



**KEPERAWATAN MATERNITAS II  
(NSA 417)**

**MODUL 2  
GANGGUAN PERDARAHAN**

**DISUSUN OLEH**

**Ety Nurhayati, S.Kp.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat**

Universitas  
**Esa Unggul**

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL  
2019/2020**

## GANGGUAN PERDARAHAN

### A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Mahasiswa dapat mengetahui mengenai gangguan perdarahan yang terjadi pada kehamilan
2. Mahasiswa dapat mengetahui mengenai perdarahan pasca persalinan
3. Mahasiswa dapat mengetahui mengenai gangguan pembekuan pada masa kehamilan

### B. Uraian dan Contoh

#### PENGERTIAN

Perdarahan adalah keluarnya darah dari pembuluh darah akibat rusaknya pembuluh darah. Perdarahan dapat terjadi di dalam tubuh (Perdarahan Internal), seperti rupture organ, pembuluh darah besar ataupun di luar tubuh (Perdarahan eksternal) seperti perdarahan melalui vagina, mulut, rectum, atau melalui luka dari kulit.

Perdarahan pasca persalinan didefinisikan sebagai perdarahan yang terjadi pada seorang ibu bersalin yang kehilangan darah lebih dari 500 ml. Bahkan dengan penanganan yang tepatpun, sekitar 3% dari persalinan pervaginam bisa mengalami perdarahan pascapersalinan. Kepustakaan lain menyebutkan bahwa perdarahan pasca persalinan di negara berkembang bisa terjadi sekitar 4% pada persalinan pervaginam bahkan mencapai 6% pada persalinan secara seksio sesarea (Brahmana, 2018).

Perdarahan pasca persalinan (PPH) didefinisikan sebagai kehilangan darah > 500 ml setelah persalinan per vaginam dan > 1000 ml setelah operasi Caesar (Egenberg S., Masenga G et al., 2017). Perdarahan pasca peralinan dapat juga diartikan sebagai perdarahan yang terjadi setelah kelahiran bayi sebelum, selama dan sesudah keluarnya plasenta (Rahayu Eka P Lestari, Hidayah W et al., 2014).

Perdarahan postpartum (PPP)didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesaria (Leveno, 2009; WHO, 2012).

Perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama pasca persalinan disebut sebagai perdarahan post partum primer dan perdarahan yang berlebihan setelah 24 jam postpartum disebut sebagai perdarahan pasca persalinan sekunder.

Definisi yang pasti dari perdarahan pasca persalinan masih merupakan suatu masalah. Perdarahan pasca persalinan primer didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan pervaginam dan lebih dari 1000 ml setelah operasi sesar (SC). 11 HPP yang bermakna merupakan komplikasi 2-4% persalinan pervaginam dan 6% dari SC.5 Faktor risiko prenatal antara lain perdarahan sebelum persalinan, solusio plasenta, plasenta previa, kehamilan ganda, inversion uteri preeklampsia, khorioamnionitis, hidramnion, IUFD, anemia (Hemoglobin < 5,8), multiparitas, mioma dalam kehamilan, gangguan faktor pembekuan dan riwayat perdarahan sebelumnya serta obesitas.

#### **A. Etiologi Perdarahan Pasca persalinan**

Menurut Sarmini Moedjiarto (2011) Perdarahan pasca perasalinan disebabkan oleh:

##### **1. Atonia uteri 50-60%**

Atonia Uteri Atonia uteri merupakan keadaan dimana otot uterus (miometrium) gagal berkontraksi pada tahap ke-3 persalinan, yaitu setelah bayi dilahirkan, sehingga perdarahan dari tempat perlekatan arteri dan vena spiral plasenta terus terbuka. Kondisi bahwa 1/5 dari curah jantung ibu hamil yaitu sekitar 1000ml/menit memasuki sirkulasi uteroplacenta saat persalinan membuat perdarahan postpartum karena atonia uteri ini dapat menghilangkan banyak darah ibu dalam waktu singkat. Hal ini yang membuat atonia uteri menjadi penyebab paling sering kematian ibu oleh perdarahan postpartum yaitu sekitar 75-90%.

Penyebab pasti disfungsi kontraksi pada uterus ini masih belum diketahui secara pasti. Tetapi pada banyak wanita hamil, atonia uteri paling tidak dapat diantisipasi dengan baik pada kehamilan lanjut. Terdapat beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan atonia uteri. Paritas tinggi sudah lama diketahui sebagai salah satunya, dimana insiden perdarahan postpartum meningkat dari 0,3 pada paritas rendah menjadi 1,9 pada paritas tinggi, dan 2,4 pada paritas 7 kali atau lebih.

Uterus yang terdistensi berlebihan juga cenderung hipotonia setelah persalinan oleh karena itu ibu hamil dengan janin besar, janin multipel,

atau polihidramnion memiliki risiko tinggi. Abnormalitas proses persalinan (distosia) juga cenderung atonia. Sama seperti induksi persalinan dengan prostaglandin atau oksitoksin juga sering disertai atonia.

Kegagalan kontraksi dan retraksi dari serat miometrium dapat menyebabkan perdarahan yang cepat dan parah serta syokhipovolemik. Kontraksi miometrium yang lemah dapat diakibatkan oleh kelelahan karena persalinan lama atau persalinan yang terlalu cepat, terutama jika dirangsang. Selain itu, obat-obatan seperti obat anti-inflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, beta-simpatomimetik, dan nifedipin juga dapat menghambat kontraksi miometrium. Penyebab lain adalah situs implantasi plasenta di segmen bawah rahim, korioamnionitis, endometriitis, septikemia, hipoksi pada solusio plasenta, dan hipotermia karena resusitasi masif (Rueda et al., 2013).

2. Retensio Plasenta 23-24%

Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Hal ini disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan. Retensio plasenta merupakan etiologi tersering kedua dari perdarahan postpartum (20% -30% kasus). Kejadian ini harus didiagnosis secara dini karena retensio plasenta sering dikaitkan dengan atonia uteri untuk diagnosis utama sehingga dapat membuat kesalahan diagnosis. Pada retensio plasenta, risiko untuk mengalami PPP6 kali lipat pada persalinan normal (Ramadhani, 2011).

3. Robekan Jalan Lahir 5-6%

Robekan Jalan Lahir Proses persalinan selalu terkait dengan trauma jalan lahir termasuk uterus, serviks, vagina, dan perineum. Cedera yang didapat saat persalinan dapat berkisar dari robekan mukosa minor hingga laserasi yang menyebabkan perdarahan yang mengancam jiwa. Robekan yang terjadi bisa ringan (lecet, laserasi), luka episiotomi, robekan perineum spontan derajat ringan sampai ruptur perineal totalis (sfingter ani terputus), robekan pada dinding vagina, forniks uteri, serviks, daerah sekitar klitoris dan uretra serta bahkan yang paling berat yaitu ruptur uteri.

4. Gangguan Pembekuan Darah 0,4-0,6%

Perdarahan postpartum juga dapat terjadi karena kelainan pada pembekuan darah. Penyebab tersering PPP adalah atonia uteri, yang disusul dengan tertinggalnya sebagian plasenta. Namun, gangguan pembekuan darah dapat pula menyebabkan PPP. Hal ini disebabkan karena defisiensi faktor pembekuan dan penghancuran fibrin yang berlebihan. Gejala-gejala kelainan pembekuan darah bisa berupa penyakit keturunan ataupun didapat. Kelainan pembekuan darah dapat berupa hipofibrinogenemia, trombositopenia, Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP), HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), dan Dilutional coagulopathy (Malau, 2017).

## **B. Klasifikasi Perdarahan Pasca persalinan**

Klasifikasi klinis perdarahan postpartum yaitu (Manuaba, 2008) :

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.

## **C. Faktor**

Risiko Faktor risiko PPP dapat ada saat sebelum kehamilan, saat kehamilan, dan saat persalinan. Faktor risiko sebelum kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, dan riwayat perdarahan postpartum. Faktor risiko selama kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, riwayat perdarahan postpartum, kehamilan ganda, plasenta previa, preeklampsia, dan penggunaan antibiotik. Sedangkan untuk faktor risiko saat persalinan meliputi plasenta previa anterior, plasenta previa mayor, peningkatan suhu tubuh  $>37^{\circ}$ , korioamnionitis, dan retensio plasenta (Briley et al., 2014).

Meningkatnya usia ibu merupakan faktor independen terjadinya PPP. Pada usia lebih tua jumlah perdarahan lebih besar pada persalinan sesar dibanding persalinan vaginal. Secara konsisten penelitian menunjukkan bahwa ibu yang hamil kembar memiliki 3-4 kalikemungkinan untuk mengalami PPP (Anderson, 2008).

Perdarahan postpartum juga berhubungan dengan obesitas. Risiko perdarahan akan meningkat dengan meningkatnya indeks massa tubuh. Pada wanita dengan indeks massa tubuh lebih dari 40 memiliki resiko sebesar 5,2% dengan persalinan normal (Blomberg, 2011).

#### D. Gejala Klinik Perdarahan Pasca Persalinan

Gambaran klinisnya berupa perdarahan terus menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi buruk. Denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah menjadi pucat dan dingin, nafasnya menjadi sesak terengah-engah, berkeringat. Situasi berbahaya adalah jika denyut nadi dan tekanan darah hanya memperlihatkan sedikit perubahan untuk beberapa saat karena adanya mekanisme kompensasi vaskuler. Kemudian fungsi kompensasi ini tidak bisa dipertahankan lagi, denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba turun dan pasien dalam keadaan syok (Widianti EY., Setyaningsih A, 2014).

#### E. Diagnosis Perdarahan Pasca Persalinan.

Diagnosis perdarahan postpartum dapat digolongkan berdasarkan tabel berikut ini:

Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang ada	Diagnosis kemungkinan
a. Uterus tidak berkontraksi dan lembek b. Perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan pasca perdarahan primer)	a. syok	Atonia Uteri
a. Perdarahan segera b. Darah segar yang mengalir segera setelah anak lahir c. Uterus berkontraksi baik	a. Pucat b. Lemah c. Menggigil	Robekan jalan lahir

a. Plasenta belum lahir setelah 30 menit b. Perdarahan segera	a. Tali pusat putus akibat traksi berlebih b. Inertia uteri akibat tarikan c. Perdarahan lanjut	Retensio plasenta
a. Plasenta/ sebagian selaput (pembuluh darah tidak lengkap) b. Perdarahan segera	a. Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus uter tidak berkurang	Tertinggalnya sebagian plasenta
a. Uterus tidak teraba b. Lumen vagina teraba masa c. Tampak tali pusat (jika plasenta lahir) d. Nyeri sedikit atau berat	a. Syok neurogenic b. Pucat dan limbung	Invertio plasenta

## 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 isotonic juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terus-menerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregang 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). Pelepasan plasenta manual, yaitu:

1. Memakai sarung tangan steril
2. Labia dibuka, tangan masuk scr obstetric dalam vagina tangan luar menahan fundus.
3. Uteri tangan dalam menyusuri tali pusat dan melepaskan plasenta dari pinggir dengan sisi tangan sebelah kelingking.

## **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, 2010).

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)

## **Gangguan Pembekuan Darah**

### **A. Pengertian**

Gangguan pada faktor pembekuan darah (trombosit) adalah Pendarahan yang terjadi karena adanya kelainan pada proses pembekuan darah sang ibu, sehingga darah tetap mengalir.

Kausal perdarahan pasca persalinan karena gangguan pembekuan darah baru dicurigai apabila penyebab yang lain dapat disingkirkan apalagi disertai ada riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalinan sebelumnya. Akan ada tendensi mudah terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan dan perdarahan akan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan dari gusi, rongga hidung, dan lain-lain (Prawirohardjo, 2008).



Pada pemeriksaan penunjang ditemukan hasil pemeriksaan faal hemostasis yang abnormal. Waktu perdarahan dan waktu pembekuan memanjang, trombositopenia, terjadi hipofibrinogenemia, dan terdeteksi adanya fibrin degradation product (FDP) serta perpanjangan tes protrombin dan partial tromboplastin time (PTT). Predisposisi untuk terjadinya hal ini adalah solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan, eklampsia, emboli cairan ketuban, dan sepsis. Terapi yang dilakukan adalah dengan transfusi darah dan produknya seperti plasma beku segar, trombosit, fibrinogen dan heparinisasi atau pemberian epsilon amino caproic acid (EACA) (Anderson, 2008).

## **B. Etiologi**

Pada periode post partum awal, kelainan sistem koagulasi dan platelet biasanya tidak menyebabkan perdarahan yang banyak, hal ini bergantung pada kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan. Deposit fibrin pada tempat perlekatan plasenta dan penjendalan darah memiliki peran penting beberapa jam hingga beberapa hari setelah persalinan. Kelainan pada daerah ini dapat menyebabkan perdarahan post partum sekunder atau perdarahan eksaserbasi dari sebab lain, terutama trauma.

Abnormalitas dapat muncul sebelum persalinan atau didapat saat persalinan. Trombositopenia dapat berhubungan dengan penyakit sebelumnya, seperti ITP atau sindroma HELLP sekunder, solusio plasenta, DIC atau sepsis. Abnormalitas platelet dapat saja terjadi, tetapi hal ini jarang. Sebagian besar merupakan penyakit sebelumnya, walaupun sering tak terdiagnosis.

Abnormalitas sistem pembekuan yang muncul sebelum persalinan yang berupa hipofibrinogenemia familial, dapat saja terjadi, tetapi abnormalitas yang didapat biasanya yang menjadi masalah. Hal ini dapat berupa DIC yang berhubungan dengan solusio plasenta, sindroma HELLP, IUFD, emboli air ketuban dan sepsis. Kadar fibrinogen meningkat pada saat hamil, sehingga kadar fibrinogen pada kisaran normal seperti pada wanita yang tidak hamil harus mendapat perhatian. Selain itu, koagulopati dilusional dapat terjadi setelah perdarahan post partum masif yang mendapat resusitasi cairan kristaloid dan transfusi PRC.

IC, yaitu gangguan mekanisme pembekuan darah yang umumnya disebabkan oleh hipo atau afibrinogenemia atau pembekuan intravascular

merata (Disseminated Intravaskular Coagulation) DIC juga dapat berkembang dari syok yang ditunjukkan oleh hipoperfusi jaringan, yang menyebabkan kerusakan dan pelepasan tromboplastin jaringan. Pada kasus ini terdapat peningkatan kadar D-dimer dan penurunan fibrinogen yang tajam, serta pemanjangan waktu trombin (thrombin time).

### C. Gejala Klinis

Seorang wanita hamil yang sehat dapat kehilangan darah sebanyak 10% dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinik yang nyata. Gejala klinik baru tampak apabila kehilangan darah telah mencapai 20%.<sup>9</sup>

Perdarahan tidak hanya terjadi pada mereka yang memiliki faktor risiko tapi pada setiap persalinan kemungkinan terjadi perdarahan selalu ada. Jika perdarahan terus berlanjut akan menimbulkan tandatanda syok dengan gambaran klinisnya berupa perdarahan terus-menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi jelek. Denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah pucat dan ekstremitas dingin, serta nafas menjadi sesak dan terengah-engah.

Berdasarkan definisi dari perdarahan postpartum yaitu perdarahan yang terjadi segera setelah partus (persalinan), sebanyak 500 ml pada persalinan per vaginam atau lebih dari 1000 ml pada seksio sesarea. Cara yang paling tepat untuk menentukan apakah seseorang mengalami perdarahan postpartum adalah dengan menghitung kehilangan darah yang terjadi. Hal ini dapat dilaksanakan dengan cara mengukur atau memperkirakan jumlah darah yang hilang saat persalinan.

### Syok Hemoragik

Syok dapat didefinisikan sebagai adanya ketidaksesuaian antara sirkulasi volume darah dan kapasitas bantalan vascular. Pada syok hemoragik, ketidaksesuaian ini terjadi akibat perdarahan, yang pada mulanya menyebabkan hipotensi. Sebagai respon terhadap penurunan tekanan darah, kelenjar adrenal melepaskan Katekolamin, yang menyebabkan aliran darah dialihkan dari daerah yang tidak vital seperti kulit, ginjal, usus, otot dan uterus dengan vasokonstriksi, dan dialihkan ke otak dan jantung. Distribusi kembali tersebut dapat menyebabkan hipoksia janin bahkan sebelum wanita mengalami hipotensi yang nyata. Oleh karena

itu syok maternal yang sangat signifikan sangat tidak mungkin terjadi apabila rekaman grafik denyut jantung janin meyakinkan.

Peningkatan volume darah normal pada wanita hamil dapat memungkinkan terjadinya kehilangan darah mutlak dalam jumlah lebih besar sebelum muncul tanda-tanda klinis syok. Nadi dan tekanan darah mungkin tidak mengalami perubahan secara signifikan sampai terjadi kehilangan darah dalam jumlah besar. Kondisi dan ukuran tubuh klien juga membantu menentukan jumlah kehilangan darah yang dapat ditoleransi. Kelelahan akibat persalinan yang lama, anemia yang telah diderita, atau penyakit kronis mengurangi kemampuan tubuh klien melakukan kompensasi. Ketika perdarahan telah terjadi cukup hebat, mekanisme kompensasi, diaktifkan dan tanda gejala syok muncul.

Tanda dan gejala syok dihubungkan dengan mekanisme kompensasi. Pada mulanya nadi menjadi cepat, kulit pucat dan dingin, dan pernapasan mungkin dalam dan cepat. Sebagai respon terhadap vasokonstriksi yang terjadi kemudian, frekuensi terus meningkat dan menjadi sulit diraba, kulit dingin pucat dan lembab, tekanan darah menurun, pernapasan menjadi lebih cepat, haluan urin menurun, mual dan muntah, serta peningkatan kegelisahan juga dapat terjadi. Seiring dengan memberatnya syok terjadi perubahan tingkat kesadaran dari mental berkabut, sampai letargi, koma dan kematian.

Syok hemoragik adalah kondisi syok yang disebabkan oleh perdarahan yang banyak, dimana syok disebabkan gangguan sirkulasi darah ke jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan dan tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Gejala yang muncul pada pasien syok berupa hipotensi, nadi cepat dan halus, pucat, keringat dingin, sianosis jari-jari, sesak nafas, gelisah, dan oliguria.

### **Gangguan pembekuan pada masa kehamilan**

Kelainan pembekuan darah kongenital dan didapat berperan signifikan pada kejadian perdarahan postpartum primer tetapi jarang terjadi hanya sekitar 3%. Penyakit von Willebrand merupakan contoh penyakit koagulopati yang penting yang dapat meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Gangguan pembekuan darah barudicurigai sebagai kausal apabila penyebab yang lain telah disingkirkan dan disertai adanya riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalinan sebelumnya.

### C. Latihan

1. Jelaskan yang dimaksud perdarahan pasca persalinan ?
2. Sebutkan gejala perdarahan pasca persalinan !
3. Jelaskan yang dimaksud syok hemoragik ?
4. Sebutkan tanda dan gejala syok hemoragik !
5. Sebutkan klasifikasi perdarahan pasca persalinan !

### D. Kunci Jawaban

1. Perdarahan pasca persalinan didefinisikan sebagai perdarahan yang terjadi pada seorang ibu bersalin yang kehilangan darah lebih dari 500 ml. Bahkan dengan penanganan yang tepatpun, sekitar 3% dari persalinan pervaginam bisa mengalami perdarahan pascapersalinan. Kepustakaan lain menyebutkan bahwa perdarahan pasca persalinan di negara berkembang bisa terjadi sekitar 4% pada persalinan pervaginam bahkan mencapai 6% pada persalinan secara seksio sesarea
2. Gambaran klinisnya berupa perdarahan terus menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi buruk. Denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah menjadi pucat dan dingin, nafasnya menjadi sesak terengah-engah, berkeringat. Situasi berbahaya adalah jika denyut nadi dan tekanan darah hanya memperlihatkan sedikit perubahan untuk beberapa saat karena adanya mekanisme kompensasional vaskuler. Kemudian fungsi kompensasi ini tidak bisa dipertahankan lagi, denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba turun dan pasien dalam keadaan syok.
3. Syok hemoragik adalah kondisi syok yang disebabkan oleh perdarahan yang banyak, dimana syok disebabkan gangguan sirkulasi darah ke jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan dan tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme.
4. Gejala yang muncul pada pasien syok berupa hipotensi, nadi cepat dan halus, pucat, keringat dingin, sianosis jari-jari, sesak nafas, gelisah, dan oliguria.
5. Klasifikasi klinis perdarahan post partum, yaitu:
  - a. 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.

- b. 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

#### **E. Daftar Pustaka**

1. WHO. 2012. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data
2. World Health Organization (WHO). 2014. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013.
3. Saifuddin, A.B, dkk, (2002). Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
4. Saifuddin A. 2002. Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
5. Brahmana IB. 2018. Perdarahan Pascapersalinan oleh Karena Retensi Plasenta pada P4a0 Postpartum Spontan, Janin Besar, dengan Hipertensi dalam Kehamilan. Yogyakarta. Jurnal kedokteran dan kesehatan Mutiara Medika.
6. Edhi MM, Aslam HM, Naqvi Z, Hashmi H. 2013. Post partum hemorrhage: causes and management. BMC Research Notes. 6(236): 1-6.
7. Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba IBGF, Manuaba IBG. 2014. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. 2nd ed. Jakarta: EGC
8. Malau S. Hubungan faktor risiko dengan kejadian perdarahan postpartum; 2017.