

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perdarahan *Postpartum*

1. Definisi Perdarahan *Postpartum*

Perdarahan *postpartum* merupakan kondisi yang ditandai dengan terjadinya kehilangan volume darah melebihi 500 ml setelah melahirkan atau lebih dari 1000 ml pasca tindakan *sectio caesarea* pada periode 24 jam pertama pasca persalinan maupun setelah 24 jam hingga enam minggu pasca persalinan, dan berpotensi menimbulkan gangguan hemodinamik serta meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas maternal (Lisnawati, 2018).

2. Klasifikasi perdarahan *postpartum*

Menurut Raihan dan Iqbal (2025) berdasarkan waktu terjadinya, perdarahan *postpartum* diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Perdarahan pasca persalinan primer (*Early PPH*): terjadi pada periode 24 jam pertama setelah bersalin, yang umumnya muncul dikarenakan *atonia uteri*, *retensio plasenta*, trauma pada jalan lahir, atau gangguan pembekuan darah. Ini merupakan tipe yang kerap dijumpai dan masih menjadi alasan utama terjadinya mortalitas pada ibu.
- b. Perdarahan pasca persalinan sekunder (*Late PPH*): muncul setelah 24 jam hingga 6 minggu *pasca* persalinan, biasanya akibat sisa plasenta, infeksi rahim, atau gangguan *involusi* uterus.

Menurut Raihan dan Iqbal (2025) perdarahan *postpartum* diklasifikasikan berdasarkan jumlah kehilangan darah sebagai berikut:

a. Perdarahan *Minor* adalah kehilangan darah sekitar 500 - 1000 ml, biasanya ibu masih sadar penuh dan kooperatif, namun mungkin mulai tampak cemas, pusing, wajah pucat, tetapi biasanya masih hangat dan tidak berkeringat dingin secara berlebihan, denyut nadi 80-100x/ menit, tekanan darah berada di atas 90-100 mmHg, laju napas masih normal 14-20x/ menit, serta output urine masih dalam batas normal (> 30 ml/ jam) karena aliran darah ke ginjal belum terganggu secara signifikan.

b. *Perdarahan Mayor* adalah kehilangan darah > 1000 ml.

Perdarahan ini di anggap sebagai kegawatandaruratan medis karena volume darah yang hilang sudah cukup besar untuk menyebabkan ketidakstabilan sistem tubuh. Sering ditandai dengan gejala hipovolemia yaitu kesadaran ibu mulai tampak gelisah, bingung atau mengalami penurunan kesadaran, ujung tangan dan kaki terasa dingin, basah dan tampak sangat pucat.

Perdarahan *mayor* sering di bagi menjadi dua kategori, yaitu:

- 1) Perdarahan *mayor* sedang, merupakan kehilangan darah antara 1000 ml hingga 2.000, ditandai tekanan darah sistolik mulai turun secara signifikan (80-90 mmHg), nadi berkisar 100-120x/ menit, laju pernapasan > 30 x/ menit dan napas dangkal atau terengah-engah, volume urin kurang dari 20-30 ml/ jam (*oliguria*) atau bahkan berhenti sama sekali (*anuria*).
- 2) Perdarahan *mayor* berat, merupakan kehilangan darah lebih dari 2.000 ml, di tandai tekanan darah sangat rendah (< 70 -80 mmHg) atau terkadang tidak terukur, denyut nadi menjadi cepat (> 120 -140x/ menit), laju napas mengalami peningkatan signifikan (*takipnea*), volume urin kurang dari 20-30 ml/ jam (*oliguria*) atau bahkan berhenti sama sekali (*anuria*).

3. Epidemiologi

Perdarahan setelah terjadinya persalinan termasuk salah satu komplikasi obstetri memiliki prevalensi tinggi dan berperan sebagai determinan utama yang mengakibatkan kematian ibu di tingkat global. Secara global, perdarahan *postpartum* berkontribusi besar terhadap tingginya angka mortalitas pada ibu, terutama di negara berkembang dengan keterbatasan akses layanan kesehatan maternal yang berkualitas. Di tingkat global, sebagian besar kasus perdarahan *postpartum* terjadi pada periode segera setelah persalinan.

Kondisi ini sering berkaitan dengan keterlambatan deteksi, keterbatasan fasilitas kesehatan, serta kurang optimalnya penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri. Perdarahan pasca persalinan banyak dijumpai pada ibu dengan faktor risiko tertentu, seperti usia *ekstrem* dan paritas tinggi. Di negara berkembang, kejadian perdarahan *postpartum* masih relatif tinggi dibandingkan negara maju. Faktor sosial, ekonomi, dan sistem pelayanan kesehatan memengaruhi tingginya angka kejadian dan dampak perdarahan *postpartum* terhadap keselamatan ibu. Keterbatasan tenaga kesehatan terlatih dan fasilitas penunjang menjadi faktor yang memperberat angka tingkat kesakitan dan kematian pada ibu dikarenakan perdarahan *postpartum*.

Di Indonesia, perdarahan pasca persalinan masih menempati posisi sebagai salah satu determinan utama mortalitas ibu. Kejadian ini sering ditemukan pada ibu bersalin dengan faktor risiko obstetri, antara lain usia maternal < 20 tahun atau melebihi 35 tahun, serta mempunyai riwayat persalinan yang tinggi. Selain itu, variasi kualitas pelayanan kesehatan antar wilayah turut memengaruhi distribusi kasus perdarahan *postpartum*. Distribusi kejadian perdarahan

postpartum menunjukkan hubungan dengan karakteristik ibu dan kondisi persalinan. Faktor usia ibu, paritas, riwayat obstetri, dan kondisi medis penyerta berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya perdarahan *postpartum*. Oleh karena itu, pemahaman terhadap aspek epidemiologi perdarahan *postpartum* penting untuk tindakan preventif dan menekan prevalensi mortalitas pada ibu.

4. Etiologi Perdarahan *Postpartum*

Menurut Prawirohardjo (2020) penyebab utama perdarahan *postpartum* dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok utama, yang disebut 4T, yakni:

a. *Tone (atonia uteri)*

Merupakan penyebab yang sering terjadi, yaitu uterus tidak berkontraksi dengan baik setelah persalinan dan akibatnya pembuluh darah pada lokasi implantasi placenta tetap terbuka yang mengakibatkan perdarahan hebat. Adapun determinan yang meningkatkan terjadinya atonia uteri antara lain usia ibu yang berada pada kelompok ekstrem (terlalu muda atau terlalu tua), lebih banyak dijumpai pada ibu dengan riwayat persalinan berulang (multipara), durasi persalinan yang berkepanjangan, persalinan yang memerlukan tindakan atau intervensi, kehamilan kembar (gemelli), kondisi hidramnion, janin dengan berat badan lahir besar, adanya kelainan pada uterus seperti mioma uteri, uterus couvelaire pada kasus solusio plasenta, faktor sosial ekonomi seperti status gizi yang buruk (malnutrisi), serta penggunaan oksitosin dosis tinggi dalam proses induksi persalinan.

b. *Tissue* (sisa *placenta* atau selaput ketuban, *retensio placenta*)

Sisa *Placenta* atau selaput ketuban yang masih berada di dalam Rahim dapat menghambat kemampuan uterus untuk berkontraksi secara optimal yang menimbulkan perdarahan yang berlanjut. *Retensio placenta* dibagi menjadi tiga jenis:

- 1) *Retensio placenta* parsial adalah hanya sebagian plasenta atau membran *fetal* yang masih tertahan di rahim yang mengakibatkan kontraktilitas uterus yang tidak optimal dan perdarahan berlanjut dan biasanya ditangani dengan manual *removal* atau *kuretase*.
- 2) *Retensio placenta* total adalah seluruh plasenta tetap berada dalam rahim, sehingga sering menyebabkan perdarahan hebat dan risiko *syok hipovolemik* dan biasanya ditangani dengan manual *removal* atau intervensi bedah jika tidak bisa dilepaskan secara manual.
- 3) *Retensio placenta aderen* adalah plasenta yang menempel terlalu dalam pada dinding rahim, seperti pada *placenta accreta* (*placenta* menempel ke *myometrium* tanpa invasi ke otot rahim), *inacreta* (*placenta* menembus sebagian otot rahim) atau *percreta* (*placenta* menembus seluruh dinding rahim, kadang sampai organ disekitarnya). *Retensio* jenis ini sangat beresiko menyebabkan perdarahan masif dan memerlukan tindakan bedah (*histerektomi*) pada kasus berat.

c. *Trauma* (robekan jalan lahir)

Robekan pada *serviks*, vagina, *perineum* atau bahkan *ruptur uteri*, perdarahan tetap terjadi meskipun uterus berkontraksi baik.

d. *Thrombin* (gangguan koagulasi/ pembekuan darah)

Kelainan darah bawaan atau didapat (misalnya *syndrom Disseminated Intravascular Coagulation/ DIC*), *preeklampsia/ eklampsia*), kondisi tersebut menyebabkan darah sulit membeku sehingga perdarahan terus berlangsung.

5. Patofisiologi perdarahan *postpartum*

Perdarahan *postpartum* merupakan kondisi patologis yang terjadi akibat kegagalan mekanisme *hemostasis* fisiologis setelah persalinan. Secara normal, setelah plasenta lahir, uterus akan berkontraksi dan beretraksi secara kuat yang berdampak pada pembuluh darah pada tempat implantasi plasenta terjepit dan perdarahan dapat dihentikan. Apabila mekanisme ini tidak berlangsung secara optimal, maka perdarahan *postpartum* dapat terjadi.

Atonia uteri ialah determinan utama yang paling tersering memunculkan terjadinya perdarahan *postpartum*. Di kondisi ini, otot polos uterus tidak mampu berkontraksi secara adekuat setelah persalinan yang membuat pembuluh darah pada lokasi *implantasi* plasenta tetap terbuka. Keadaan tersebut menyebabkan darah keluar secara terus-menerus dan mengakibatkan kehilangan darah dalam jumlah besar dalam waktu singkat.

Retensio plasenta atau sisa jaringan plasenta di dalam kavum uteri juga berperan dalam terjadinya perdarahan *postpartum*. Jaringan plasenta yang tertinggal menghambat proses kontraksi uterus secara optimal, sehingga retraksi miometrium tidak terjadi secara sempurna. Akibatnya, pembuluh darah yang berada di lokasi perlekatan plasenta tidak bisa menutup dengan baik dan perdarahan pun terus berlanjut.

Trauma jalan lahir merupakan salah satu hal yang bisa memunculkan perdarahan pasca persalinan meskipun kontraksi uterus berlangsung adekuat. Robekan pada *serviks*, vagina, atau perineum menyebabkan kerusakan pembuluh darah yang menimbulkan perdarahan aktif. Pada kondisi ini, perdarahan terjadi akibat ketidakmampuan jaringan yang mengalami trauma untuk menghentikan aliran darah secara spontan.

Gangguan sistem koagulasi juga dapat menyebabkan perdarahan *postpartum*. Kelainan pada faktor pembekuan darah menghambat pembentukan bekuan pada pembuluh darah yang terbuka, sehingga proses hemostasis tidak berlangsung secara efektif. Kondisi ini dapat memperberat perdarahan dan meningkatkan risiko komplikasi.

Perdarahan *postpartum* yang tidak ditangani secara cepat dan adekuat dapat menyebabkan gangguan hemodinamik pada ibu. Kehilangan darah dalam jumlah besar menurunkan volume intravaskular, yang selanjutnya menyebabkan penurunan tekanan darah dan perfusi jaringan. Apabila keadaan ini berlanjut, ibu dapat mengalami syok hipovolemik yang berpotensi berujung pada kematian (Mahayati dkk. 2024)

6. Faktor risiko perdarahan *postpartum*

World Health Organization (2022); mengemukakan faktor-faktor menyebabkan terjadinya insiden perdarahan pasca persalinan terdiri dari beberapa determinan yaitu:

- a. Faktor ibu (anemia, *preeklampsia*/ hipertensi dalam kehamilan, riwayat HPP sebelumnya, paritas tinggi, usia ekstrem, status gizi, obesitas).

- b. Faktor *obstetri* (*atonia uteri*, *retensio placenta*, *placenta previa/ placenta akreta*, trauma jalan lahir, persalinan lama/ *distosia* bahu, induksi persalinan, *makrosomia*, kehamilan ganda, *polihidramnion*).
- c. Faktor pelayanan kesehatan (keterlambatan penanganan, kurangnya akses terhadap obat esensial, kurangnya akses transfusi darah dan produk darah yang aman, tenaga kesehatan tidak terampil atau kurangnya pelatihan dalam penanganan aktif kala III persalinan).

7. Penatalaksanaan perdarahan postpartum

Pengelolaan perdarahan *postpartum* bertujuan untuk membuat darah berhenti, mencegah komplikasi, dan mempertahankan stabilitas hemodinamik ibu. Tindakan penatalaksanaan harus dilakukan secara cepat, tepat, dan terintegrasi sesuai dengan penyebab perdarahan yang mendasari. Penilaian awal merupakan langkah pertama dalam penatalaksanaan perdarahan *postpartum*. Tenaga kesehatan melakukan evaluasi terhadap kondisi umum ibu, jumlah perdarahan, tanda-tanda vital, serta status kesadaran. Penilaian ini bertujuan untuk menentukan tingkat keparahan perdarahan dan kebutuhan tindakan segera. Stabilisasi hemodinamik dilakukan untuk mencegah terjadinya syok *hipovolemik*. Tindakan stabilisasi meliputi pemasangan akses intravena, pemberian cairan *kristaloid*, serta transfusi darah apabila diperlukan. Upaya ini bertujuan untuk menggantikan volume darah yang hilang dan mempertahankan perfusi jaringan.

Penatalaksanaan spesifik dilakukan berdasarkan penyebab perdarahan *postpartum*. Untuk perdarahan yang dikarenakan oleh *atonia uteri*, diterapkan terapi manipulasi jaringan lunak yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan pemberian uterotonika untuk merangsang kontraksi uterus. Apabila perdarahan

disebabkan oleh *retensio* plasenta, tindakan manual plasenta atau kuretase dilakukan untuk mengeluarkan sisa jaringan plasenta dari kavum uteri. Pada kasus *trauma* jalan lahir, tindakan penjahitan dilakukan untuk menghentikan perdarahan akibat robekan jaringan. Pada gangguan koagulasi, terapi korektif diberikan sesuai dengan jenis kelainan pembekuan darah.

Tindakan lanjutan dilakukan apabila perdarahan tidak dapat dikendalikan dengan penatalaksanaan awal. Tindakan tersebut meliputi penggunaan tampon uterus, ligasi pembuluh darah, atau tindakan pembedahan seperti histerektomi sebagai upaya terakhir untuk menyelamatkan nyawa ibu. Pemantauan berkelanjutan merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan perdarahan *postpartum*. Tenaga kesehatan melakukan observasi terhadap tanda vital, kontraksi uterus, jumlah perdarahan, serta respons ibu terhadap terapi yang diberikan. Pemantauan ini bertujuan untuk mendeteksi dini perdarahan berulang dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

8. Dampak perdarahan *postpartum* terhadap ibu

Perdarahan *postpartum* merupakan komplikasi obstetri yang berisiko tinggi terhadap *morbiditas* dan *mortalitas maternal*. Kehilangan darah yang banyak dalam waktu singkat dapat menimbulkan *syok hipovolemik* yang berujung pada kegagalan organ *multiple*. Kondisi ini merupakan penyebab kematian ibu yang paling cepat terjadi, bila tidak segera mendapatkan *resusitasi* cairan dan transfusi darah (Prawirohardjo, 2020).

Selain itu, perdarahan *postpartum* berdampak pada anemia pasca persalinan. Anemia ini menimbulkan kelemahan, kelelahan, pusing, dan

menurunkan daya tahan tubuh sehingga memperlambat proses pemulihan ibu serta mengurangi kualitas hidupnya (Sugiyarni dkk. 2021).

Dampak lain adalah gangguan psikologis berupa kecemasan, trauma persalinan hingga depresi *postpartum*. Hal ini berhubungan dengan pengalaman persalinan yang penuh stres dan ancaman terhadap keselamatan ibu maupun bayi. Jika tidak ditangani, gangguan psikologis dapat mempengaruhi *bonding* ibu dan bayi (Surjen, 2025).

Dalam kasus yang berat, perdarahan *postpartum* dapat menyebabkan disfungsi organ vital, seperti gagal ginjal akut dan gangguan fungsi hati akibat *hipoperfusi*. Jika perdarahan tidak segera dikendalikan, risiko kematian *maternal* meningkat signifikan (Prawirohardjo, 2020).

B. Usia Ibu

1. Pengertian usia

Menurut KBBI usia ialah rentang waktu kehidupan individu yang dihitung/ diukur dengan bentuk satuan tahun dari individu tersebut dilahirkan maupun sudah tiada. Dalam praktik kebidanan, usia ibu memiliki implikasi penting terhadap fungsi reproduksi dan kondisi fisiologis selama kehamilan serta persalinan. Berdasarkan hal tersebut, usia ibu diklasifikasikan ke dalam usia reproduksi guna mengidentifikasi kelompok usia yang aman maupun berisiko terhadap terjadinya komplikasi obstetri, termasuk perdarahan *postpartum* (Kemenkes RI., 2025).

2. Klasifikasi usia reproduksi

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2025); usia reproduksi dibagi menjadi:

- a. Usia < 20 tahun (usia remaja)
 - 1) Organ reproduksi belum matang sempurna.
 - 2) Risiko tinggi kehamilan, persalinan dan komplikasi.
- b. Usia 20–35 tahun (usia reproduksi sehat/ ideal)
 - 1) Organ reproduksi sudah matang.
 - 2) Risiko *obstetri* relatif paling rendah.
- c. Usia > 35 tahun (usia tua/ lanjut reproduksi)
 - 1) Fungsi organ reproduksi mulai menurun.
 - 2) Risiko kehamilan dan persalinan meningkat.

3. Karakteristik biologis ibu berdasarkan Usia

Umur ibu ialah salah satu determinan biologis yang bisa menentukan kondisi kesehatan selama masa mengandung, persalinan dan masa nifas. Secara biologis, usia ibu mencerminkan tingkat kematangan sistem reproduksi dan kemampuan adaptasi fisiologis tubuh terhadap proses kehamilan dan persalinan. Ibu dengan umur yang tidak mencapai 20 tahun memiliki sistem reproduksi yang belum berkembang secara optimal. Pada kelompok usia ini, organ reproduksi ibu belum mencapai kematangan anatomis dan fisiologis yang sempurna, sehingga kemampuan uterus untuk berkontraksi dan beradaptasi terhadap kehamilan relatif lebih rendah. Kondisi tersebut meningkatkan risiko komplikasi obstetri, termasuk gangguan kontraksi uterus setelah persalinan.

Ibu dengan usia 20-35 tahun termasuk kelompok yang memiliki fungsi reproduksi yang sehat. Pada kelompok usia ini, organ reproduksi ibu telah berkembang secara optimal dan fungsi fisiologis tubuh berada pada kondisi terbaik. Kemampuan uterus untuk berkontraksi dan sistem hemostasis untuk

bekerja secara efektif relatif baik, sehingga risiko terjadinya komplikasi obstetri, termasuk perdarahan *postpartum*, lebih rendah dibandingkan kelompok usia lainnya.

Ibu dengan usia lebih dari 35 tahun mengalami penurunan fungsi biologis secara bertahap. Pada usia ini, elastisitas jaringan uterus dan pembuluh darah mulai berkurang, serta kemampuan kontraksi otot polos uterus cenderung menurun. Selain itu, ibu pada kelompok usia ini lebih sering memiliki penyakit penyerta yang dapat memengaruhi proses persalinan dan masa nifas, sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi, termasuk perdarahan *postpartum*.

Perbedaan karakter biologis ibu berdasarkan usia memengaruhi respons tubuh terhadap proses persalinan dan mekanisme penghentian perdarahan setelah melahirkan. Maka dari itu, umur ibu merupakan determinan penting yang perlu diperhatikan dalam upaya pencegahan dan penatalaksanaan komplikasi obstetri.

4. Dampak usia dengan kehamilan dan persalinan

Berdasarkan pandangan Prawirohardjo (2020), hubungan umur dengan kehamilan serta masa melahirkandapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Usia < 20 tahun

- 1) Risiko: *preeklampsia*, *partus prematur*, *partus* lama, berat badan lahir rendah (BBLR), anemia, kematian ibu dan bayi lebih tinggi.
- 2) Secara psikologis, sering belum siap menjadi ibu.

b. Usia 20-35 tahun

- 1) Dinyatakan sebagai rentang usia yang optimal untuk menjalani kehamilan dan proses persalinan.
- 2) Risiko komplikasi *obstetri* paling rendah.

c. Usia > 35 tahun

Risiko meningkat: perdarahan *postpartum*, hipertensi, *preeklampsia*, diabetes *gestasional*, kelainan kromosom (misalnya *Down Syndrome*), persalinan lama, dan angka kematian ibu lebih tinggi.

5. Usia ibu sebagai faktor risiko perdarahan *postpartum*

Menurut Prawirohardjo (2020), umur ibu ialah salah satu determinan yang berpotensi menjadi pengaruh pada perdarahan pasca melahirkan. Perbedaan umur ibu memengaruhi kematangan sistem reproduksi, kemampuan kontraksi uterus, serta efektivitas mekanisme hemostasis setelah persalinan.

Ibu dengan usia di bawah 20 tahun umumnya memiliki sistem reproduksi yang belum matang secara fisiologis sehingga belum menjalankan fungsinya secara optimal. Pada kelompok usia ini, kematangan miometrium dan stabilitas hormonal belum sempurna, sehingga kemampuan uterus untuk berkontraksi setelah persalinan cenderung lebih rendah. Kondisi tersebut dapat menghambat penutupan pembuluh darah pada tempat implantasi plasenta dan memperbesar peluang munculnya *atonia uteri* yang bisa berujung pada perdarahan *postpartum* (Prawirohardjo, 2020).

Ibu dengan usia 20-35 tahun tergolong di rentang usia reproduksi sehat. Di kelompok umur ini, organ reproduksi telah mencapai kematangan anatomis dan fisiologis yang optimal, serta fungsi kontraksi uterus dan sistem hemostasis berjalan secara efektif. Keadaan ini mendukung proses involusi uterus dan penghentian perdarahan secara fisiologis, sehingga risiko terjadinya perdarahan *postpartum* relatif lebih rendah (Prawirohardjo, 2020).

Kemampuan biologis ibu yang berusia di atas 35 tahun menurun secara bertahap. Pada kelompok usia ini, elastisitas jaringan uterus dan pembuluh darah

menurun, serta kekuatan kontraksi otot polos uterus berkurang. Selain itu, ibu pada usia ini lebih sering memiliki penyakit penyerta dan riwayat persalinan multipara yang dapat memengaruhi fungsi uterus. Kondisi tersebut meningkatkan risiko gangguan kontraksi uterus dan kegagalan hemostasis setelah persalinan, sehingga meningkatkan terjadinya perdarahan pasca melahirkan (Prawirohardjo, 2020). Usia ibu ialah determinan yang memiliki risiko penting dalam terjadinya perdarahan *postpartum* melalui pengaruhnya terhadap fungsi uterus dan mekanisme hemostasis setelah persalinan (Prawirohardjo, 2020).

6. Dampak usia terhadap kejadian perdarahan *postpartum*

Menurut Prawirohardjo (2018), umur ibu ialah determinan penting yang berhubungan dengan kejadian perdarahan *postpartum*. Ibu dengan usia kurang dari 20 tahun beresiko lebih tinggi karena organ reproduksinya, terutama uterus, belum matang secara sempurna. Hal ini dapat menyebabkan kontraksi uterus setelah melahirkan menjadi kurang optimal yang dapat memperbesar kemungkinan terjadinya *atonia uteri* yang merupakan determinan utama perdarahan pasca persalinan. Di sisi lain, pada usia terlalu muda sering ditemukan persalinan lama akibat panggul yang relatif sempit atau belum berkembang sempurna. Keadaan ini dapat memicu terjadinya *trauma* pada jalan lahir. Secara *hematologi*, ibu usia muda juga rentan mengalami anemia atau komplikasi kehamilan seperti *preeklampsia*, yang dapat menimbulkan gangguan mekanisme pembekuan darah atau *thrombin*.

Sebaliknya, ibu yang berusia di atas 35 tahun juga mempunyai risiko yang jauh lebih tinggi. Pada usia ini, terjadi penurunan elastisitas otot *miometrium* sehingga kemampuan rahim untuk berkontraksi setelah persalinan melemah.

Kondisi ini berhubungan dengan meningkatnya kejadian atonia uteri. Selain itu, usia yang lebih tua juga sering berkaitan dengan kelainan plasenta, seperti plasenta *previa* atau plasenta *akreta*, yang berkorelasi dengan *retensio plasenta* atau kelainan pada pelepasan jaringan plasenta (Prawirohardjo, 2020).

Usia yang dini (< 20 tahun) ataupun usia lanjut (> 35 tahun) berhubungan dengan meningkatnya risiko perdarahan *postpartum* melalui beberapa mekanisme, antara lain ketidakmatangan organ reproduksi, anemia, kualitas *antenatal care* yang rendah pada remaja, serta penurunan elastisitas jaringan dan kontraktilitas *miometrium* pada usia lanjut. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap peningkatan risiko perdarahan *postpartum* melalui mekanisme *tissue* dan *tone* sebagai bagian dari penyebab utama perdarahan. Disamping itu, jaringan jalan lahir pada usia lanjut cenderung lebih rapuh sehingga lebih mudah mengalami robekan atau *trauma* saat persalinan. Tidak jarang juga ibu dengan usia lebih tua memiliki penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes, atau kelainan darah yang dapat menghambat proses darah membeku yang berujung memperbesar kemungkinan munculnya perdarahan karena faktor *thrombin* (Prawirohardjo, 2018). *World Health Organization* (2023) juga menekankan bahwa, kehamilan remaja dan kehamilan pada usia lanjut merupakan determinan penting dari tingginya *morbiditas* dan *mortalitas maternal* di berbagai negara.

Hasil penelitian terkini mendukung pandangan para ahli tersebut yang menemukan bahwasanya ibu yang berusia kurang dari 20 tahun dan melebihi 35 tahun lebih memiliki potensi buruk terjadinya perdarahan pasca persalinan lebih tinggi apabila dibandingkan dengan ibu yang berusia 20–35 tahun (Sangaji dkk, 2025).

Penelitian Yanti dan Lilis (2022) menemukan bahwa ibu berusia < 20 tahun dan > 35 tahun memiliki risiko mengalami perdarahan *postpartum* lebih tinggi dibandingkan ibu berusia 20-35 tahun. Penelitian Salfairah, dkk. (2025) menunjukkan terdapat korelasi yang nyata secara statistik antara umur ($p= 0,02$) dengan insiden terjadinya hemoragi setelah persalinan.

C. Paritas

1. Definisi paritas

Menurut Prawirohardjo (2020), paritas merupakan total pengalaman bersalin yang dialami oleh perempuan, dengan kriteria kelahiran janin memiliki berat badan ≥ 500 gram atau usia gestasi ≥ 20 minggu, baik dalam keadaan lahir hidup maupun lahir mati.

2. Klasifikasi paritas

Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (2019) membagi paritas menjadi beberapa kategori:

a. Nullipara

- 1) Wanita yang belum pernah melahirkan (usia kehamilan ≥ 20 minggu).
- 2) Termasuk wanita hamil pertama (*primigravida*) → jika belum melahirkan.

b. Primipara

Wanita yang pernah melahirkan satu kali janin dengan berat ≥ 500 gram atau usia ≥ 20 minggu, hidup maupun mati.

c. Multipara

Wanita yang mengalami persalinan dua hingga empat kali.

d. Grande Multipora

Wanita yang sudah bersalin lebih dari lima kali.

Menurut Prawirohardjo (2020) *grande multipara* ini berisiko tinggi mengalami komplikasi *obstetri* seperti perdarahan *postpartum*, partus lama dan *prolaps uteri*.

3. Karakteristik ibu berdasarkan paritas

Paritas merupakan karakteristik biologis ibu yang menggambarkan jumlah persalinan yang pernah dialami hingga mencapai usia kehamilan viabel. Paritas mencerminkan pengalaman reproduksi ibu serta kondisi fungsional uterus akibat kehamilan dan persalinan sebelumnya. Ibu dengan primiparitas ialah ibu yang pertama kali melahirkan. Pada kelompok ini, uterus belum pernah mengalami proses peregangan dan kontraksi berulang akibat persalinan sebelumnya, sehingga respons kontraksi uterus setelah persalinan umumnya masih baik. Namun, kurangnya pengalaman persalinan dapat meningkatkan risiko terjadinya persalinan lama atau intervensi obstetri, yang secara tidak langsung dapat memengaruhi kondisi uterus setelah persalinan (Prawirohardjo, 2018b)

Ibu dengan multiparitas merupakan ibu yang telah melahirkan dua hingga empat kali. Pada kelompok ini, uterus telah mengalami adaptasi fisiologis terhadap proses kehamilan dan persalinan sebelumnya, sehingga kemampuan kontraksi uterus setelah persalinan umumnya masih adekuat. Kondisi ini mendukung proses involusi uterus dan mekanisme hemostasis, sehingga risiko komplikasi obstetri relatif lebih rendah dibandingkan kelompok paritas lainnya.

Ibu dengan *grande multiparitas* merupakan ibu yang telah melahirkan lima kali atau lebih. Pada kelompok ini, uterus telah mengalami peregangan dan kontraksi berulang dalam jangka waktu yang panjang, sehingga elastisitas dan tonus otot uterus cenderung menurun. Penurunan kemampuan kontraksi uterus

tersebut dapat menghambat proses penutupan pembuluh darah di lokasi implantasi plasenta, sehingga meningkatkan risiko munculnya atonia uteri serta perdarahan setelah bersalin. Paritas merupakan karakteristik ibu yang berpengaruh terhadap kondisi biologis uterus dan respons fisiologis setelah persalinan, sehingga perlu diperhatikan dalam upaya pencegahan dan penatalaksanaan komplikasi obstetri (Prawirohardjo, 2018).

4. Dampak paritas dengan kehamilan dan persalinan

Menurut Prawirohardjo (2020) hubungan paritas dengan kehamilan dan persalinan adalah sebagai berikut:

- a. *Nullipara/ primipara* lebih cenderung berisiko mengalami *preeklampsia*, partus lama, *distosia*.
- b. *Multipara* (dua sampai empat kali) lebih dianggap kelompok paling aman dalam kehamilan dan persalinan.
- c. *Grande multipara* (\geq lima kali) lebih risiko tinggi komplikasi obstetri (HPP, *plasenta previa*, *atonia uteri*, anemia, persalinan macet).

Pada ibu *primipara* atau yang pertama kali melahirkan, proses persalinan sering berjalan lebih lama karena rahim, *serviks* dan jalan lahir belum pernah dilalui sebelumnya. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya partus lama yang dapat menimbulkan trauma pada jalan lahir. Selain itu, plasenta pada *primipara* biasanya menempel lebih kuat pada dinding uterus karena *endometrium* belum pernah mengalami pelepasan sebelumnya, sehingga meningkatkan risiko *retensio placenta* sebagai bagian dari faktor *tissue* (Lisnawati, 2018). Ketegangan psikologis pada ibu *primipara* juga berpengaruh terhadap lamanya proses

persalinan yang berdampak pada kontraksi rahim yang kurang efektif, sehingga faktor *tone* juga dapat terlibat (Lisnawati, 2018).

Pada *multipara* dengan jumlah anak dua sampai tiga, risiko perdarahan *postpartum* relatif lebih rendah dibanding *primipara* maupun *grande multipara*. Hal ini disebabkan karena kondisi rahim masih cukup elastis dan mampu berkontraksi dengan baik *pasca* persalinan, serta proses pelepasan *plasenta* biasanya berjalan lebih lancar (Prawirohardjo, 2020).

Berbeda halnya dengan *grande multipara*, rahim telah mengalami peregangan berulang sehingga otot *miometrium* menjadi lemah dan kehilangan elastisitasnya. Keadaan ini berpotensi memperbesar kemungkinan munculnya *atonia uteri* yang merupakan faktor utama yang memunculkan perdarahan pascapersalinan. Selain itu, *grande multipara* sering dikaitkan dengan kelainan plasenta seperti plasenta *previa* atau plasenta *akreta* akibat perubahan *endometrium* yang berulang, yang dapat meningkatkan faktor *tissue* sebagai penyebab perdarahan *postpartum* (Prawirohardjo, 2020). Jalan lahir pada *grande multipara* juga lebih longgar sehingga lebih rentan mengalami robekan atau *trauma* saat melahirkan. Tidak hanya itu, ibu dengan *paritas* tinggi cenderung lebih sering mengalami anemia atau kelainan *hemostasis* akibat kehamilan berulang, yang berhubungan dengan gangguan pembekuan darah atau *thrombin* (Prawirohardjo, 2020).

Menurut Prawirohardjo (2020) pada *grande multipara* faktor risiko yang sering muncul antara lain:

- a. Perdarahan *postpartum* (akibat *atonia uteri*).
- b. *Plasenta previa/ solusio plasenta*.

- c. Ketuban pecah dini.
- d. Persalinan lama atau macet.
- e. *Prolaps uteri* karena kelemahan otot dasar panggul.
- f. Anemia karena kehamilan berulang tanpa pemulihan cukup.

5. Paritas sebagai faktor risiko perdarahan postpartum

Paritas ialah salah satu determinan predisposisi yang berhubungan dengan insiden perdarahan pasca persalinan. Paritas mencerminkan total persalinan yang telah dialami ibu dan berkaitan dengan kondisi biologis uterus akibat kehamilan dan persalinan sebelumnya (Prawirohardjo, 2018).

Ibu dengan primiparitas umumnya memiliki uterus yang masih memiliki tonus dan elastisitas yang baik. Namun, pada kelompok ini sering terjadi persalinan lama atau intervensi obstetri, yang dapat menyebabkan kelelahan otot uterus. Kondisi tersebut dapat mengganggu kontraksi uterus setelah persalinan dan meningkatkan risiko terjadinya perdarahan *postpartum* (Prawirohardjo, 2018).

Ibu dengan multiparitas umumnya memiliki kemampuan adaptasi uterus yang masih adekuat. Pada kelompok ini, uterus telah mengalami proses peregangan dan kontraksi berulang, tetapi masih mampu mempertahankan tonus otot yang baik. Kondisi ini mendukung proses involusi uterus dan mekanisme hemostasis, sehingga risiko terjadinya perdarahan postpartum relatif lebih rendah dibandingkan kelompok paritas lainnya (Prawirohardjo, 2018).

Ibu dengan *grandemultipara* mengalami perubahan biologis uterus yang lebih nyata. Pada kelompok ini, uterus telah mengalami peregangan dan kontraksi berulang dalam jangka waktu yang panjang, sehingga elastisitas dan tonus otot uterus cenderung menurun. Penurunan kemampuan kontraksi uterus tersebut

memperbesar kemungkinan *atonia uteri*, yang menjadi determinan utama perdarahan pasca persalinan (Prawirohardjo, 2018).

Paritas ialah determinan yang memengaruhi kemampuan kontraksi uterus dan mekanisme penghentian perdarahan setelah persalinan, sehingga berperan dalam terjadinya perdarahan *postpartum* (Prawirohardjo, 2018).

6. Dampak paritas terhadap kejadian perdarahan *postpartum*

Paritas mempunyai dampak yang nyata secara statistic pada peristiwa perdarahan *postpartum* melalui pengaruhnya terhadap kondisi biologis dan fungsional uterus. Jumlah persalinan yang pernah dialami ibu memengaruhi kemampuan uterus untuk berkontraksi dan mempertahankan tonus otot setelah persalinan (Lisnawati, 2018).

Pada ibu dengan primiparitas, uterus umumnya masih memiliki elastisitas dan tonus otot yang baik. Namun, kurangnya pengalaman persalinan sering berhubungan dengan persalinan lama atau tindakan obstetri, yang dapat menyebabkan kelelahan miometrium. Kondisi tersebut berdampak pada menurunnya kekuatan kontraksi uterus setelah persalinan dan meningkatkan risiko terjadinya perdarahan *postpartum* (Lisnawati, 2018).

Pada ibu dengan multiparitas, uterus telah mengalami adaptasi fisiologis terhadap proses kehamilan dan persalinan sebelumnya. Adaptasi ini memungkinkan uterus untuk berkontraksi secara lebih efektif setelah persalinan, sehingga proses *invulusi* uterus dan mekanisme hemostasis dapat berlangsung dengan baik. Oleh karena itu, risiko perdarahan *postpartum* pada kelompok *multipara* relatif lebih rendah dibandingkan kelompok paritas lainnya (Lisnawati, 2018).

Pada ibu dengan *grande multipara*, uterus mengalami peregangan dan kontraksi berulang pada periode waktu yang panjang. Situasi ini akan berakibat pada penurunan elastisitas dan tonus otot uterus, sehingga kemampuan kontraksi uterus setelah persalinan menjadi berkurang. Penurunan kontraksi tersebut berdampak pada kegagalan penutupan pembuluh darah pada tempat implantasi plasenta dan bertambah peluang munculnya atonia uteri yang berujung pada hemoragi setelah melahirkan (Lisnawati, 2018).

Paritas berdampak langsung terhadap risiko terjadinya perdarahan *postpartum* melalui perubahan struktur dan fungsi uterus akibat kehamilan dan persalinan yang berulang (Lisnawati, 2018).

Hasil penelitian mendukung pandangan para ahli tersebut yang menemukan bahwa paritas dengan *primipara* dan *grande multipara* memiliki risiko perdarahan *postpartum* lebih tinggi dibanding *multipara* (Wulandari, 2018). Hasil penelitian Pradana & Asshidiq, (2021) menemukan korelasi paritas dengan insiden perdarahan pasca persalinan, ibu *primipara* dan *grande multipara* ialah kategori dengan tingkat kerentanan lebih tinggi terhadap perdarahan pascapersalinan dibandingkan *multipara*.