

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Karakteristik Subyek

Usia ibu adalah salah satu faktor yang berkaitan dengan kualitas kehamilan dan tingkat kematangan alat reproduksi dalam persiapan persalinan. Ibu yang berusia < 20 tahun, memiliki alat-alat reproduksi yang belum matang sempurna sehingga dapat menimbulkan beberapa komplikasi persalinan, sedangkan pada ibu yang berusia > 35 tahun dapat berisiko pada kehamilan karena mulai terjadi regresi sel-sel tubuh terutama sel penyusun endometrium. Wanita yang memiliki usia > 35 tahun selain memiliki fisik yang mulai melemah tetapi juga karena muncul berbagai risiko kesehatan seperti darah tinggi, diabetes dan penyakit lain. Dalam penelitian ini, usia ibu yang dijadikan subjek penelitian didominasi oleh ibu yang memiliki usia sehat yaitu usia 20 - 35 tahun yaitu sebanyak 35 ibu. ^{48, 49}

Pada penelitian ini, seluruh subjek adalah ibu bersalin yang cukup bulan (aterm) sehingga tidak ada prematuritas atau kelebihan bulan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marwa, A.W et al pada tahun 2017, menyatakan bahwa usia kehamilan aterm (cukup bulan) dapat berpengaruh pada proses persalinan. Usia kehamilan dikatakan cukup bulan atau aterm yaitu 37 - 42 minggu. Bila ibu memiliki usia kehamilan < 37 minggu (prematurn) maka dapat berdampak trauma pada ibu dan bisa menyebabkan terjadinya berat badan lahir rendah (BBLR), sedangkan usia kehamilan > 42 minggu memiliki risiko yang tinggi terhadap bayi. ⁵⁰

5.2 Durasi kala II persalinan

Kala II dimulai saat pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Kala II yang memanjang terjadi apabila durasi

kala II persalinan lebih dari 120 menit pada ibu bersalin primigravida dan lebih dari 60 menit pada ibu bersalin multigravida. ⁵¹

Beberapa penelitian observasional telah mengamati terdapat peningkatan komplikasi pada ibu yang berhubungan dengan kala II yang memanjang seperti penggunaan metode persalinan operatif, laserasi perineum derajat ketiga/keempat, persalinan caesar, retensi urin, perdarahan postpartum dan korioamnionitis, serta peningkatan komplikasi pada neonatus seperti kejang, sepsis dan peningkatan kejadian mortalitas. ^{52,53,54}

Durasi kala II persalinan ibu bersalin dalam penelitian ini rata-rata 19,75 menit pada 8 subjek ibu bersalin primigravida sedangkan pada 30 subjek ibu bersalin multigravida memiliki durasi kala II rata-rata adalah 21,67 menit. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Shedmake PV pada tahun 2021 menyatakan bahwa durasi persalinan pada ibu primigravida relatif lebih lama yaitu 35 - 36 menit dibandingkan dengan ibu bersalin multigravida yaitu 21,7 menit. ⁵⁵

5.2 Volume darah selama persalinan

Perdarahan postpartum didefinisikan oleh WHO sebagai kehilangan darah sebesar 500 ml atau lebih dalam 24 jam setelah persalinan normal atau > 1000 ml setelah persalinan *caesar*. Saat ini, tidak ada standar klinis yang bisa digunakan untuk memperkirakan jumlah perdarahan selama persalinan. Kurangnya pengukuran kehilangan darah yang tepat dapat menyebabkan keterlambatan dalam penanganan perdarahan postpartum dan komplikasi yang terjadi setelahnya. Menghitung volume darah selama persalinan dapat dilakukan dengan berbagai cara. SF, Bell dalam penelitiannya pada tahun 2020 menghitung volume darah persalinan secara kuantitatif / *Quantitative Blood Loss (QBL)* menggunakan teknik gravimetrik dan volumetrik sedangkan penelitian yang dilakukan oleh R, Brun pada tahun 2019 menyatakan bahwa kehilangan darah setelah persalinan dapat dihitung menggunakan metode kuantitatif yang disebut sebagai *estimated blood loss (EBL)* atau penghitungan volume darah dengan cara estimasi visual. Akurasi perhitungan kehilangan darah selama persalinan ditulis oleh schorn et al

dalam penelitiannya yaitu menggunakan fotospektometri. Foto Spektrometri dianggap sebagai metode yang paling tepat akan tetapi biayanya yang terlalu mahal dan terlalu rumit untuk penggunaan sehari-hari di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) seperti klinik atau puskesmas. ^{56,57}

Pada penelitian ini volume darah dihitung secara visual estimasi yaitu dengan membandingkan *underpads* dan kasa yang digunakan selama persalinan dengan gambar referensi *underpads* dan kasa. Pada penelitian ini, volume darah rata-rata untuk ibu bersalin primigravida adalah 291,6 ml sedangkan rata-rata volume darah pada ibu bersalin multigravida adalah 263,8 ml.⁶³

5.3 Hubungan Durasi kala II dengan Volume Perdarahan

Perdarahan post partum adalah kehilangan darah > 500 ml pada ibu bersalin dengan persalinan normal dan > 1000 ml pada ibu bersalin dengan persalinan caesar. Penyebab utama perdarahan post partum adalah atonia uteri, retensio jaringan, terdapat lesi pada jalur lahir dan gangguan koagulasi. Atonia uteri adalah penyebab paling besar pada perdarahan post partum yaitu sebesar 80%. Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan atonia uteri yaitu overdistensi uterus, infeksi intra amnion, penggunaan relaksan uterus, dan distensi kandung kemih. Namun, hipotesis yang paling memungkinkan terjadinya atonia uteri adalah kelelahan otot selama kelahiran dengan durasi yang sangat lama sehingga membuat kontraktilitas uterus menurun. ^{58,59}

Kala II yang memanjang merupakan salah satu faktor risiko penting terjadinya perdarahan post partum. Beberapa penelitian sebelumnya telah melaporkan bahwa terdapat hubungan antara kala II yang memanjang dan perdarahan post partum. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Perinatol (2017), menyatakan bahwa ibu dengan perdarahan post partum memiliki kala I dan kala II yang lebih panjang dibandingkan ibu yang tanpa perdarahan post partum. Saunders et al dalam penelitiannya melaporkan bahwa jumlah perdarahan post partum pada ibu yang memiliki durasi kala II lebih dari 2 jam lebih banyak daripada ibu yang memiliki durasi kala II kurang dari 2 jam. ⁶⁰

Berdasarkan tabel 4.7 dan tabel 4.8 dapat dilihat terdapat hubungan yang signifikan antara durasi persalinan kala II dengan volume perdarahan pada ibu bersalin di Kabupaten Sumba Tengah dilihat dari nilai r yang semakin mendekati 1 yaitu $r = 0,734$ untuk sampel ibu primigravida dan $r = 0,855$ untuk sampel ibu multigravida. Hal ini menunjukkan bahwa semakin lama durasi persalinan kala II (yang dihitung dalam menit) maka semakin meningkat juga volume darah yang dihasilkan selama persalinan (yang dihitung dalam satuan volume).

Pada gambar 4.1 dan gambar 4.2 didapatkan bahwa peningkatan durasi persalinan kala II pada ibu bersalin primigravida dan multigravida sebanding dengan peningkatan volume darah selama persalinan. Hal ini dapat dilihat pada gambar 4.1 dimana ibu primigravida dengan durasi persalinan kala II 30 menit memiliki volume darah 300 ml dibandingkan dengan ibu bersalin primigravida yang dengan durasi kala II 15 menit yang memiliki volume darah 200 ml. Akan tetapi pada tabel tersebut, dinyatakan bahwa ibu bersalin dengan durasi kala II 46 menit memiliki volume darah yang lebih sedikit dibandingkan dengan ibu bersalin dengan durasi kala II 30 menit. Hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti usia ibu, usia kehamilan dan paritas. Sedangkan pada gambar 4.2 dapat dilihat bahwa peningkatan durasi kala II ibu multigravida sebanding dengan peningkatan volume darah selama persalinan, meskipun pada gambar tersebut terdapat variasi volume darah pada durasi kala II yang sama, hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan karakteristik tiap responden dan tenaga kesehatan (bidan) yang dapat mempengaruhi volume darah selama persalinan.

Berdasarkan kurva ROC pada gambar 4.3 untuk sampel ibu bersalin primigravida dan gambar 4.5 untuk sampel ibu bersalin multigravida didapatkan area kurva yang cukup luas yaitu 0,932 (primigravida) dan 0,917 (multigravida). Nilai ini mendekati 1 sehingga dapat diinterpretasikan bahwa hubungan durasi persalinan kala II terhadap volume perdarahan selama persalinan cukup signifikan baik pada sampel ibu bersalin primigravida maupun pada ibu bersalin multigravida.

Berdasarkan tabel 4.9 dan gambar 4.7 didapatkan *cut off point* hubungan durasi persalinan kala II dengan volume perdarahan selama persalinan pada

sampel ibu bersalin multigravida sebesar 17,5 dengan nilai sensitivitas sebesar 0,941 dan nilai spesifisitas sebesar 0,769. Nilai ini diinterpretasikan bahwa dari 100 orang ibu bersalin multigravida dengan durasi kala II yaitu 17,5 menit memiliki risiko perdarahan yang lebih banyak dengan sensitivitas sebesar 94,1 % dan spesifisitas sebesar 76,9 %. Oleh karena itu pada waktu ini tenaga kesehatan sudah harus melakukan persiapan untuk mencegah terjadinya peningkatan volume darah yang besar.

Sedangkan pada tabel 4.8 didapatkan *cut off point* hubungan durasi persalinan kala II dengan volume perdarahan selama persalinan pada sampel ibu bersalin primigravida sebesar 13,5 dengan nilai sensitivitas 0,667 dan nilai spesifisitas sebesar 1. Nilai ini diinterpretasikan bahwa dari 100 orang ibu bersalin primigravida dengan durasi kala II 13,5 menit memiliki risiko perdarahan lebih besar dengan nilai sensitivitas sebesar 66,7 % dan nilai spesifisitas sebesar 100 %. Oleh karena itu pada waktu ini tenaga kesehatan sudah harus melakukan manajemen kala II sehingga tidak terjadi peningkatan volume darah yang besar.

Persiapan yang dilakukan dapat berupa persiapan pemberian uterotonika atau drip oksitosin, metilergonovin, carboprost dan misoprostol setelah plasenta lahir. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Stensballe et al pada tahun 2019 bahwa pemberian oksitosin merupakan cara yang efektif untuk mencegah terjadinya perdarahan post partum, dalam penelitiannya dijelaskan bahwa pemberian oksitosin secara intravena saat kala III persalinan berkaitan dengan penurunan kejadian perdarahan post partum dibandingkan pemberian oksitosin secara intramuskular. Selain itu, dapat dengan memberikan ibu minuman manis agar terdapat glukosa yang cukup yang bisa digunakan ibu untuk kontraksi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Pascawati et al (2019) menjelaskan bahwa ibu bersalin yang mengonsumsi karbohidrat tinggi akan meningkatkan energi ibu selama persalinan. Energi ini diperlukan untuk kontraksi otot-otot uterus dan otot dasar panggul.^{61,61}

Persiapan lain yang bisa dilakukan adalah dengan menghubungi pihak pusat rujukan untuk persiapan rujukan, hal ini dikarenakan puskesmas di Kabupaten Sumba Tengah memiliki jarak yang cukup jauh dari pusat rujukan

(Rumah Sakit) sehingga dalam melakukan rujukan tidak harus menunggu kala II yang lama. Selain itu, juga bisa dengan mengambil sampel darah untuk memeriksa golongan darah dan menyiapkan darah yang sesuai. Persiapan ini dilakukan jika terjadi peningkatan kehilangan darah yang signifikan.

