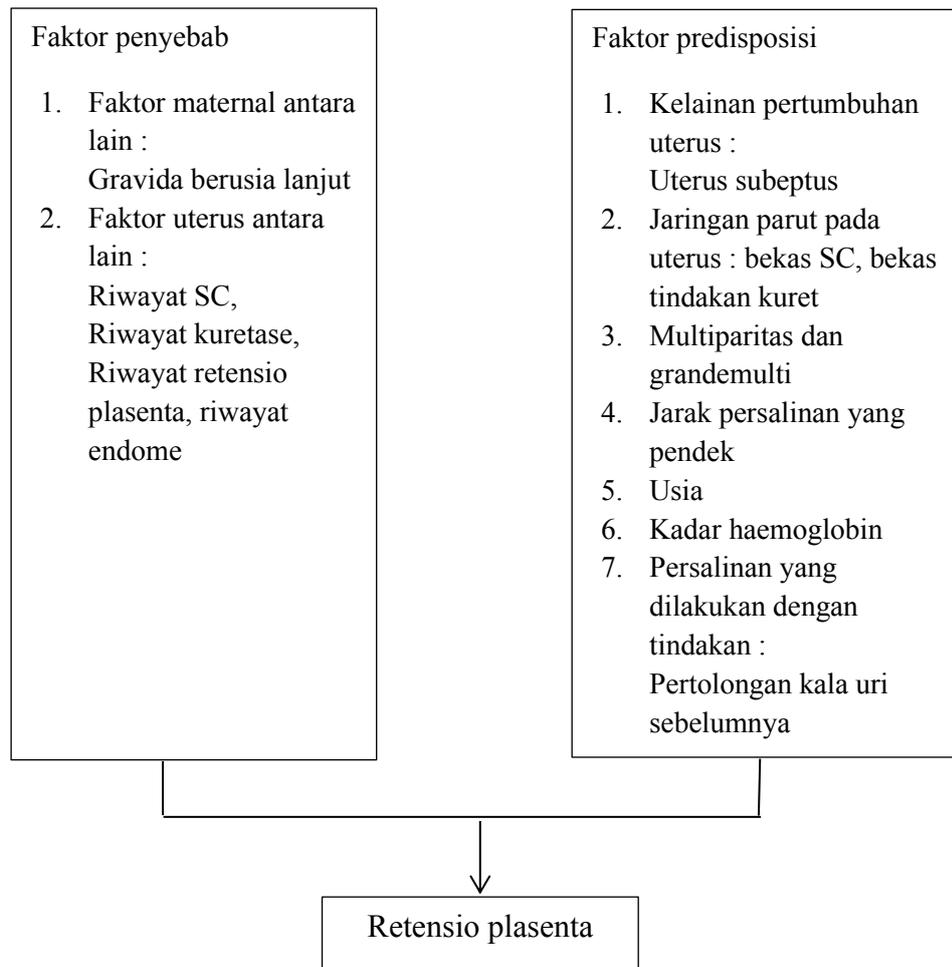
persalinan sebelumnya, sehingga vaskularisasi menjadi berkurang. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan janin, plasenta akan mengadakan perluasan implantasi dan vili khorialis akan menembus dinding uterus lebih dalam lagi sehingga akan terjadi plasenta adhesiva sampai perkreta. Ashar kimen mengatakan angka kejadian tertinggi retensio plasenta pada multipara, sedangkan puji ichtiarti mengatakan angka kejadian retensio plasenta tertinggi pada paritas 4-5.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Meilinda, menunjukkan bahwa pada umur <20 dan > 35 tahun lebih besar untuk terjadinya retensio plasenta dengan pengaruh 7 kali dengan terjadinya retensio plasenta, hal ini sesuai dengan teori bahwa wanita yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya perdarahan pasca persalinan salah satu penyebabnya adalah retensio plasenta 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.

Dalam penelitian Mu'min A, menunjukan bahwa kelompok ibu bersalin usia 35 lebih banyak (71,4%) yang mengalami retensio plasenta sedangkan pada kelompok ibu bersalin usia 20-35 tahun lebih banyak (60,3%) yang tidak mengalami retensio plasenta. Secara bivariat diperoleh nilai $P=0,001(p<x)$ yang berarti bahwa secara statistic terdapat hubungan bermakna antara umur ibu dengan kejadian retensio plasenta dengan nilai $OR=3,8$ yang berarti bahwa ibu bersalin yang berusia <20/35 tahun memiliki risiko hampir 4 kali lebih besar untuk mengalami retensio plasenta jika dibandingkan dengan ibu yang berumur 20-35 tahun. Sedangkan kelompok ibu bersalin grandemultipara lebih banyak (63,5%) yang mengalami retensio plasenta sedangkan pada kelompok ibu bersalin multipara lebih banyak (65,1%) yang tidak mengalami retensio plasenta. Secara bivariat diperoleh nilai $P=0,002(p<x)$ yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan bermakna antara paritas ibu dengan kejadian retensio plasenta dengan nilai $OR=3,2$ yang berarti bahwa ibu bersalin yang berparitas grandemultipara memiliki risiko hampir 3 kali lebih besar untuk mengalami retensio plasenta jika dibandingkan

dengan ibu yang berparitas multipara. Sedangkan kelompok ibu bersalin anemia lebih banyak (69,8%) yang mengalami retensio plasenta sedangkan pada kelompok ibu bersalin anemia sebanyak (54,8%) yang tidak mengalami retensio plasenta. Secara bivariat diperoleh nilai $P=0,001$ ($p < \alpha$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan bermakna antara anemia ibu dengan kejadian retensio plasenta dengan nilai $OR=3,5$ yang berarti bahwa ibu bersalin yang anemia memiliki risiko hamper 3 kali lebih besar untuk mengalami retensio plasenta jika dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Fraser & Coper dalam Riyanto, (2015) yaitu anemia pada ibu hamil dan bersalin dapat menyebabkan kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta menjadi lemah sehingga memperbesar resiko terjadinya retensio plasenta karena myometrium tidak dapat berkontraksi. Ibu dengan anemia dapat menimbulkan gangguan pada kala uri yang diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum (Wiknjosastro dalam Riyanto, 2015).

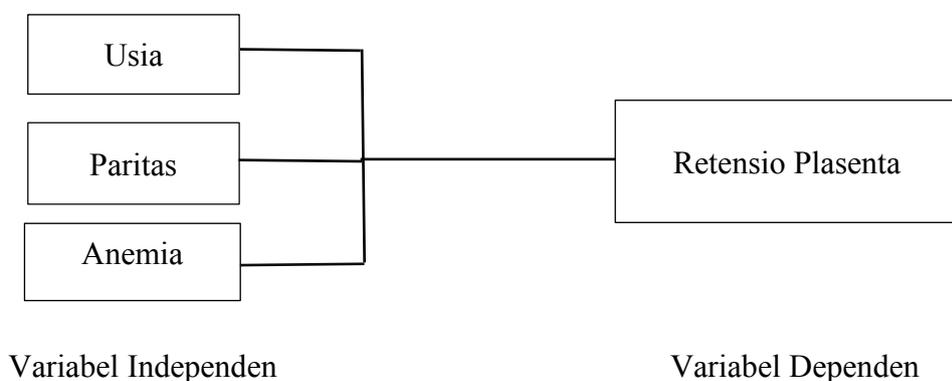
E. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Teori Manuaba (2010), Oxorn (2010), winkjosastro (2009), Mochtar (2010)

F. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

G. Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, ukuran, yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang suatu pengertian konsep pengertian tertentu (Notoatmodjo, 2018).

1. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah retensio plasenta pada ibu post partum.

2. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah usia, paritas dan anemia.

H. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Ha :

1. Ada hubungan antara usia dengan kejadian retensio plasenta pada perdarahan post partum di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Kota Bandar Lampung tahun 2021 sampai tahun 2023.
2. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian retensio plasenta pada perdarahan post partum di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Kota Bandar Lampung tahun 2021 sampai tahun 2023.
3. Ada hubungan antara anemia dengan kejadian retensio plasenta pada perdarahan post partum di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Kota Bandar Lampung tahun 2021 sampai tahun 2023

I. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen:					
1. Umur	Umur ibu saat kehamilan terakhir. Dihitung dalam tahun berdasarkan ulang tahun terakhir.	data yang diperoleh dari rekam medis pasien	Ceklist dari Rekam Medis pasien	0 = Beresiko (<20 tahun atau >35 tahun) 1 = Tidak beresiko (20-35 tahun)	Nominal
2. Paritas	Jumlah persalinan yang pernah dialami ibu	Data diperoleh dari rekam medis pasien	Ceklist dari Rekam medis pasien	0 = beresiko (pertama melahirkan atau paritas ≥ 4) 1 = Tidak beresiko (2-3 kali persalinan)	Nominal
3. Anemia	Kondisi ibu bila kadar Hb kurang dari 11gr% sesuai dengan status ibu yang diperoleh dari rekam medik	Data yang diperoleh dari rekam medik	Ceklist dari rekam medik pasien	0 = anemia (hb = <11gr%) 1 = tidak anemia	Nominal
Dependen :					
Kejadian retensio plasenta	retensio plasenta yaitu masih melekatnya plasenta dalam rahim 30 menit pasca lahir	Data diperoleh dari rekam medis pasien	Ceklist dari rekam medis pasien	0 = mengalami retensio plasenta 1 = tidak mengalami retensio plasenta	Nominal