ANGKA KEJADIAN HEMORRHAGIC POSTPARTUM BERDASARKAN FAKTOR ETIOLOGI DAN RISIKO DI RSMP PERIODE 1 JULI 2011-30 JUNI 2012

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
sarjana kedokteran (S.Ked)

Oleh :
ARNIDA
702009035

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

2013

HALAMAN PENGESAHAN

ANGKA KEJADIAN HEMORRHAGIC POSTPARTUM BERDASARKAN FAKTOR ETIOLOGI DAN RISIKO DI RSMP PERIODE 1 JULI 2011-30 JUNI 2012

Dipersiapkan dan disusun oleh

ARNIDA

NIM : 702009035

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada Tanggal 25 mei 2013

Menyetujui :

dr. Safyuddin, M.Biomed
Pembimbing Pertama

Trisnawati, S.Si, M.Kes
Pembimbing Kedua

Dekan
Fakultas Kedokteran

Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK,Sp.And
NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002 064 803

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universita Muhammadiyah Palembang maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, Mei 2013

Yang membuat pernyataan

METERAI TEMPEL

D4908ABF369077300

ENAM RIBU RUPIAH

6000 DJP

(Arnida)

NIM. 702009035

MOTTO

Hal terindah yang dapat kita alami adalah misteri. Misteri adalah sumber semua seni sejati dan semua ilmu pengetahuan (Albert Einstein)

Janganlah melihat masa kedepan dengan mata buta ! masa yang lampau adalah berguna sekali untuk menjadi kaca bengala dari pada masa yang akan datang. (Bung Soekarno)

Hidup ini penuh perjuangan, orang yang siap berjuang sampai titik terakhir maka ialah yang akan menjadi pemenang (Arnida)

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap syukur alhamdulillah, kupersembahkan karya kecilku ini untuk orang-orang yang kusayangi :

Kedua orang tua ku (Abului & Baina), motivator terbesar dalam hidupku yang tak pernah jemu mendo'akan dan menyayangiku, atas semua pengorbanan dan kesabaran mengantarku sampai kini. Tak pernah cukup ku membalas cinta kalian berdua.

Untuk kakak dan adikku (Habibi, Supika, Kodrat, dan Ardodi)
Kalian saudara terbaikku

Untuk sahabat tercinta Resdiana (enggup), Dewi agustina (tini), Tri Wahyu Ningsi (ning), Otchi Putri Wijaya (OPW), Agis Mira Dewi dan adikku tersayang Santhy Annisa.

Untuk teman-teman seperjuangan angkatan 2009, tetap semangat karena perjuangan kita belum usai

Untuk adik-adik angkatan 2011 saya ucapkan terimakasih, bersama kalian memberi saya warna baru dalam menempuh pedidikan di FK UMP ini dan tetap semangat dan berjuang

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, MEI 2013
ARNIDA

ANGKA KEJADIAN HEMORRHAGIC POSTPARTUM BERDASARKAN FAKTOR ETIOLOGI DAN RISIKO DI RSMP PERIODE 1 JULI 2011-30 JUNI 2012
x + 42 halaman + 9 tabel

ABSTRAK

Penyebab tertinggi dari kematian ibu adalah perdarahan, terutama *hemorrhagic postpartum*. Apabila terjadi perdarahan yang berlebihan harus dicari etiologi yang spesifik. Atonia uteri, retensio plasenta, (termasuk plasenta akreta dan variannya), sisa plasenta, dan laserasi traktus genitalia merupakan penyebab sebagian besar *hemorrhagic postpartum*. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui angka kejadian dan distribusi *hemorrhagic postpartum* berdasarkan faktor etiologi dan risiko di RSMP periode 1 juli 2011-30 Juni 2012. Penelitian ini merupakan studi observasional dengan desain deskriptif. Populasi adalah semua ibu yang bersalin disertai *hemorrhagic postpartum.* Sampel dalam penelitian ini sebanyak 52 orang didapat dengan cara total sampling. Hasil penelitian menunjukan bahwa angka kejadian *hemorrhagic postpartum* sebanyak 52 kasus. 22 kasus tercatat dari 1 Juli-31 Desember 2011 dan 30 kasus tercatat dari 1 Januari-30 Juli 2012. Berdasarkan etiologi, terbanyak terjadi karena retensio plasenta (50,0%), sedangkan berdasarkan usia ibu (69,2%) yang berusia 20-35 tahun. Kejadian *hemorrhagic postpartum* berdasarkan paritas (48,1%) paritas primipara, berdasarkan pendidikan terakhir ibu sebesar (61,5%) berpendidikan SMA dan keatas, berdasarkan faktor sosial ekonomi (28,9%) membayar dengan jampersal. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa masih banyak ibu yang melahirkan dengan *hemorrhagic postpartum,* terutama disebabkan oleh retensio plasenta serta faktor risiko dengan sosial ekonomi menengah kebawah.

Kata kunci : *hemorrhagic postpartum, etiologi dan risiko*

MUHAMMADIYAH UNIVERSITY PALEMBANG
Faculty of Medical Science

ESSAY, MAY 2013
ARNIDA

The Prevalence of Hemorraghic Postpartum with Etiology and Risk Factors at Muhammadiyah Hospital of Palembang, Period 1st July 2011-30th June 2012
x + 42 pages + 9 tables

ABSTRACT

Highest cause of maternal death is hemorrhage, particularly hemorrhagic postpartum. In the event of excessive bleeding to look for a specific etiology. Uterine atony, retained placenta, (including placenta accreta and its variants), retained placenta, and lacerations of the genital tract is the cause of most of the hemorrhagic postpartum. The purpose of this research is to know prevalence and distribution on etiology and risk factors in postpartum hemorrhagic at RSMP period 1 July 2011-30 June 2012. This research is an observational study with a descriptive design. Populations are all birthing mothers with postpartum hemorrhagic. Samples in this study were 52 people in total can be by way of sampling. The results of this research showed that the prevalence of postpartum hemorrhagic many as 52 cases. 22 cases are from 1 July to 31 December 2011 and 30 cases from January 1 to July 30 2012. Most prevalence postpartum hemorrhagic etiology is based on retained placenta (50.0%), based parity and on the age of the mother (69.2%) aged 20-35 years, by education (61.5%) had high school and above, based on social economy (28,9%) pay with jampersal. Based on the results of the study it can be concluded that there are many mother give birth with postpartum hemorrhagic, primarily due to retained placenta and socio-economic risk factors with the middle-lower class.

Keywords: postpartum hemorrhagic, etiology and risk

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah Swt karena atas rahmat dan karunia-Nya skripsi ini dapat selesai dengan baik dan tepat pada waktunya. Skripsi ini berjudul "Angka Kejadian Hemorrhagic Postpartum Berdasarkan Faktor Etiologi dan Risiko di RSMP Periode 1 Juli 2011-30 Juni 2012". Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked).

Terimakasih kepada dr. Safyuddin, M.Biomed selaku pembimbing 1 dan dr. Patricia Wulandari, Trisnawati, S.Si, M.Kes selaku pembimbing II serta dr. Achmad azhari, DAHK dan dr. Siti Hildani Thaib sebagai penguji yang telah meluangkan waktunya, membimbing dan memberi masukan yang sangat membantu dalam penyusunan skripsi, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu, ucapan terimakasih juga disampaikan kepada yang terhormat :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
2. Dosen serta staf Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
3. Kedua orang tua tercinta yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materil yang tiada ternilai.
4. Teman-teman angkatan 2009 yang telah memberiku warna dalam hidup dan motivasi untuk terus maju.
5. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis sangat menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam skripsi ini. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan di masa yang akan datang.

Semoga skripsi ini dapat memberi manfaat dan berguna bagi kita semua.

Palembang, Mei 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PENGESAHAN i
HALAMAN PERNYATAAN ii
MOTO DAN PERSEMBAHAN iii
ABSTRAK iv
ABSTRACT v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL ix
DAFTAR LAMPIRAN x
BAB 1 PENDAHULUAN
1.1. Latar Belakang 1
1.2. Rumusan Masalah 3
1.3. Tujuan Penelitian 3
1.3.1. Tujuan Umum 3
1.3.2. Tujuan khusus 3
1.4. Manfaat Penelitian 3
1.4.1. Teoritis 3
1.4.2. Praktis 4
1.5. Keaslian Penelitian 4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
2.1. Landasan Teori 5
2.1.1. Definisi 5
2.1.2. Fisiologi Persalinan Normal 6
2.1.3. Klasifikasi Klinis 10
2.1.4. Epidemiologi 10
2.1.5 Etiologi 12
2.1.6. Faktor Risiko 15
2.1.7. Diagnosis 21

2.1.8. Penatalaksanaan 23
2.2. Kerangka Teori 25
BAB III METODE PENELITIAN
3.1. Jenis Penelitian 26
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian 26
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian 26
3.3.1. Populasi 26
3.3.2. Sampel 26
3.4. Variabel Penelitian 27
3.5. Definisi Operasional 27
3.5.1. *Hemorrhagic postpartum*(HPP) 27
3.5.2. Usia ibu 27
3.5.3. Paritas 28
3.5.4. Pendidikan 28
3.5.5. Sosial ekonomi 28
3.5.6. Atonia uteri 29
3.5.7. Laserasi jalan lahir 29
3.5.8. Retensio plasenta 29
3.5.9. Sisa plasenta 29
3.5.10.Inversio uterus 30
3.5.11.Kelainan pembekuan darah 30
3.6. Cara Pengumpulan Data 30
3.7. Cara Pengelolaan dan Analisis Data 30
3.8. Alur Penelitian 31
3.9.Rancangan/ Jadwal Penelitian 32
3.10. Anggaran 33
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 34
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 42
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN
BIODATA RINGKASAN ATAU RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kematian Ibu yang Disebabkan oleh PPP.....11

Tabel 2. Kegiatan.....32

Tabel 3. Anggaran.....33

Tabel 4. Angka Kejadian *Hemorrhagic Postpartum*.....34

Tabel 5. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Etiologi.....35

Tabel 6. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Usia Ibu.....35

Tabel 7. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Paritas.....36

Tabel 8. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Pendidikan.....37

Tabel 9. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Faktor Sosial Ekonomi.....37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Keaslian penelitian dari penelitian sebelumnya

Lampiran 2. Data rekapitulasi pasien HPP

Lampiran 3. *Check list* penelitian

Lampiran 4. Gambar pengambilan data rekam medik di RSMP

Lampiran 5. Surat bukti selesai penelitian

Lampiran 6. Surat izin mengambil data awal

Lampiran 7. Data awal pasien HPP

Lampiran 8. Kartu aktivitas bimbingan skripsi

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hemorrhagic postpartum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. *Hemorrhagic postpartum* merupakan perdarahan yang masif yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan pada jalan lahir dan jaringan sekitarnya dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu disamping perdarahan karena hamil ektopik dan abortus (Prawirohardjo, 2010).

Perdarahan yang menimbulkan kematian bukanlah perdarahan sekaligus dalam jumlah banyak tetapi justru perdarahan terus-menerus yang terjadi sedikit demi sedikit. Konsekuensi perdarahan yang berlebihan dari tempat implantasi plasenta, trauma di traktus genitalia, dan struktur sekitarnya atau keduanya. Dengan demikian, *hemorrhagic postpartum* merupakan penjelasan suatu kejadian, dan bukan diagnosis (Cunningham, 2006).

Penyebab tertinggi dari kematian ibu adalah perdarahan, terutama *hemorrhagic postpartum* (Potts, 2006). Apabila terjadi perdarahan yang berlebihan harus dicari etiologi yang spesifik. Atonia uteri, retensio plasenta, (termasuk plasenta akreta dan variannya), sisa plasenta, dan laserasi traktus genitalia merupakan penyebab sebagian besar *hemorrhagic postpartum* (Cunningham, 2006).

Salah satu masalah dalam bidang Obstetri dan Ginekologi adalah perdarahan. Walaupun angka kematian maternal telah mengalami penurunan yang bearti, dengan adanya berbagai pemeriksaan dan perawatan selama kehamilan dan setelah persalinan di Rumah Sakit serta dengan adanya fasilitas transfusi darah, namun kematian ibu akibat perdarahan masih tetap merupakan faktor utama dalam kematian maternal (Khoman, 1992).

Hemorrhagic postpartum yang tidak ditanggulangi menyebabkan berbagai komplikasi, yaitu anemia yang berkelanjutan, infeksi puerperium, terjadi nekrosis hipofisis anterior dan sindrom sheehan, menurunnya berat badan sampai *cachexia*, dan pada akhirnya jika keadaan ini bertambah berat tanpa adanya penanganan

yang tepat dan cepat ibu akan jatuh dalam keadaan koma dan akhirnya meninggal (Manuaba, 1999).

Di beberapa negara berkembang, di antaranya memiliki angka kematian ibu (AKI) lebih dari 1000 wanita per 100.000 kelahiran hidup, dan statistik WHO memperkirakan bahwa 25% dari kematian ibu di dunia disebabkan oleh *hemorrhagic postpartum*, dan terdapat 140.000 kematian maternal per tahun atau 1 wanita meninggal setiap 4 menit (Abouzahr, 1998).

Angka Kematian Ibu (AKI) menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2002-2003 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini masih jauh dengan target yang ingin dicapai secara nasional di tahun 2010 yaitu 125 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2005).

Di Indonesia, sebagian besar persalinan terjadi tidak di rumah sakit, sehingga sering pasien yang bersalin diluar rumah sakit mengalami *hemorrhagic postpartum* dan terlambat sampai ke rumah sakit, saat datang keadaan umum/hemodinamiknya sudah memburuk, akibatnya mortalitas tinggi. Kematian ibu di Indonesia adalah 650 ibu tiap 100.000 kelahiran hidup dan 43% dari angka tersebut disebabkan oleh *hemorrhagic postpartum* (Depkes RI, 2002).

Berdasarkan penelitian sebelumnya pada tahun 2012, angka kejadian *hemorrhagic postpartum* di Rumah Sakit Mohammad Hoesin mencapai 88 kasus dari total 5197 persalinan (Rizky, 2012). Sedangkan untuk RSMP peneliti belum menemukan angka kejadian *hemorrhagic postpartum* pada peneliti sebelumnya.

Seksi Kesra Bidang Yankes Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Selatan mencatat sebanyak 43 kasus *hemorrhagic postpartum* di Sumatra Selatan pada tahun 2008. Angka ini mengalami peningkatan menjadi 62 kasus pada tahun 2009. Hal ini menunjukan adanya peningkatan angka kejadian *hemorrhagic postpartum* di Sumatra Selatan (Dinkes Sumsel, 2010).

Dari data tersebut menunjukkan bahwa kasus *hemorrhagic postpartum* cenderung meningkat. Berdasarkan fakta diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang angka kejadian *hemorrhagic postpartum* berdasarkan faktor etiologi dan risiko di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang (RSMP) periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Berapa angka kejadian *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012 ?

1.2.2 Bagaimana distribusi *hemorrhagic postpartum* berdasarkan faktor etiologi dan risiko di RSMP periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012 ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

1. Mengetahui angka kejadian *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012.
2. Mengetahui distribusi *hemorrhagic postpartum* berdasarkan faktor etiologi dan risiko di RSMP periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi angka kejadian *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode 1 Juli 2011-30 Juni 2012.
2. Mengidentifikasi apakah ada peningkatan angka kejadian *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012.
3. Mengidentifikasi distribusi *hemorrhagic postpartum* berdasarkan faktor etiologi dan risiko di RSMP periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

1. Memberi informasi mengenai angka kejadian *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012.
2. Memberi informasi mengenai faktor etiologi dan risiko apa saja yang paling sering terjadi pada *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode1 Juli 2011 – 30 Juni 2012.
3. Sebagai bahan rujukan atau referensi untuk peneliti selanjutnya.

1.4.2 Praktis

Menambah pengetahuan mengenai angka kejadian *hemorrhagic postpartum* berdasarkan faktor etiologi dan risiko dan dapat bermanfaat setelah terjun langsung ke masyarakat dalam memberi informasi mengenai *hemorrhagic postpartum.*

1.5 Keaslian Penelitian

Berdasarkan hasil penelusuran dari beberapa penelitian yang ada, di jumpai penelitian terdahulu yang berhubungan dengan angka kejadian *hemorrhagic postpartum* pada lampiran.

Penelitian yang akan di lakukan ini sama dengan penelitian yang sudah ada sebelumnya. Penelitian mengunakan desain deskriptif, tapi yang membedakanya adalah tahun penelitian, populasi yang akan diteliti juga berada di rumah sakit yang berbeda yaitu Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang serta ada sedikit perbedaan judul dimana peneliti sebelumnya yaitu "kejadian *hemorrhagic postpartum* berdasarkan etiologi", tidak disertakan dengan faktor risiko.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Definisi *Hemorrhagic Postpartum*

Hemorrhagic postpartum adalah hilangnya 500 ml atau lebih darah setelah kala tiga persalinan selesai (Cunningham, 2006)

Hemorrhagic postpartum merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Mochtar, 1995).

Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan pengeluaran plasenta berakhir dengan kala VI. Perdarahan pasca melahirkan terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2002).

Proses persalinan terdiri dari empat kala (Mochtar, 1998), yaitu :

Kala I : Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm.

Kala II : Kala pengeluaran janin, waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengedan mendorong janin keluar hingga lahir.

Kala III : Waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri

Kala IV : Mulai dari lahirnya uri sampai 1-2 jam.

2.1.2 Fisiologi Persalinan Normal

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998).

Berdasarkan definisi di atas persalinan mempunyai beberapa macam yaitu :

a. Persalinan spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan buatan

Bila persalinan proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

c. Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

Terdapat beberapa istilah yang berkaitan dengan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan yaitu abortus dimana terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, umur hamil sebelum 28 minggu, berat janin kurang dari 1000 gr. Persalinan prematuritas yaitu persalinan sebelum umur hamil 28 sampai 36 minggu, berat janin kurang dari 2500 gr, persalinan aterm, persalinan antara umur hamil 37 sampai 42 minggu, berat janin diatas 2500 gr. Persalinan serotinus yaitu persalinan melampaui umur hamil 42 minggu, pada janin terdapat tanda postmaturitas, persalinan presipitatus, persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Manuaba, 1998).

Istilah-istilah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan yaitu :

1. Gravida : wanita yang sedang hamil
2. Primigravida : wanita yang hamil untuk pertama kali
3. Multigravida : wanita yang telah hamil sedikitnya dua kali.
4. Para : wanita yang pernah melahirkan bayi aterm
5. Primipara : wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali.

6. Multipara (pleuripara) : wanita yang telah pernah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali
7. Grandemultipara : wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali

Pada persalinan terdapat beberapa tanda dan gejala persalinan, yaitu kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu pengeluaran lendir, lendir bercampur darah, dapat disertai ketuban pecah. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks dimana terjadi perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks.

Adapun faktor-faktor penting dalam persalinan, yaitu :

1. *Power* : his (kontraksi otot rahim), kontraksi otot dinding rahim, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, ketegangan dan kontraksi ligamentum retudum.
2. *Pasanger* : janin dan plasenta.
3. *passage* : jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

Fase-fase persalinan normal pada kehamilan di tandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Banyak energi yang di keluarkan pada saat melahirkan. Oleh karena itu, pengunaan istilah *in labor* (kerja keras) dimaksudkan untuk mengambarkan proses ini. Kontraksi miometrium pada persalinan terasa nyeri sehingga istilah nyeri persalinan digunakan untuk mendeskripsikan proses ini (Prawirohardjo, 2010).

Dalam persalinan ada beberapa perubahan pola persalinan (Prawirohardjo, 2010), yaitu :

a. Pola dilatasi serviks

Dalam risalahnya tentang persalinan; menyatakan bahwa; ciri-ciri klinis kontraksi uterus yaitu, frekuensi, intensitas, dan durasi, tidak dapat di andalkan sebagai ukuran kemajuan persalinan dan sebagai indeks normalitas persalinan. Dua fase dilatasi serviks adalah fase laten dan fase aktif. Fase aktif

dibagi lagi menjadi fase-fase akselerasi, fase lereng maksimum, fase deselerasi. Lamanya fase laten bervariasi dan rentan terhadap perubahan oleh faktor-faktor luar, dan oleh sedasi (pemanjangan fase laten). Lamanya fase laten kecil hubungannya dengan perjalan proses persalinan berikutnya, sementara ciri-ciri fase akselerasi biasanya mempunyai nilai prediktif yang lebih besar terhadap hasil akhir persalinan tersebut. Setelah dilalatasi serviks lengkap, kala II persalinan mulai; sesudah itu, hanya progesivitas turunnya bagian terbawah janin merupakan satu-satunya alat ukur yang tersedia untuk menilai kemajuan persalinan.

b. Pola penurunan janin

Pada banyak nulipara, masuknya bagian kepala janin ke pintu atas panggul telah tercapai sebelum persalinan mulai, dan penurunan janin lebih jauh tidak akan terjadi sampai awal persalinan. Sementara itu, pada multipara masuknya kepala janin ke pintu atas panggul mula-mula tidak begitu sempurna, penurunan lebih jauh akan terjadi pada kala satu persalinan. Dalam pola penurunan pada persalinan normal, terbentuknya kurva hiperbolik yang khas ketika *station* kepala janin di plot pada suatu fungsi durasi persalinan. Dalam pola penurunan aktif biasanya terjadi setelah dilatasi serviks sudah maju untuk beberapa lama. Pada nulipara, kecepatan turun biasanya bertambah cepat selama fase lereng maksimum dilatasi serviks. Pada waktu ini, kecepatan turun bertambah sampai maksimum, dan laju penurunan maksimal ini di pertahankan sampai bagian terbawah janin mencapai dasar perineum (Friedman, 1978 *dalam* Prawirohardjo, 2010).

c. Kriteria persalinan normal

Kriteria yang akan memberikan batasan-batasan persalinan normal, sehingga kelainan-kelainan persalinan yang signifikan dapat segera di identifikasi. Tiga konsep bagian fungsional persalinan yaitu persiapan, dilatasi, dan pelvik. (Friedman 1978, *dalam* Prawirohardjo, 2010) menemukan bahwa bagian persiapan dalam persalinan mungkin sensitif terhadp sedasi dan analgesi konduksi.

d. Ketuban pecah

Pecah ketuban secara spontan paling sering terjadi sewaktu-waktu pada persalinan aktif. Pecah ketuban secara khas tampak jelas sebagai semburan cairan yang normalnya jernih atau sedikit keruh, hampir tidak berwarna dengan jumlah yang bervariasi. Selaput ketuban masih utuh sampai bayi lahir lebih jarang ditemukan.

e. Pelepasan plasenta

Kala tiga persalinan dimulai setelah kelahiran janin dan melibatkan pelepasan dan ekspulsi plasenta. Setelah kelahiran plasenta dan selaput janin, persalinan aktif selesai. Karena bayi sudah lahir, uterus secara spontan berkontraksi keras dengan isi yang sudah kosong.

f. Pemisahan amniokorion

Pengurangan besar-besaran luas permukaan rongga uterus secara bersamaan menyebabkan membran janin (amniokorion) dan desidua parietalis terlepas menjadi lipatan yang banyak sekali dan menambah ketebalan lapisan tersebut dari kurang dari 1 mm menjadi 3 sampai 4 mm.

g. Ektruksi plasenta

Setelah plasenta terpisah dari tempat implantasinya, tekanan yang diberikan padanya oleh dinding uterus menyebabkan organ ini mengelincir turun menuju ke segmen bawah uterus atau bagian atas vagina.

Bila terjadi pemisahan plasenta tipe sentral, atau tipe biasa, hamatoma retroplasenta di percaya mendorong plasenta menuju ke rongga uterus, pertama bagian tengah dan kemudian sisanya. Dengan demikian, plasenta mengalami inversi dan dibebani oleh hematoma tersebut, kemudian turun. Karena membran di sekitarnya menempel kaku pada desidua, plasenta hanya dapat turun dengan menyeret membran secara perlahan-lahan; kemudian membran-membran tersebut mengelupas bagian perifernya.

2.1.3 Klasifikasi Klinis

Hemorrhagic postpartum dibagi menjadi primer dan sekunder (Manuaba, 1998).

1. *Hemorrhagic postpartum* dini (*early postpartum haemorrhage*, atau *hemorrhagic postpartum* primer, atau *hemorrhagic postpartum* segera) *hemorrhagic postpartum* primer terjadi dalam 24 jam pertama. Terbanyak dalam 2 jam pertama. Penyebab utama *hemorrhagic postpartum* primer adalah atonia uteri, retentio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan invertio uteri.
2. Perdarahan masa nifas (HPP kasep atau *hemorrhagic postpartum* skunder atau *hemorrhagic postpartum* lambat, atau late HPP) *hemorrhagic postpartum* skunder terjadi setelah 24 jam pertama. *Hemorrhagic postpartum* sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

2.1.4 Epidemiologi *Hemorrhagic Postpartum*

Kehamilan dan melahirkan menimbulkan risiko kesehatan yang besar, termasuk bagi perempuan yang tidak mempunyai masalah kesehatan sebelumnya. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa dalam tahun 1995 hampir 515.000 bumil meninggal karena komplikasi kehamilan dan melahirkan. Sebagian besar kematian tersebut terjadi di negara-negara berkembang, karena sering perempuan kurang mendapatkan askes terhadap perawatan penyelamatan hidup (*life-saving care*). Di negara berkembang, perempuan cenderung lebih mendapat perawatan antenatal atau perawatan sebelum melahirkan dibandingkan mendapat perawatan kebidanan yang seharusnya diterima selama persalinan atau pasca persalinan. Nyatanya, lebih dari separuh jumlah seluruh kematian ibu terjadi dalam waktu 24 jam setelah melahirkan, sebagian besar karena terlalu banyak mengeluarkan darah. Perdarahan hebat adalah penyebab paling utama dari kematian ibu di seluruh dunia. Di berbagai negara, paling sedikit seperempat dari seluruh kematiaan

ibu disebabkan oleh perdarahan; proporsinya berkisar antara kurang dari 10% sampai hampir 60%. Walaupun seorang perempuan dapat bertahan hidup setelah mengalami *hemorrhagic postpartum* (HPP), namun ia akan menderita akibat kekurangan darah yang berat (anemia berat) dan akan mengalami masalah kesehatan yang berkepanjangan (Manuaba, 1999).

Penelitian terhadap kematian ibu memperlihatkan bahwa perderita *hemorrhagic postpartum* meninggal dunia akibat terus-menerus terjadi perdarahan yang jumlahnya kadang-kadang tidak menimbulkan kecurigaan kita. Yang menimbulkan kematian bukanlah perdarahan sekaligus dalam jumlah banyak tetapi justru perdarahan terus-menerus yang terjadi sedikit demi sedikit. Pada suatu seri kasus yang besar, Beacham mendapatkan bahwa interval rata-rata antara kelahiran dan kematian adalah 5 jam 20 menit. Tidak seorangpun ibu yang meninggal dalam waktu 1 jam 30 menit setelah melahirkan. Kenyataan ini menunjukan adanya cukup waktu untuk melangsungkan terapi yang efektif jika pasiennya selalu diamati dengan seksama, diagnosis dibuat secara dini, dan tindakan yang tepat segera di kerjakan (William, 2010).

Tabel 1. Kematian Ibu yang Disebabkan oleh PPP

Negara	Kematian ibu disebabkan PPP (%)	Kematian ibu tiap 100.000 kelahiran hidup
Hongkong	30	7
India	16	570
Indonesia	43	650
Filipina	53	280
Burkina Faso	59	930
Mesir	32	170
Kenya	16	650
Maroko	29	610
Nigeria	20	1000
Afrika Selatan	15	230
Brasil	20	220
Guatemala	2	200
Honduras	33	220
Meksiko	24	110

Sumber : AbouZahr, 1998

2.1.5 Etiologi *Hemorrhagic Postpartum*

Penyebab tertinggi dan terutama dari kematian ibu adalah perdarahan, terutama *hemorrhagic postpartum*. Faktor potensial yang dapat menyebabkan *hemorrhagic postpartum*, yaitu atonia uteri, laserasi jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, inversion uterus dan kelinan pembekuan darah (Cunningham, 2006).

a. Atonia uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Faktor predisposisi yaitu anak besar, gemeli, hidramnion, grandemultipara dan hamil jarak pendek. Adapaun gejala dan tanda yang selalu ada yaitu uterus tidak berkontraksi dan lembek, Perdarahan segera setelah anak lahir (*hemorrhagic postpartum* primer). Sedangkan gejala dan tanda yang kadang-kadang ada yaitu syok dengan ciri-ciri tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ektremitas dingin, gelisa, mual dan lain-lain (Prawirohardjo, 2010).

b. Laserasi jalan lahir

Laserasi atau robekan jalan lahir merupakan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, serviks, portio septum rektovaginalis akibat dari tekanan benda tumpul. Robekan jalan lahir meliputi robekan vagina, robekan perineum, dan robekan serviks. (Wiknjosastro, 1991).

1. Robekan serviks

Robekan serviks adalah robekan yang terjadi pada persalinan yang kadang sampai ke forniks; robekan biasanya terdapat pada pinggir samping serviks. Persalianan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbedah dari yang belum pernah melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi

perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik, perlu dipikirkan perlukaan jalan lahir, khusus robekan serviks uteri.

2. Perlukaan vagina

Robekan vagina adalah robekan yang sampai pada daerah vagina dan cenderung mencapai dinding lateral dan jika cukup dalam dapat mencapai m.levator ani. Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Mungkin ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi sebagai akibat akstraksi dengan cunam, terlebih apabila kepala janin harus diputar. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum.

3.Robekan perineum

Robekan perineum adalah suatu persoalan oleh sebab tertentu, robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan bias menjadi luas. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil dari biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar dari pada sirkumferensia suboksipito bregmatika.

Adapun gejala dan tanda yang selalu ada yaitu perdarahan segera, .darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir, uterus kontraksi baik, plasenta baik. Sedangkan gejala dan tanda yang kadang – kadang ada yaitu pucat, lemah, menggigil (Prawirohardjo, 1999).

c.Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Disebut sebagai plasenta akreta bila imfantasi menembus

desidua basalis dan *nitabuch layer*, disebut plasenta inkreta bila plasenta sampai menembus miometrium dan disebut plasenta perkreta bila vili koralis sampai menembus perimetrium (Prawirohardjo, 2010).

d.Sisa plasenta

Sewaktu waktu bagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan dengan sisa plasenta. Adapun gejala dan tanda yang selalu ada yaitu plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap, perdarahan segera. Sedangkan gejala dan tanda kadang – kadang ada yaitu uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang (Sastrawinata, 2005).

e.Inversio uterus

Inversio uterus adalah keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum, yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit. Uterus dikatakan mengalami inversi jika bagian dalam menjadi di luar saat melahirkan plasenta, reposisi sebaiknya segera di lakukan. Dengan berjalannya waktu, lingkaran kontriksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi udara. Adapun gejala dan tanda yang selalu ada yaitu uterus tidak teraba, lumen vagina tidak terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, nyeri sedikit atau berat. Sedangkan gejala dan tanda yang kadang-kadang ada yaitu syok neugenik, pucat dan limbung (Abdul BS, 2002).

f. Kelainan pembekuan darah

Salah satu faktor pembekuan darah yang kurang dapat menganggu pembekuan darah. Hal ini dapat disebabkan defisiensi faktor pembekuan secara genetik, supresi komponen pembekuan, atau konsumsi komponen pembekuan. Masa pembekuan normalnya 6-7 menit. Koagulopati ialah kelainan pembekuan darah; dalam ilmu kebidanan paling sering disebabkan

oleh solusio plasenta, tetapi juga dijumpai pada emboli air tuban, kematian janin dalam rahim, dan *hemorrhagic postpartum*. Kadar fibrinogen pada wanita yang hamil biasanya antara 300-700 mg dalam 100 cc, dibawah 150 mg per 100 disebut hipofibrinogenemia. Jika kadar fibrinogen dalam darah turun dibawah 100 mg per 100 cc (*critical point*), terjadinya gangguan pembekuan darah (Sastrawinata, 2005).

2.1.6 Faktor Risiko *Hemorrhagic Postpartum*

A.Faktor sosiodemografi

Terdapat beberapa faktor sosiodemografi yang terdiri dari usia ibu, paritas, grafida, jarak kehamilan, jenjang pendidikan, tempat tinggal, pekerjaan dan status gizi.

1.Usia ibu

Menurut BKKBN (2000), bahwa jika ingin memiliki kesehatan reproduksi yang prima seyogyanya harus menghindari "4 terlalu" dimana dua diantaranya adalah menyangkut dengan usia ibu. T yang pertama yaitu terlalu muda artinya hamil pada usia 20 tahun antara lain keguguran, preeklamsi (tekanan darah tinggi, edema, proteinuria), timbul kesulitan persalinan karena sistem reproduksi belum sempurna, bayi lahir sebelum waktunya, BBLR, *fistula vesicovaginal* (merembesnya air seni ke vagina), *fistula retrovaginal* (keluarnya gas dan tinja dari vagina) dan kanker leher rahim. Pada ibu yang hamil pada usia muda, biasanya pinggul terkecil sehingga terjadinya partus macet lebih besar yang akan meningkatkan risiko terjadinya *hemorrhagic postpartum*. T yang ke dua adalah terlalu tua artinya hamil diatas 35 tahun risiko yang akan mungkin terjadi jika hamil pada usia tua adalah terjadinya keguguran, preeklamsia, eklamsia, timbulnya kesulitan pada persalinan, perdarahan, BBLR dan cacat bawaan. Usia ibu yang relatif tua menyebabkan daya tahan ibu hamil mulai menurun sehingga pada saat partus tidak kuat lagi mengejan. Selain itu fungsi alat reproduksi mulai menurun sehingga tidak mampu lagi menampung kehamilan yang terjadi bahkan dapat mengakibatkan

kontraksi uterus tidak kuat lagi atau lembek yang berakibat terjadinya *hemorrhagic postpartum* (Population report, 1998).

WHO menyebutkan dalam kurun reproduksi sehat atau di kenal dengan usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-30 tahun. Kematian ibu pada wanita hamil pada usia 20 tahun ternyata dua sampai lima kali lebih tinggi dari pada kematian ibu yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian ibu meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (WHO, 2000).

2.Paritas

Paritas menunjukan jumlah anak yang pernah di lahirkan oleh seorang wanita. Paritas merupkan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan. Risiko untuk terjadinya *hemorrhagic postpartum* akan menjadi 4 kali lebih besar pada yang paritasnya lebih atau sama dengan 4 dimana insidennya adalah 2,7%. Hal ini di karenakan pada grande multipara daya lentur (elastisista) jaringan yang sudah berulang kali direngangkan oleh kehamilan membatasi kemampuan berkerut untuk menghentikan *hemorrhagic postpartum*. Disamping itu banyak pula dijumpai tidak cukupnya tenaga untuk mengeluarkan janin yang disebut dengan merits uterus. Keadaan ini akan lebih buruk lagi pada kasus dengan jarak kehamilan yang singkat (Cunningham dkk, 1993).

3.Gravida

Kehamilan yang paling optimal adalah kehamilan kedua sampai keempat. Kehamilan peratama dan setelah kehamilan yang keempat mempunyai risiko yang tinggi. Kehamilan yang kelima atau lebih sering di sertai penyulit, seperti kelainan letak, perdarahan antepartum, postpartum dan lain-lain. Hal ini dikarenakan pada multigravida fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga kemungkinan terjadinya *hemorrhagic postpartum* lebih besar (Martaadisoebrata, 2005).

4. Jarak kehamilan

Jarak kehamilan yang aman ialah antara dua sampai empat tahun. Sehingga seorang wanita yang hamil dan melahirkan kembali dengan jarak kurang dari dua tahun dari kehamilan sebelumnya, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik, kehamilan dalam keadaan ini perlu di waspadai karena adanya kemungkinan pertumbuhan janin yang kurang baik, mengalami persalinan yang lama atau perdarahan. Sebaliknya jika jarak kehamilan antara dua kehamilan lebih dari empat, disamping usia ibu yang sudah bertambah juga mengakibatkan persalinan berlangsung seperti kehamilan dan persalinan pertama (Depkes RI, 2002).

5. Jenjang pendidikan

Pendidikan yang di tempuh oleh seseorang merupakan salah satu faktor demografi yang sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan individu maupun masyrakat. Seseorang dengan pendidikan yang tinggi, akan mudah menerima informasi-informasi kesehatan dari berbagai media dan biasanya ingin selalu berusaha untuk mencari informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan yang belum diketahuinya, informasi kesehatan yang cukup terutama pada ibu-ibu hamil di harapkan dapat merubah pola perilaku hidup sehat termasuk dalam perilaku pemeriksaan kehamilan (ANC). Dari beberapa penelitiaan di berbagai negara menunjukan ada hubungan yang bermakna antara pengunaan pelayanan obstetric dengan jenjang pendidikan ibu (Thadeus, 1990).

6. Tempat tinggal

Letak geografis tempat tinggal penduduk merupakan salah satu faktor yang ikut berpengaruh terhadap kondisi kesehatan masyarakat. Selain kondisi fisik lingkungan yang tidak mendukung, yang berhubungan dengan kemudahan transmisi penyakit infeksi seperti penyediaan air, lingkungan yang kotor dan tercemar, juga kondisi yang berhungan dengan kemudahan transfortasi dalam menjangkau pelayanan kesehatan. Menurut Green, bahwa dengan adanya fasilitas kesehatan yang dapat dijangkau

oleh masyarakat menimbulkan keinginan untuk mengunakan fasilitas dan sarana kesehatan tersebut (Soekidjo, 2007).

7. Sosial ekonomi

Status sosial ekonomi yang rendah, mengakibatkan ibu tidak dapat mengkonsumsi nutrisi yang adekuat, sehingga menghambat pertumbuhan yang dapat mengakibatkan terjadinya *hemorrhagic postpartum*. Dengan sosial ekonomi yang rendah tidak dapat menyisikan dana untuk memeriksakan kehamilan, sehingga risiko tinggi yang akan dihadapi dan akan di alaminya tidak dapat terdeteksi dengan dini (Population report, 1998). Selain itu jenis pekerjaan yang dilakukan oleh ibu hamil akan berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinanya (Hasnah, 2003).

8. Status gizi

Di Indonesia status gizi ibu hamil, sering dinyatakan dalam ukuran lingkaran lengan atas (LLA). Apabila ibu hanya mempunyai LLA <23,5 cm atau berat badan kurang dari 38 kg sebelum hamil, maka termasuk kekurangan energi kalori (KEK). Hal ini sangat mempengaruhi kehamilan, persalinan dan hasil kehamilan. Selain dinilai dengan LLA, status gizi seseorang dewasa dapat dinilai dengan indeks massa tubuh (IMT), kasusnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan (Population report, 1998).

B. Faktor persalinan

Terdapat beberapa faktor persalinan yang terdiri dari lama persalinan, proses persalinan dan riwayat persalinan sebelumnya.

1. Lama persalinan

Mengindentifikasi karakteristik persalinan merupakan salah satu komponen yang paling penting mengingat *hemorrhagic postpartum* merupakan salah satu komplikasi yang terjadi pada kala III persalinan. Berdasarkan banyak penelitian, didapatkan kesimpulan bahwa salah satu faktor penting dalam karakteristik persalinan ibu yaitu lama persalinan dalam hal ini partus yang lama (*prolonged labor*), meningkatkan risiko

kejadian atonia uteri yang merupakan penyebab tersering dari *hemorrhagic postpartum* (Manuaba, 1998).

2. Proses persalinan dan riwayat persalinan sebelumnya

Riwayat proses persalinan terakhir dengan seksio sesarea, juga berhubungan dengan kejadian plasenta akreta, salah satu penyebab langsung *hemorrhagic postpartum*. Seksio sesarea juga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya trauma pada uterus yang dapat menyebabkan terjadinya *hemorrhagic postpartum* (Ramanathan dkk, 2006). Riwayat melahirkan seksio sesarea pada ibu yang melahirkan pervaginam, juga dapat meningkatkan risiko terjadinya laserasi jalan lahir. Insidensi *hemorrhagic postpartum* sendiri, jika dikaitakan dengan proses persalinan adalah 3,9% pada persalinan pervaginam dan 6,4% pada persalinan seksio sesarea. Sehingga dapat di simpulkan bahwa persalinan dengan seksio sesarea memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap kejadian *hemorrhagic postpartum* (Yiadom, 2010).

C. Faktor keadaan klinis

Terdapat beberapa faktor keadaan klinis yang terdiri dari status anemia, tekanan darah, penyakit penyerta.

1. Status anemia

Anemia merupakan suatu keadaan dimana jumlah eritrosit yang beredar atau konsentrasi Hb menurun. Sehingga akibatnya, ada penurunan transportasi oksigen dari paru ke jaringan perifer. Batasan anemis pada ibu hamil di indonesia adalah <11 gr%. Anemia sendiri jarang menimbulkan krisis kedaruratan akut selama kehamilan namun pada hakekatnya setiap masalah kegawatdaruratan dapat diperberat oleh anemia yang ada.

2. Tekanan darah

Tekanan darah yang tinggi atau hipertensi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya atonia uteri dan kelainan proses pembekuan darah, yang meskipun jarang terjadi, juga merupakan penyebab terjadinya *hemorrhagic postpartum* (Friedman, 2010).

3. Penyakit penyerta

Seorang wanita yang mempunyai penyakit kronik sebelum kehamilan, seperti jantung, paru, gingal, DM, malaria dan lainnya akan sangat mempengaruhi proses kehamilan dan memperburuk keadaan pada saat proses persalinan serta berpengaruh secara timbal balik antara ibu dan bayi, sehingga dapat mengurangi kesempatan hidup wanita tersebut. Ibu hamil dengan kondisi penyakit ini termasuk dalam kehamilan risiko tinggi (Lopez, 2000).

D. Faktor pendukung persalinan

Terdapat beberapa faktor pendukung persalinan yang terdiri dari konsumsi tablet Fe, rujukan, *antenatal care,* penolong persalinan.

1. Konsumsi tablet Fe

Berdasarkan penelitian Gusti Ayu (2009) *dalam* Rizky, 2012 bahwa tablet besi dapat mencegah perdarahan pada saat hamil dan pada saat melahirkan. Hal yang sama berdasarkan penelitian Cristiana (2008) *dalam* Rizky, 2012 melaporkan pemberian tablet besi pada ibu hamil dapat menurunkan risiko komplikasi obstetrik di Negara Asia Selatan, dan dalam penelitian tersebur lebih lanjut dilaporkan bahwa salah satu komplikasi yang dapat diturunkan adalah risiko terjadinya *hemorrhagic postpartum.*

2.Rujukan

Upaya rujukan adalah suatu upaya yang dilakukan oleh petugas kesehatan (bidan) untuk menyerahkan tanggung jawab atas timbulnya masalah dari suatu kasus kepada yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional. Menurut Stokol, pola rujukan di pengaruhi oleh beberapa hal antara lain deteksi faktor risiko oleh masyarakat dan tenaga kesehatan, penyuluhan kepada keluarga ibu tentang perlunya merencanakan rujukan, kesadaran pelaksanaan rujukan antara dukun dengan bidan atau puskesmas serta memperhatikan variasi geogravis, kondisi sosial dan ekonomi (Nafarin, 2001).

3. *Antenatal care*

Pelayanan *antenatal care* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilanya sesuai dengan standart pelayanan antenatal sesuai yang ditetapkan :

1. Pemeriksaan kehamilan yang direkomendasikan adalah minimal 4 kali selama kehamilan (Depkes RI, 1995)
2. Waktu yang ditetapkan adalah satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga atau tidak ada (nol) kunjungan pada trimestes pertama, dua kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga (Depkes RI, 2000).

Apabila pelayanan dan perawatan antenatal baik sesuai standar yang dianjurkan WHO, maka faktor risiko dapat terdeteksi sedini mungkin, sehingga penyulit atau komplikasi pada masa kehamilan atau persalinan dapat diminimalkan (Depkes RI, 1995).

4.Penolong persalinan

Dalam proses persalinan, penolong persalinan mempunyai peranan yang sangat penting. Persalinan akan berlangsung lancar dan aman bila dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan baik secara fisiologis atau patologi mengenai kehamilan dan persalinan.

2.1.7 Diagnosis

Hemorrhagic postpartum digunakan untuk persalinan dengan umur kehamilan lebih dari 20 minggu, karena apabila umur kehamilan kurang dari 20 minggu disebut sebagai aborsi spontan.

Beberapa gejala yang bisa menunjukkan *hemorrhagic postpartum*:

1. *Hemorrhagic postpartum* yang tidak dapat dikontrol
2. Penurunan tekanan darah
3. Peningkatan detak jantung
4. Penurunan hitung sel darah merah (hematokrit)
5. Pembengkakan dan nyeri pada jaringan daerah vagina dan sekitar perineum.

Perdarahan hanya merupakan gejala, penyebabnya haruslah diketahui dan ditatalaksana sesuai penyebabnya.

Hemorrhagic postpartum dapat berupa perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat ibu dapat jatuh kedalam keadaan syok. Atau dapat berupa perdarahan yang merembes perlahan-lahan tapi terjadi terus menerus sehingga akhirnya menjadi banyak dan menyebabkan ibu lemas ataupun jatuh kedalam syok. Pada perdarahan melebihi 20% volume total, timbul gejala penurunan tekanan darah, nadi dan napas cepat, pucat, extremitas dingin, sampai terjadi syok.

Pada perdarahan sebelum plasenta lahir biasanya disebabkan retensio plasenta atau laserasi jalan lahir, bila karena retensio plasenta maka perdarahan akan berhenti setelah plasenta lahir. Pada perdarahan yang terjadi setelah plasenta lahir perlu dibedakan sebabnya antara atonia uteri, sisa plasenta, atau trauma jalan lahir. Pada pemeriksaan obstretik kontraksi uterus akan lembek dan membesar jika ada atonia uteri. Bila kontraksi uterus baik dilakukan eksplorasi untuk mengetahui adanya sisa plasenta atau laserasi jalan lahir.

Berikut langkah-langkah sistematik untuk mendiagnosis *hemorrhagic postpartum*:

1. Palpasi uterus : bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri
2. Memeriksa plasenta dan ketuban : apakah lengkap atau tidak
3. Lakukan ekplorasi kavum uteri untuk mencari sisa plasenta dan ketuban, robekan rahim, plasenta succenturiata
4. Inspekulo : untuk melihat robekan pada cervix, vagina, dan varises yang pecah.
5. Pemeriksaan laboratorium : *bleeding time*, Hb, *Clot Observation test* dan lain-lain.

2.1.8 Penatalaksanaa *Hemorrhagic Postpartum*

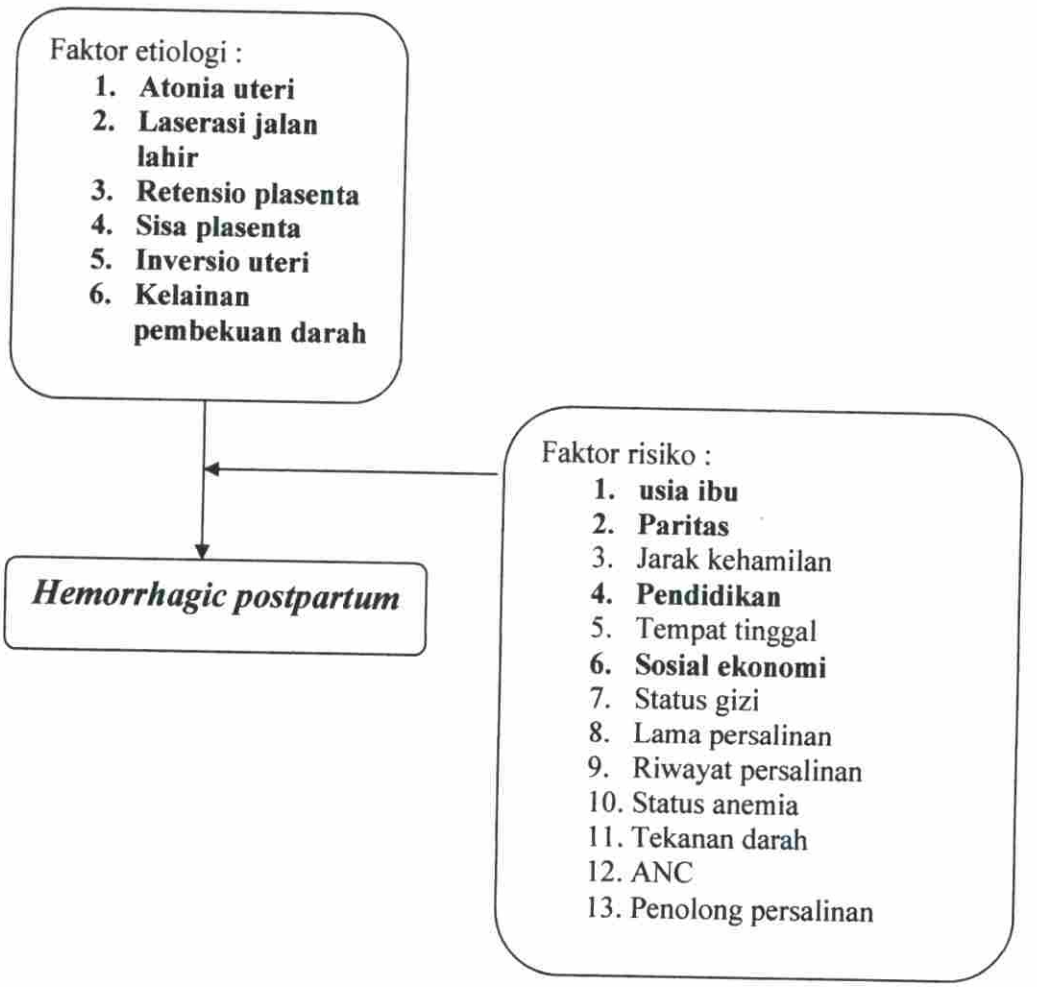
Penatalaksanaa *hemorrhagic postpartum* prinsipnya adalah hentikan perdarahan, cegah/atasi syok, ganti darah yang hilang dengan diberi infus cairan, (larutan garam fisiologis, plasma ekspander, Dextra-L, dan sebagainya), transfusi darah, kalau perlu oksigen. Walaupun demikian, terapi terbaik adalah pencegahan. Mencegah atau sekurang-kurangnya bersiap siaga pada kasus-kasus yang disangka akan terjadi perdarahan adalah penting. Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin, namun sudah dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan *antenatal care* yang baik. Ibu-ibu yang mempunyai predisposisi atau riwayat *hemorrhagic postpartum* sangat dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit. Di rumah sakit, diperiksa kadar fisik, keadaan umum, kadar Hb, golongan darah, dan bila mungkin tersedia donor darah. Sambil mengawasi persalinan, dipersiapkan keperluan untuk infus dan obat-obatan penguat rahim (Prawirohardjo, 2005).

Penanganan secara umum (Winkjosastro, 1991), yaitu :

a. Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk)
b. Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan *hemorrhagic postpartum*)
c. Lakukan observasi melekat pada 2 jam peratama *hemorrhagic postpartum,* selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat
d. Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi
e. Atasi syok
f. Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, berikan uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infus 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan per menit)
g. Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir

h. Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah (lihat solusio plasenta)
i. Pasang kateter menetap dan pantau masuk ke luar cairan
j. Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifi

2.2 Kerangka Teori



Skema 2.1 Faktor etiologi dan risiko *hemorrhagic postpartum*

Sumber : Cunningham, 2006 ; Population report, 1998 ; WHO, 2000 ; Hasnah, 2003 (Modifikasi).

Keterangan :

Tulisan bold : Diteliti

Tidak bold : Tidak diteliti

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

FAKULTAS KEDOKTERAN

PALEMBANG

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan desain deskriptif.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari bulan November 2012 sampai Januari 2013.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang bersalin di sertai *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode 1 Juli 2011–30 Juni 2012.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi (total sampling), yaitu ibu yang bersalin dengan *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode 1 Juli 2011 – 30 Juni 2012.

3.4 Variabel Penelitian

a. *Hemorrhagic postpartum*

b. Usia ibu

c. Paritas

d. Pendidikan

e. Sosial ekonomi

f. Atonia uteri

g. Laserasi jalan lahir

h. Retensio plasenta

i. Sisa plasenta

j. Inversio uterus

k. Kelainan pembekuan darah

3.5 Definisi Operasional

3.5.1 *Hemorrhagic Postpartum*

a.Definisi : perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai (setelah plasenta lahir).

b.Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c.Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *checklist*.

d.Hasil ukur : ya, jika mengalami perdarahan 500 ml atau lebih melalui jalan lahir selama atau setelah kala III. Tidak jika mengalami perdarahan kurang dari 500 ml.

3.5.2 Usia Ibu

a. Definisi : usia ibu pada saat mengalami *hemorrhagic postpartum* yang di nyatakan dalam tahun dengan tercatat dalam kartu status pasien Nurjaya, 2005 *dalam* Verra, 2012. Pada pembahasan usia ibu dilihat dari usia ibu pada rekam medik.

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *checklist*.

d. Hasil ukur : usia dibagi atas :

I Usia muda untuk melahirkang kurang dari 20 tahun

II Usia ideal untuk melahirkan 20-35 tahun

III Usia tua untuk melahirkan lebih dari 35 tahun

3.5.3 Paritas

a. Definisi : jumlah anak yang pernah dilahirkan baik lahir mati maupun lahir hidup sebelum kehamilan sekarang Mulyati, 2003 *dalam* verra, 2012..

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur: paritas dibagi atas :

I. Paritas risiko tinggi : Primipara dan grandemultipara

II. Paritas risiko rendah : Multipara

3.5.4 Pendidikan

a. Definisi : proses pengubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok orang dalam usaha pendewasaan.

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur: pendidikan dibagi atas :

I. Risiko tinggi : Tidak sekolah atau hanya sampai SMP

II. Risiko rendah : Pendidikan sampai SMA dan keatas

3.5.5 Sosial Ekonomi

a. Definisi : segala sesuatu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan masyarakat.

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur: sosial ekonomi dibagi atas :

I. Risiko tinggi : Sosial ekonomi rendah, jika pembayaran dengan cara pribadi yaitu umum, nayaka, inhealt.

II. Risiko rendah : Sosial ekonomi tinggi, jika pembayaran dengan cara jaminan pemerintah yaitu jamkesmas,jamsostek,jampersal,jamsoskes .

3.5.6 Atonia Uteri

a. Definisi : keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Prawirohardjo, 2010).

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur: ya, jika *hemorrhagic postpartum* disebabkan oleh atonia uteri.

Tidak, jika *hemorrhagic postpartum* tidak disebabkan oleh atonia uteri.

3.5.7 Laserasi Jalan Lahir

a. Definisi : terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput darah, serviks, portio septum rektovaginalis akibat dari tekanan benda tumpul (Winkjosastro, 1991).

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur: ya, jika *hemorrhagic postpartum* disebabkan oleh laserasi jalan lahir.

Tidak, jika *hemorrhagic postpartum* tidak disebabkan oleh laserasi jalan lahir.

3.5.8 Retensio Plasenta

a. Definisi : plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2010).

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur: ya, jika *hemorrhagic postpartum* disebabkan oleh retensio plasenta.

Tidak, jika *hemorrhagic postpartum* tidak disebabkan oleh retensio plasenta.

3.5.9 Sisa Plasenta

a. Definisi : tertinggalnya plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan dengan sisa plasenta.

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur: ya, jika *hemorrhagic postpartum* disebabkan oleh sisa plasenta.

Tidak, jika *hemorrhagic postpartum* tidak disebabkan oleh sisa plasenta.

3.5.10 Inversio Uterus

a. Definisi : keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum, yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit (Abdul BS, 2002).

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur: ya, jika *hemorrhagic postpartum* disebabkan oleh inversio uterus

Tidak, jika *hemorrhagic postpartum* tidak disebabkan oleh inversio uterus.

3.5.11 Kelainan Pembekuan Darah

a. Definisi : disebabkan defisiensi faktor pembekuan (Sastrawinata. 2005).

b. Alat ukur : data sekunder dari rekam medik di RSMP

c. Cara ukur : observasi data sekunder mengunakan *chekclist*

d. Hasil ukur : ya, jika *hemorrhagic postpartum* disebabkan oleh kelainan pembekuan darah.

Tidak, jika *hemorrhagic postpartum* tidak disebabkan oleh kelainan pembekuan darah.

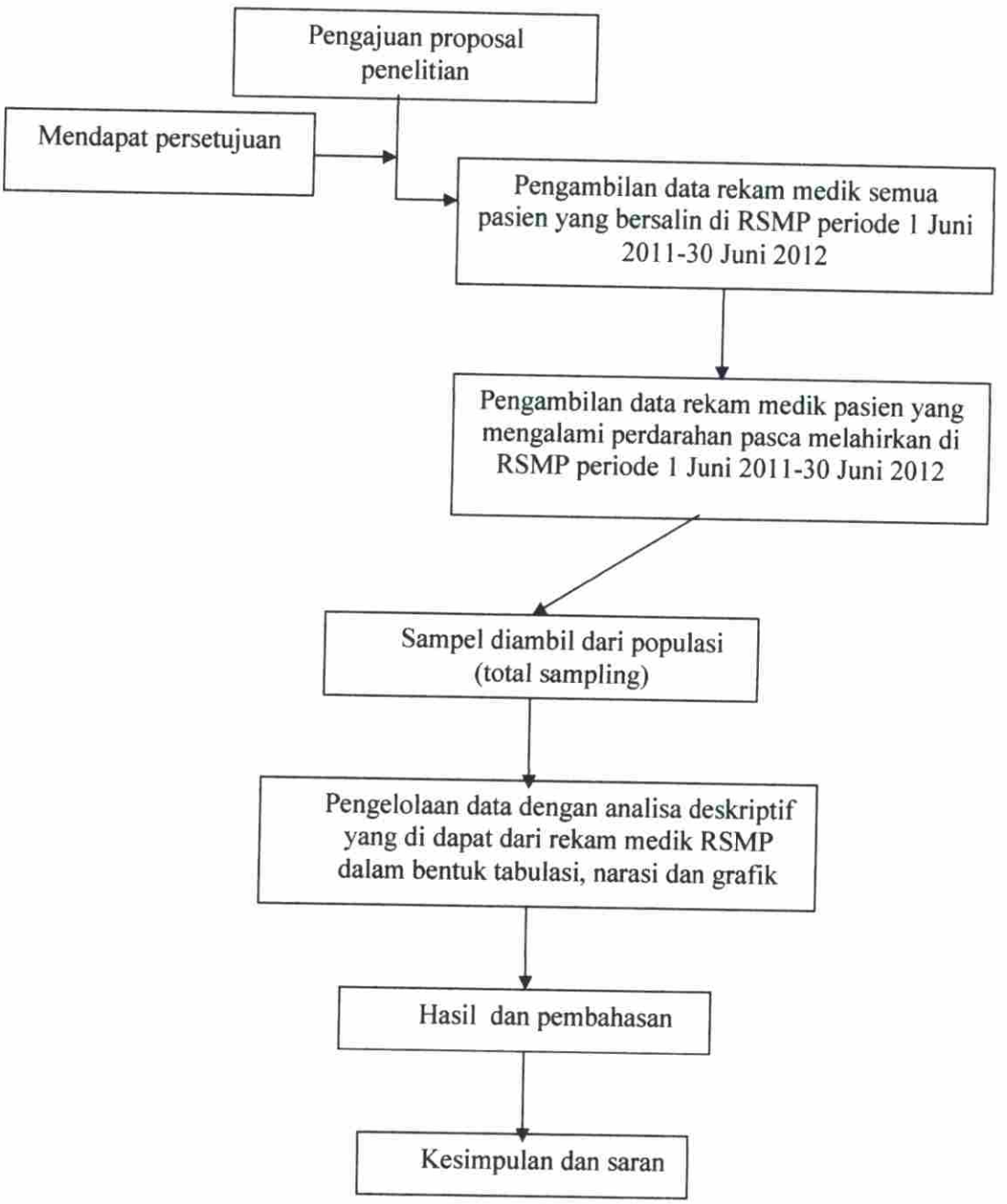
3.6 Cara Pengumpulan Data

Data penelitian ini adalah data sekunder berupa rekam medik pasien *hemorrhagic postpartum* di RSMP periode 1 Juli 2011– 30 Juni 2012.

3.7 Cara Pengelolaan dan Analisis Data

Data yang di dapat dari rekam medik RSMP akan dianalisis secara deskriptif dan akan di sajikan dalam bentuk tabulasi, narasi dan grafik.

3.8 Alur Penelitian



3.9 Kegiatan

Tabel 2. Tabel Kegiatan

Rencana Kegiatan	Bulan																							
	Sept 2012				Okt 2012				Nov 2012				Des 2012				Jan 2013				Mei 2013			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
pengajuan judul																								
Penyusunan proposal																								
Seminar proposal																								
Pelaksanaan Penelitian																								
Pengumpulan data dan analisis penelitian																								
Penyusunan skripsi																								
Ujian skripsi																								

3.10 Anggaran

Tabel 3. Anggaran

No	Anggaran	Harga
1	Pengajuan judul	Rp. 20.000
2	Penyusunan proposal	Rp. 550.000
3	Seminar proposal	Rp. 250.000
4	Pelaksanaan Penelitian	Rp. 50.000
5	Pengumpulan data dan analisis penelitian	Rp.150.000
6	Penyusunan skripsi	Rp. 200.000
7	Ujian skripsi	Rp. 300.000
	Total	Rp. 1.520.000

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Telah dilakukan penelitian deskriptif observasional terhadap Angka Kejadian *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Faktor Etiologi dan Risiko di RSMP Periode 1 Juli 2011-30 Juni 2012. Penelitian dilakukan pada tanggal 31 Desember 2012- 2 Januari 2013 di bagian rekam medik RSMP.

4.1.1 Angka Kejadian *Hemorrhagic Postpartum*

Tabel 4. Angka Kejadian *Hemorrhagic Postpartum*

Tahun	Jumlah (N)
2011	83 dari 4815 persalinan
2012	61 dari 2233 persalinan
Total	**144 kasus**

Sumber : Data sekunder bagian rekam medik RSMP tahun 2011-2012

Berdasarkan status/rekam medik, Angka kejadian *Hemorrhagic Postpartum* di RSMP adalah 83 kasus dari 4815 persalinan pada tahun 2011. Sedangkan pada tahun 2012 terdapat 61 kasus dari 2233 persalinan.

4.1.2 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Etiologi

Angka kejadian *hemorrhagic postpartum* berdasarkan etiologi yaitu atonia uteri, laserasi jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, inversio uterus, kelainan pembekuan darah. Dari hasil penelitian didapatkan 52 pasien (Tabel.5).

Tabel 5. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Etiologi

Penyebab	Jumlah (N)	Persentase (%)
Atonia uteri	2	3,8
Laserasi jalan lahir	7	13,5
Retensio plasenta	26	50,0
Sisa plasenta	16	30,8
Inversio uterus	1	1,9
Kelainan pembekuan darah	0	0
Total	**52**	**100**

Sumber : Data sekunder bagian rekam medik RSMP tahun 2011-2012

Dari tabel diatas didapatkan *hemorrhagic postpartum* yang disebabkan oleh retensio plasenta sebanyak 26 pasien (50,0%), sisa plasenta 16 pasien (30,8%), laserasi jalan lahir 7 pasien 13,5%), atonia uteri 2 pasien (3,8%), dan inversio uterus 1 pasien (1,9%) sedangkan kelainan pembekuan darah tidak ditemukan.

4.1.3 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Usia Ibu

Usia seseorang melahirkan dapat dikelompokan dalam kurun waktu reproduksi sehat yaitu usia kurang dari 20 tahun, 20-35 tahun, dan usia lebih dari 35 tahun

Tabel 6. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Usia Ibu

Usia (tahun)	jumlah (N)	Persentase (%)
<20	2	3,9
20-35	36	69,2
>35	14	26,9
Jumlah	**52**	**100**

Sumber : Data sekunder bagian rekam medik RSMP tahun 2011-2012

Dari tabel.6 didapatkan 36 pasien (69,2%) berusia 20-35 tahun, 14 pasien (26,9%) berusai lebih dari 35 tahun, dan 2 pasien berusia kurang dari 20 tahun (3,9%).

4.1.4 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Paritas

Dalam pengkategorian variabel paritas, peneliti membagi menjadi primipara apabila paritas kurang dari 1, grandemultipara apabila paritas lebih dari 4, dan multipara apabila paritas 2-3.

Tabel 7. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Paritas

Paritas	Jumlah (N)	Persentase (%)
Primipara	25	48,1
Grandemultipara	4	7,7
Multipara	23	44,2
Jumlah	**52**	**100**

Sumber : Data sekunder bagian rekam medik RSMP tahun 2011-2012

Tabel diatas, menunjukkan dari total 52 pasien didapatkan 25 pasien (48,1%) paritas primipara, 4 pasien (7,7%) paritas grandemultipara dan 23 pasien (44,2%) dengan paritas multipara.

4.1.5 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Pendidikan

Dalam penelitian ini jenjang pendidikan terakhir ibu yang mengalami *hemorrhagic postpartum* terdiri dari 2 kategori, pertama tidak sekolah atau hanya sampai SMP, kedua dengan jenjang pendidikan SMA dan keatas.

Tabel 8. Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Pendidikan

Jenjang Pendidikan	Jumlah (N)	Persentase (%)
Tidak sekolah atau sampai SMP	20	38,5
SMA dan keatas	32	61,5
Jumlah	**52**	**100**

Sumber : Data sekunder bagian rekam medik RSMP tahun 2011-2012

Tabel diatas menunjukkan bahwa jenjang pendidikan terakhir pasien *hemorrhagic postpartum* terbanyak adalah berpendidikan SMA dan keatas yaitu sebanyak 32 orang (61,5%), sedangkan tidak sekolah atau hanya sampai SMP sebanyak 20 orang (38,5%).

4.1.6 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Sosial Ekonomi

Dalam penelitian ini faktor sosial ekonomi pasien berdasarkan cara pembayaran dikategorikan menjadi 2, yaitu sosial ekonomi tinggi jika pasien melakukan pembayaran secara pribadi (umum, inhealt, dan nayaka). Sedangkan sosial ekonomi rendah jika pasien mengunakan jaminan pemerintah dan swasta (jamkesmas, jamsostek, jampersal, jamsoskes).

Tabel 9. Angka Kejadian *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Sosial Ekonomi

Cara pembaaran		Jumlah (N)	Persentase (%)
Pembayaran pribadi :			
Umum	S.ekonomi tinggi	11	21,1
Nayaka		1	1,9
Inhealt		1	1,9
Jaminan pemerintah dan swasta :			
Jamkesmas	S.ekonomi rendah	11	21,1
Jamsostek		3	5,8
Jampersal		15	28,9
Jamsoskes		10	19,3
Jumlah		**52**	**100**

Sumber : Data sekunder bagian rekam medik RSMP tahun 2011-2012

Dari tabel.9 menunjukan bahwa 52 orang pasien melakukan pembayaran dengan cara pribadi, yaitu umum 11 orang (21,1%), melalui nayaka 1 orang (1,9%), dan melalui inhealt 1 orang (1,9%). Sedangkan yang melakukan pembayaran melalui jaminan pemerintah dan swasta yaitu jamkesmas 11 orang (21,1%), jamsostek 3 orang (5,8%), jampersal 15 orang (28,9%), dan 10 orang (19,3%) melalui jamsoskes.

4.2 Pembahasan

Penelitian deskriptif yang berjudul Angka Kejadian *Hemorrhagic* Postpartum Berdasarkan Faktor Etiologi dan Risiko di RSMP Periode 1 Juli 2011-30 Juni 2012, dilakukan pada tanggal 31 Desember 2012-2 Januari 2013 di bagian rekam medik RSMP tahun 2011-2012.

4.2.1 Angka Kejadian *Hemorrhagic Postpartum*

Pada penelitian ini, Angka Kejadian *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Faktor Etiologi dan Risiko di RSMP Periode 1 Juli 2011-30 Juni 2012 adalah 52 kasus. 22 kasus terdapat pada periode 1 Juli-31 Desember 2011 dan 30 kasus lainnya terdapat pada 1 Januari-30 Juli 2012.

Hasil penelitian ini tidak sama di banding dengan penelitian sebelumnya di RSUD Palembang Bari oleh Riyantono 2011, yaitu 56 kasus pada tahun 2008 dan 64 kasus pada tahun 2009. Di RSMH pada tahun 2012 oleh Rizky, yaitu 88 kasus *hemorrhagic postpartum.*

Hal ini kemungkinan disebabkan karena RSMH dan RSUD Palembang Bari merupakan Rumah Sakit rujukan. Hal tersebut yang membedakan mengapa di RSMP angka kejadian *hemorrhagic postpartum* lebih kecil.

4.2.2 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Etiologi

Dari penelitian ini didapatkan bahwa berdasarkan etiologi *Hemorrhagic Postpartum,* paling sering disebabkan oleh retensio plasenta yaitu 26 kasus (50,0%), dari 52 kasus.

Hasil ini belum sesuai dengan teori yang ada yang menyatakan bahwa atoni uteri merupakan penyabab tersering dari *hemorrhagic postpartum.* Atoni

uteri terjadi karena lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi. Dalam penelitian ini atonia uteri bukan etiologi utama karena kemungkinan kecilnya faktor predisposisi atonia uteri pada pasien-pasien yang mengalami *hemorrhagic postpartum.* Faktor predisposisinya antara lain gemeli, hidramnion, grandemultipara, dan hamil jarak pendek (Prawirohardjo, 2010).

Hasil penelitian lain tentang *hemorrhagic postpartum* dilaporkan oleh Riyantono, 2011. Dari 120 kasus *hemorrhagic postpartum* di RSUD Palembang Bari didapatkan (48,7%) disebabkan oleh retensio plasenta. Sedangkan hasil penelitian di RSMH oleh Rizky, 2012 dari 88 kasus *hemorrhagic postpartum* didapatkan etiologi terbanyak yaitu retensio plasenta (45,45%).

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa etiologi yang banyak menyebabkan *hemorrhagic postpartum* adalah retensio plasenta 26 kasus (50,0%). Hal ini kemungkinan adanya faktor predisposisinya antara lain bekas seksio sesarea, pernah kuret berulang, dan multiparitas.

4.2.3 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Usia Ibu

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa Angka Kejadian *Hemorrhagic Postpartum* berdasarkan usia yang terbanyak yaitu 20-35 tahun sebanyak 36 orang (69,2%), terbanyak kedua yaitu >35 tahun sebanyak 14 orang (26,9%), dan usia <20 tahun sebanyak 2 orang (3,8%).

Hasil penelitian ini belum sesuai dengan teori yang ada tentang faktor risiko usia ibu untuk terjadi *hemorrhagic postpartum,* usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun berisiko tinggi untuk terjadi *hemorrhagic postpartum.* Karena ibu yang hamil pada usia muda kurang dari 20 tahun biasanya pinggulnya kecil sehingga mudah terjadinya partus macet yang mengakibatkan *hemorrhagic postpartum.* Sedangkan pada ibu usia tua atau lebih dari 35 tahun sistem reproduksinya mulai menurun sehingga tidak mampu lagi menampung kehamilan yang terjadi bahkan dapat mengakibatkan kontraksi uterus tidak kuat atau lembek yang berakibat terjadinya *hemorrhagic postpartum.*

Hasil serupa dilaporkan oleh Rizky, 2012 di RSMH yaitu, dari 88 kasus pasien *hemorrhagic postparum* di dapatkan (72,72%) berusia 20-35 tahun lebih besar mengakibatkan terjadinya *hemorrhagic postpartum* dibandingkan dengan usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun.

4.2.4 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Paritas

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa angka kejadian *hemorrhagic postpartum* berdasarkan Paritas yang terbanyak yaitu primipara sebanyak 25 kasus (48,1%) dan grandemultipara 4 kasus (7,7%), sedangkan multipara 23 kasus (44,2%).

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian sebelumnya oleh Riyantono 2011, di RSUD Palembang Bari yang menyatakan bahwa pasien dengan paritas primipara dan grandemultipata memiliki persentase yang lebih besar yaitu sebanyak 34 kasus (65,4%).

Kejadian *hemorrhagic postpartum* pada penelitian ini paritas terbanyak yaitu paritas primipara dan grandemultipara. Hal ini kemungkinan disebabkan karena wanita dengan paritas primipara dan grandemultipara berisiko lebih tinggi untuk mengalami *hemorrhagic postpartum* dibandingkan wanita dengan paritas multigravida dan multipara, karena pada wanita dengan paritas grandemultipara elastisitas otot-otot dinding rahim mulai menurun sehingga mudah mengalami *hemorrhagic postpartum* (Cunningham, 1993).

Selain karena status primipara dan grandemultipara, risiko untuk mengalami *hemorrhagic postpartum* juga dapat disebabkan oleh tidak cukupnya tenaga untuk mengeluarkan janin yang disebut dengan merits uterus. Keadaan ini akan lebih buruk lagi pada kasus dengan jarak kehamilan yang singkat. (Cunningham, 1993).

4.2.5 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan pendidikan

Dari hasil penelitian angka kejadian *hemorrhgic postpartum* berdasarkan pendidikan terakhir ibu yang terbanyak yaitu SMA dan keatas sebanyak 32 orang

(61,5%), sedangkan yang tidak sekolah atau hanya sampai SMP sebanyak 20 orang (38,5%).

Hasil penelitian ini belum sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pengunaan pelayanan obstetri dengan jenjang pendidikan ibu. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan mudah menerima informasi-informasi kesehatan dari berbagai media dan biasanya ingin selalu berusaha untuk mencari informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan yang belum diketahuinya. Informasi kesehatan yang cukup terutama pada ibu-ibu yang hamil diharapkan dapat merubah pola perilaku hidup sehat termasuk perilaku dalam pemeriksaan kehamilan (ANC) (Thadeus, 1990).

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian sebelumnya yang dilaporkan oleh Santi, 2012 di Rumah Sakit RK.Charitas palembang dari 23 kasus *hemorrhagic postpartum* didapatkan (43%) berpendidikan terakhir SMA.

4.2.6 Distribusi *Hemorrhagic Postpartum* Berdasarkan Sosial Ekonomi

Dari hasil penelitian angka kejadian *hemorrhagic postpartum* berdasarkan sosial ekonomi, tingkat sosial ekonomi pasien dilihat dari cara pembayaran dimana pasien yang membayar dengan cara pribadi yaitu nayaka 1 orang (1.9%), inhealt 1 orang (1,9%), dan umum 11 orang (21,1%) dinyatakan dengan sosial ekonomi tinggi. Sedangkan pasien yang membayar dengan cara jaminan pemerintah dan swasta yaitu jampersal 15 orang (28,9%), jamsoskes 10 orang (19,3%), jamkesmas 11 orang (21,1%) dan jamsostek 3 orang (5,8%) dinyatakan dengan sosial ekonomi rendah.

Dari cara pembayaran berdasarkan faktor sosial ekonomi yang terbanyak dilakukan oleh pasien untuk membayar persalinannya yaitu mengunakan jaminan pemerintah dan swasta yaitu jaminan persalinan (jampersal). Jaminan pembiayaan yang digunakan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir yang pembiayaannya dijamin oleh pemerintah (Depkes, 2011).

Jampersal merupakan salah satu usaha terobosan yang ditempuh pemerintah dalam usaha menurunkan AKI (angka kematian ibu). Terobosan ini

penting mengingat masih banyak ibu hamil yang belum memiliki jaminan pembiayaan untuk persalinan. Dengan demikian kendala penting yang dihadapi masyarakat untuk mengakses persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan daapat diatasi dengan program jampersal (Depkes, 2011).

Penelitian ini sama dengan kepustakaan yang ada yang menyatakan status sosial ekonomi yang rendah, kemungkinan ibu yang tidak dapat mengonsumsi nutrisi yang adekuat, dapat menghambat pertumbuhan yang dapat mengakibatkan terjadinya *hemorrhagic postpartum* (Population report, 1998).

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Angka kejadian *hemorrhagic postpartum* berdasarkan faktor etiologi dan risiko di RSMP periode 1 Juli 2011-30 Juni 2012 adalah 52 kasus dari persalinan pada tahun 2011 sebanyak 4815 dan 2233 dari persalinan pada tahun 2012.
2. Penyebab terbanyak dari angka kejadian *hemorrhagic postpartum* adalah retensio plasenta (50,0%).
3. Berdasarkan usia, ibu yang mengalami *hemorrhagic postpartum* terbanyak (69,2%) yaitu ibu yang berusia 20-35 tahun.
4. Berdasarkan paritas, ibu yang banyak mengalami *hemorrhagic postpartum* paritas primipara (48,1%).
5. Berdasarkan pendidikan, ibu yang mengalami *hemorrhagic postpartum* terbanyak (61,5%) yaitu SMA dan keatas.
6. Berdasarkan sosial ekonomi, ibu yang banyak mengalami *hemorrhagic posrpartum* yang dilihat berdasarkan cara pembayaran yaitu jampersal (28,9%), jamsoskes (19,3%), jamkesmas (21,1%) dan jamsostek (5,8%).

5.2 Saran

Saran yang dapat diambil dari penelitian ini yaitu :

1. Pemerintah diharapkan dapat meningkatkan penyuluhan tentang proses kehamilan dan melahirkan kepada masyarakat terutama ibu-ibu serta mengenai *hemorrhagic postpartum* sehingga dapat mencegah morbiditas ibu yang mengalami *hemorrhagic postpartum.* Perlu diadakan penyebaran pelayanan dan peningkatan mutu pelayanan obstetri.
2. Instansi kesehatan diharapkan memperbaiki sistem pencatatan rekam medik untuk keperluan penelitian di masa mendatang.
3. Perlu dilakukan penelitian selanjutnya bagi peneliti lain, diharapkan melakukan penelitian lanjutan tentang *hemorrhagic postpartum* dengan jumlah sampel yang lebih besar agar hasil penelitian lebih valid.

DAFTAR PUSTAKA

Abdul B.S. Dkk. 2002 *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.* Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Ed.1..Jakarta, Indonesia..

Abouzahr, C. 1998. Global Buden Of Maternal and Disability : Causes Of Maternal Deaths and Disabilities", *British Medical Buletin.* Hal 1-11.

Anonim. 1998. Population Report. *Mather Lives Matter.* Material Health in Community, serie L NO 7, September. Hal 31.

Cunningham F.G. dkk. 2006. *Obstetri Williams.* Buku Kedokteran EGC. Ed . 21. Jakarta, Indonesia. Hal704-05.

Departemen Kesehatan RI. 2011. *Promosi Kesehatan Informasi Jamperal.* Depkes. Jakarta, Indonesia

Departemen Kesehatan RI. 2000. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak*, Depkes. Jakarta, Indonesia.

Departemen Kesehatan RI. 1995 *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar.* Depkes. Jakarta, Indonesia.

Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Selatan. 2010. *Profil Kesehatan Sumsel.* Palembang, Indonesia.

Depkes RI. 2002. *Program Safe Motherhood di Indonesia.* Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Jakarta, Indonesia.

Depkes RI. 2005. *Rencana dan Strategi Kesehata Maternal dan Neonatal.* Jakarta, indonesia

Friedman E.A. 2010. *Ilmu Kebidanan.* Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Ed 3. Jakarta, Indonesia. Hal304-5.

Hasnah. 2003. *Proses Pengambilan Keputusan Suami atau Anggota Keluarga*, Tesis. Minat Kesehatan Ibu dan Anak – Kesehatan Reproduksi Program Ilmu Kesehatan. Universitas Gajah Mada. Indonesia.

Joni M. 2009. *Kejadian Perdarahan Postpartum Berdasarkan Etiologi di Rumah Sakit Muhammad Hoesen Palembang dari Bulan Januari 2004-Desember 2006.* Palembang, Indonesia.

Khoman J.S. 1992. *Perdarahan Hamil Tua dan Perdarhan Postpartum.* Cermin Dunia Kedokteran. Ed Khusus No.8. Hal 60-3.

Lopez-Liera MM. 2000. *Clinical types dan Sub Types of Eklamsia*. Dalam Winarno TJ dan Dasuki D, Peran Seksio Cesar Terhadap Penurunan Morbiditas dan Mortalitas Perinatal pada Ibu dengan Preeklamsia dan Eklamsia. Berita Kedokteran Masyarakat XVII, Vol 1.

Manuaba. I. B. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. EGC. Jakarta. Indonesia.

Manuaba. I.B. 1999. *Operasi Kebidanan, Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Dokter Umum*. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal 298-03.

Martaadisoebrata, D. 2005. *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta, Indonesia.

Mochtar. 1995. *Obstetri Operatif Obstetri Sosial*. EGC Prawirohardjo, Sarwono Ed.ketiga. Jakarta, Indonesia

Mochtar. 1998. *Sinopsis obstetri : obstetri fisiologi, obstetri patologi. Dalam :* delfi, L (editor) EGC. Jakarta, indonesia

Nafarin M. 2001. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Ibu Hamil Risiko Tinggi Bersalin Di Rumah.* Thesis, FETP IKM, UGM. Yogyakarta, Indonesia.

Prawirohardjo S. 2010. *Ilmu Kebidanan. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*. Ed. Keempat. Jakarta, Indonesia. Hal 523.

Potts, M.A. 2006. Hemmerling. Keynote Address : *The Worlwide Burden of Postpartum Haemorrhage* : Policy Development Where Inaction is Lethal. International Journal of Gynecology and Obstetrcs. Vol 94. Elsevier Ireland. Hal 116-21.

Population Report, 1998. *Mather Live Matter. Material health in community*, serie L, No 7. Hlm.31

Riyantono, P. 2011. *Angka Kejadian dan Faktor Risiko Perdarahan Pasca Persalinan pada Ibu-ibu yang Dirawat Inap di Bagian Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari Periode 1 Januari 2008-31 Desember 2009*. Palembang, Indonesia

Rizky, P.A. 2012. *Prevalensi Perdarahan Pasca Persalinan di RSMH Periode 1 Januari-31 Desember 2010.* Palembang, Indonesia

Roeshadi, R.H. 2007. Upaya *Menurunkan Angka Kesakitan dan Kematian Ibu pada Penderita Preeklamsia dan Eklamsia. Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Indonesia* Journal of Obstetric and Gynecology. Vol 31. no. 3. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta, Indonesia. Hal 123-24.

Saifuddin A.B, dkk. 2002. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Ed. Pertama. Jakarta, Indonesia. Hal. 9.

Santi. 2012. *Angka Kejadian dan Faktor Risiko Perdarahan pasca Persalinan pada Ibu-ibu yang Dirawat Inap di Bagian Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Bari Palembang Periode 1 Januari 2008-31 Desember* 2009. Palembang, Indonesia

Sastrawinata S, dkk. 2005. *Obstetri Patologi*. EGC. Ed 2. Jakarta, Indonesia. Hal. 95

Soekidjo. N. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. PT.Rineka Cipta. Jakarta. Indonesia.

Thaddeus. S and Maine. 1990. *To Far Walk ; Maternal Mortality in Context. New York*; Columbia University, Center for Population and Family Health.

Verra. A.P. 2012. *Hubungan Faktor-faktor Risiko dan Kejadian Abortus Spontan di RSMP Periode 1 Januari-31 Desember 2011*. Palembang, Indonesia.

Wiknjosastro H. 1991. *Ilmu Kebidanan*. Ed 3. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta, Indonesia. Hal. 178.

William R. Dkk. 2010. *Ilmu kebidanan : Patologi dan Fisiologi*. Yayasan Essentia Medica (YEM). Ed 1. Yogyakarta, Indonesia. Hal. 413.

WHO. 2000. Managing Complication in Pregnancy and Childbirth: *A Guide for Midwives and Doctors Vaginal Bleeding After Childbirth*. Hal. 25-34.

Yiadom M, dkk. 2010. *Pregnancy, Postpartum Haemorrhage*. Di unduh dari http://emedicine.medscape.com

Lampiran I

PENELITIAN SEBELUMNYA

1. **Nama Peneliti** : Meidrin Joni

   Judul Penelitian : Kejadian perdarahan post partum berdasarkan etiologi di Rumah sakit Muhammad Hoesen Palembang dari bulan januari 2004 sampai desember 2006.

   Desain penelitian : Deskriptif retrospektif

   Sampel : Jumlah ibu bersalin dengan perdarahan post partum 248 kasus

   Hasil : Selama kurun waktu penelitian, terdapat 248 kasus perdarahan post partum.Didapatkan etiologi perdarahan post partum secara berurutan retensio plasenta (50,64%), sisa plasenta (27,04%), laserasi jalan lahir (13,03%), atonia uteri (8,15%) dan lain-lain (1,48%). Keadaan umur ibu dihubungkan dengan perdarahan post partum usia 20-30 tahun (52,78%), 30-40 tahun (36,50%), < 20 tahun (6,70%) dan >40 tahun (4,02%).

2. **Nama Peneliti** : Ryantono Putra

   Judul Penelitian : Angka kejadian dan factor risiko perdarahan pasca persalinan pada ibu-ibu yang di rawat inap dan di bagian Kebidanan Rumah Sakit Umum daerah Bari Palembang periode 01 Januari 2008 – 31 Desember 2009.

   Desain penelitian : Analitik observasional dengan pendekatan *case control*

   Sampel : Sample kasus dan control pada penelitian ini berjumlah 74 orang ibu pengambilan simple dengan cara random sampling.

   Hasil : Angka kejadian perdarahan pasca melahirkan adalah 56 kasus dari 1104 persalian pada tahun 2008, sedangkan pada tahun 2009 terdapat 64 kasus dari 1526 persalianan. Umumnya perdarahan pasca persalinan di sebabkan oleh retensio plasenta (48,7 %), pada kelompok usia 20 – 35 tahun (67,6%), paritas <1 dan >4 (56,8%), sebagian pasien memiliki kadar Hb <11 (91,9%), status gizi ideal (62,2%), penolong pertama persalinan bidan (81,1%), bertempat tinggal di kota palembang (78,4%). Berdasarkan uji statistic tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan perdarahan pasca melahirkan (P=0,227 ; OR = 0,555).

3. **Nama Peneliti** : Santi

Judul Penelitian : Gambaran Faktor Risiko Pasien Perdarahan Postpartum di Bagian Kebidanan Rumah Sakit RK.charitas Palembang Periode 1 Januari 2010-31 Agustus 2011.

Desain penelitian : Deskriptif dengan pendekatan *case series.*

Sampel : Ibu yang melahirkan dengan *hemorrhagic postpartum* 23 kasus.

Hasil : Gambaran Faktor Risiko Pasien Perdarahan Postpartum di Bagian Kebidanan Rumah Sakit RK.charitas Palembang Periode 1 Januari 2010-31 Agustus 2011 berjumlah 23 kasus dari 5119 persalianan. Jenis perdarahan postpartum terbanyak yaitu perdarahan sekunder (69,6), etiologi terbanyak sisa plasenta (65,2%), usia ibu terbanyak 20-35 tahun (87%), paritas terbanyak berstatus multiparitas (73,9%), berdasarkan pendidikan terbanyak SMA (43%), berdasarkan alamat terbanyak bertempat tinggal di palembang (78,3), berdasarkan pekerjaan terbanyak ibu rumah tangga (91,3).

4. **Nama Peneliti** : Rizky Putri Ayu

Judul Penelitian : Prevalensi Perdarahan Pasca Melahirkan di RSMH Periode 1 Januari-31 Desember 2010.

Desain Penelitian : Analitik observasional

Sampel : Pasien dengan kasus perdarahan pasca melahirkan terdapat 88 kasus dari 5197 persalinan.

Hasil : Prevalensi Perdarahan Pasca Melahirkan di RSMH Periode 1 Januari-31 Desember 2010 didapatkan 88 kasus dari 5197 persalinan. Etiologi terbanyak retensio plasenta (45,45%), usia terbanyak 20-35 tahun (72,72%), paritas terbanyak berstatus multigravida (70,46%), berdasarkan penolong persalinan terbanyak yaitu bidan (87,5%), berdasarkan proses persalinan terbanyak yaitu lahir spontan (97,73%), berdasarkan tekanan darah yang terbanyak yaitu hipotensi (55,68%).

ampiran 2

DATA REKAPITULASI PASIEN HEMORRHAGIC POSTPARTUM DI RSMP
PERIODE 1 JULI 2011-30 JUNI 2012

No	No Rekmed	Usia	Paritas	Pendidikan	Jaminan	Ruangan	Penyebab
1	45954	36	P3	SMA	Umum	IIIa	Retensio plasenta
2	50219	32	P1	SMA	Jampersal	IIIb	Retensio plasenta
3	13355	36	P1	SD	Jamsoskes	IIIb	Sisa plasenta
4	48928	17	P1	SMP	Jampersal	IIIb	Sisa plasenta
5	43497	23	P1	SD	Jampersal	IIIb	Sisa plasenta
6	42633	21	P1	SMA	Jamkesmas	IIIb	Sisa plasenta
7	42743	22	PI	SMA	Umum	IIIa	Retensio plasenta
8	42726	37	P4	SMA	Jamsoskes	IIIb	Retensio plasenta
9	43201	25	P1	SMP	Jamkesmas	IIIb	Rupture perineum
10	43596	37	P3	SMA	Jamsoskes	IIIb	Rupture uteri
11	38313	28	P2	SMA	Umum	IIIb	Sisa plasenta
12	39267	21	P1	SMA	Jamsoskes	IIIb	Sisa plasenta
13	39883	28	P1	SMA	Jamkesmas	IIIb	Atonia uteri
14	46576	29	P2	SMA	Jampersal	IIIa	Sisa plasenta
15	33703	36	P3	SMA	Jamsoskes	IIIb	Retensio plasenta
16	34844	24	P1	SMA	Jamkesmas	IIIb	Rupture perineum
17	35594	25	P1	SMA	Jamsoskes	IIIb	Sisa plasenta
18	36282	27	P3	SMA	Jamkesmas	IIIb	Retensio plasenta
19	32523	27	P1	SMA	Inhealth	IIIa	Rupture perineum
20	31213	41	P5	SD	Jampersal	IIIa	Retensio plasenta
21	30308	18	P1	SD	Umum	IIIa	Sisa plasenta
22	30182	39	P6	SMA	Jamkesmas	IIIb	Retensio plasenta
23	27421	38	P3	SMA	Jamkesmas	IIIb	Retensio plasenta
24	27617	31	P2	SMA	Jamsoskes	IIIb	Retensio plasenta
25	26574	30	P2	SMA	Nayaka	IIIb	Rupture perineum
26	26572	40	P4	SMP	Umum	IIIb	Retensio plasenta
27	26032	28	P1	SMA	Jamsoskes	IIIb	Retensio plasenta
28	25927	27	P1	SMA	Jampersal	IIIb	Sisa plasenta
29	25909	34	P2	SMA	Jamsostek	IIIa	Retensio plasenta
30	23626	37	P3	SMP	Jamsoskes	IIIb	Retensio plasenta
31	72887	27	P1	SMA	Jamsoskes	IIIa	Laserasi vagina
32	63325	26	P2	S1	Jamsostek	IIIa	HPP
33	64698	22	P1	SMA	Jampersal	IIIb	Sisa plasenta
34	65533	30	P2	SD	Umum	IIIb	Retensio plasenta
35	67491	32	P2	SMP	Jampersal	IIIb	Retensio plasenta
6	71985	29	P4	SMA	Jampersal	IIIb	Retensio plasenta
7	66688	27	P1	SD	Umum	IIIa	Sisa plasenta
8	61219	28	P1	SD	Jampersal	IIIb	Retensio plasenta
9	62066	29	P2	SMA	Umum	IIIa	Sisa plasenta
0	63008	25	P1	SMP	Jampersal	IIIb	Retensio plasenta
1	63087	37	P4	SMA	Jampersal	IIIb	Sisa plasenta

42	60320	32	P5	SMP	Jampersal	IIIb	Retensio plasent
43	56580	25	P1	SD	Jamkesmas	IIIb	Sisa plasenta
44	56431	36	P4	SMP	Jamkesmas	IIIb	Retensio plasent
45	54171	40	P6	SMP	Jamkesmas	IIIb	Retensio plasent
46	54572	25	P3	SD	Umum	IIIa	Atonia uteri
47	55189	24	P1	SMA	Umum	IIIa	Retensio plasent
48	55484	22	P1	SMP	Jampersal	IIIb	Retensio plasent
49	56303	20	P1	SMA	Umum	IIIa	Sisa plasenta
50	54359	25	P2	SMA	Jamsostek	IIIa	Retensio plasent
51	55721	41	P3	SMA	Jamkesmas	IIIb	Retensio plasent
52	62175	25	P1	SMP	Jampersal	IIIb	Inversion uterus

Lampiran 3 Check List Penelitian

ANGKA KEJADIAN *HEMORRHAGIC POSTPARTUM*
BERDASARKAN FAKTOR ETILOGI DAN RISIKO
DI RSMP PERIODE 1 JULI 2011-30 JUNI 2012

Identitas

Nama :

Umur :

Alamat: :

No	Faktor Etiologi	Ya	Tidak
1	Atonia uteri		
2	Laserasi jalan lahir		
3	Retensio plasenta		
4	Sisa plasenta		
5	Inversio uterus		
6	Kelainan pembekuan darah		

No	Faktor Risiko	Risiko tinggi	Risiko rendah
1	Usia ibu	☐ <20/>35	☐ 20-30
2	Paritas	☐ Primipara dan grandemultipara	☐ Multipara
3	Pendidikan	☐ Tidaksekolah/hanya sampai SMP	☐ Pendidikan sampai SMA dan keatas
4	Sosial ekonomi	☐ Sosial ekonomi rendah	☐ Sosial ekonomi tinggi

Lampiran 4 Foto Lapangan

Gambar 1 : Ruang rekam medik RSMP

Gambar 2 : Peneliti melakukan pengambilan data rekam medik di RSMP

RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG

"Melayani Sebagai Ibadah dan Dakwah"

بسم الله الرحمن الرحيم

SURAT KETERANGAN

No:٥١٩٢/KET/L-1/RSMP/II/2013

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama	: Arnida
NPM	: 70 2009 035
Program Studi	: Pendidikan Dokter
Perguruan Tinggi	: Universitas Muhammadiyah Palembang

Benar telah melakukan penelitian di RS. Muhammadiyah Palembang dengan judul penelitian "Angka Kejadian Hemorrhagic Postpartum Berdasarkan Faktor Etiologi dan Risiko di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode 1 Juli 2011 s.d 30 Juni 2012" pada tanggal 31 Desember 2012 s.d 2 Januari 2013 dengan Baik.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Nasrunminallah Wafathun Qarib.
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Palembang, 20 Rabiul Awal 1434 H
01 Februari 2013 M

Direktur,

Dr. Yudi Fadilah, Sp.PD. FINASIM
NBP. 05.64.0066

Jl. Jam 13 uw Telp. (0711) 511446 Fax (0711) 519988
smuli_pla@yahoo.co.id Palembang 30263

RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG (RSMP)

Jln. Jend. A. Yani 13 Ulu Telp. (0711) 511446 Fax. (0711) 519988
e-mail : rsmuh_plg@yahoo.co.id Palembang 30263

بسم الله الرحمن الرحيم

No : 1518 /J-1/RSMP/X/2012
Lamp : -
Hal : Izin Pengambilan Data Awal

Palembang, 24 Zulkaidah 1433 H
10 Oktober 2012 M

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang
Di Palembang

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang tanggal 3 Oktober 2012 No : 1910/H-5/FK-UMP/IX/2012 tentang permohonan pengambilan data awal bagi mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang di RS. Muhammadiyah Palembang a.n Armida. NIM : 70 2009 035 dengan judul penelitian *"Angka Kejadian Perdarahan Pasca Melahirkan berdasarkan Faktor Etiologi dan Resikonya di RSMP Periode 1 Januari – 31 Desember 2012"*, dengan ini kami sampaikan bahwa kami mengizinkan kegiatan dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Mahasiswa yang bersangkutan mematuhi peraturan dan ketentuan yang berlaku di RS. Muhammadiyah Palembang.
2. Data yang diperoleh hanya untuk kepentingan ilmiah dan tidak akan dipublikasikan/disebarluaskan tanpa izin dari RS. Muhammadiyah Palembang.
3. Hal-hal lain dapat berkoordinasi langsung ke Bagian Diklat RS. Muhammadiyah Palembang.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatian diucapkan terima kasih.

Nasrunminallah Wafathun Qarib
Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Direktur,

Dr. Yudi Fadilah, Sp.PD. FINASIM

RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG (RSMP)

Jln. Jend. A. Yani 13 Ulu Telp. (0711) 511446 Fax. (0711) 519988
e-mail : rsmuh_plg@yahoo.co.id Palembang 30263

بسم الله الرحمن الرحيم

DATA PASIEN DENGAN DIAGNOSA HAMIL ATERM (PARTUS) HPP, DAN PARTUS PREMATURUS DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG

Nama : Arnida
NIM : 70 2009 035

a. Jumlah Pasien Partus :
: Σ 2009 : 919 Σ 2010 : 4082 Σ 2011 : 4815 : Σ 2012 : 2233

b. Jumlah Pasien dengan diagnosa HPP
: Σ 2009 : 14 Σ 2010 : 55 Σ 2011 : 83 : Σ 2012 : 61

Nama : Amalia Kharisma
NIM : 70 2009 031

a. Jumlah Pasien Partus :
: Σ 2009 : 919 Σ 2010 : 4082 Σ 2011 : 4815 Σ 2012 : 2233

b. Jumlah Pasien dengan diagnosa Partus Prematurus
: Σ 2009 : 18 Σ 2010 : 185 Σ 2011 : 205 Σ 2012 : 186

Palembang 13 Oktober 2012

Mukhlisin AM.Pk

بسم الله الرحمن الرحيم

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : ARNIDA	PEMBIMBING I : dr. Safyudin, M. Biomed
NIM : 70 2009 035	PEMBIMBING II : dr. Patricia Wulandari

JUDUL SKRIPSI : Angka kejadian Hemorragi [illegible] berdasarkan faktor ekologi dan risiko di RSMP periode 1 Juni [illegible] - 30 Juni 2012

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING I	PARAF PEMBIMBING II	KETERANGAN
	16-01-2013	Revisi BAB IV			
	14-01-2013	Revisi BAB IV			
	28-01-2013	Revisi BAB IV dan V			
	29-01-2013	Revisi BAB IV dan V			
	15-05-2013	ACC Skripsi			
	15-05-2013	ACC Skripsi			

CATATAN :

Dikeluarkan di Palembang
Pada tanggal [illegible]
a.n. Dekan
Ketua UPK

BIODATA

Nama	: Arnida
Tempat Tanggal lahir	: Palembang, 5 April 1991
Alamat	: Jl. Sultan Mansyur, komplek green forest residence blok L11 Palembang.
Telp/Hp	: 081377774798
Email	: arnida_bl@yahoo.com
Agama	: Islam
Nama Orang Tua	
Ayah	: Abului
Ibu	: Baina
Jumlah Saudara	: 5 (Lima) Orang
Anak Ke	: 4 (Empat)
Riwayat Pendidikan	: SD Negeri 1 Pauh 1997-2003 SMP Negeri Pauh 2003-2006 SMA Muhammadiyah 2 Palembang 2006-2009

Palembang, 25 Mei 2013

(ARNIDA)