

HALAMAN PENGESAHAN

**KARAKTERISTIK IBU DENGAN PERDARAHAN
POST PARTUM DI RSUD PALEMBANG BARI
PERIODE TAHUN 2009 – 2011**

Dipersiapkan dan disusun oleh :
Muhammad Adriwansah
NIM : 70 2009 004

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

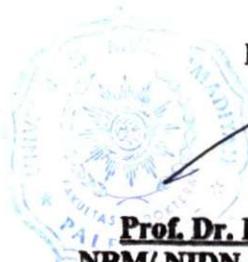
Pada tanggal 18 Februari 2013

Menyetujui :

Prof. dr. H. Syakroni Daud Rusydi, Sp. OG (K)
Pembimbing Pertama

Dr. Irfannuddin, Sp. KO, AIF, M.Pd.Ked
Pembimbing Kedua

Dekan
Fakultas Kedokteran



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

PERNYATAAN

Dengan ini saya menerangkan bahwa :

1. Karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan 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, Februari 2013

Yang membuat pernyataan



(Muhammad Adriwansah)

NIM 70 2009 004

PERSEMBAHAN DAN MOTTO

"Lebih mudah meneruskan apa adanya, walau pun tidak mudah hidup dalam kesulitan. Maka jangan ganggu dia yang sulit berubah, walau pun itu untuk kebbaikannya sendiri. Biarkanlah dia mengutamakan yang mudah sekarang, karena dia tidak keberatan dengan kesulitannya. Tinggalkanlah kesenangan yang menghalangi pencapaian kecemerlangan hidup yang di idamkan. Dan berhati-hatilah, karena beberapa kesenangan adalah cara gembira menuju kegagalan."

(Mau Teguh)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan mengucapkan syukur Alhamdulillah, kupersembahkan skripsiku ini untuk orang-orang yang telah membantu dibelakang saya selama ini yang tercantum dibawah ini :

- ❖ Orang tua sebagai motivator dalam hidupku yang mendo'akan dan membimbingku hingga sampai saat ini.
- ❖ Saudaraku emiralda rahma dwiyani yang sudah menjadi teman bermainku dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Dosen pembimbing yang terbaik

Prof. dr. H. Syakroni Daud Rusydi, Sp. OG (K), dan dr. Irfannuddin, Sp. KO, AIF, M.Pd.Ked

Terima kasih sebesar-besarnya saya ucapkan kepada my beloved Rina Destariana yang telah banyak membantu menyelesaikan skripsi ini dengan penuh rasa kasih sayang di saat suka maupun duka.

Sahabat-sahabat FKUMP 2009 : Dipta (Ketua angkatan 2009), wisman, uban, tengil, dodo, jaka, lidan, reyki, feri, aan, hariadi, alman, opek, abot, kaisar, diaz. Yang saya tidak dapat jabarkan satu persatu, dan sahabat forum PES / FIFA / Game online yang telah banyak berbagi ilmu untuk sharing merefreshkan diri.

Terima kasih semuanya yang telah membantu.

WE ARE FAMILY FKUMP PALEMBANG

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, FEBRUARI 2013
MUHAMMAD ADRIWANSAH**

Karakteristik Ibu dengan Perdarahan Postpartum di RSUD Palembang Bari Periode Tahun 2009 - 2011

xii + 72 halaman + 12 tabel + 7 gambar + 4 lampiran

ABSTRAK

Angka Kematian Ibu (AKI) menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2002-2003 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup, salah satu penyebabnya yaitu perdarahan postpartum. Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum di RSUD Palembang Bari periode tahun 2009 - 2011. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Populasi penelitian ini sebanyak 115 subjek. Penelitian ini menunjukkan prevalensi perdarahan postpartum sebesar 1,62 %, Distribusi frekuensi usia < 20 tahun (11,3%), dan usia > 36 tahun (21,7%) merupakan risiko tinggi terjadi perdarahan postpartum. Distribusi frekuensi lebih banyak pada tingkat pendidikan ibu SD (39,1%). Distribusi frekuensi paritas merata pada multigravida (48,69%), primigravida (37,4%), dan grandemultigravida (13,91%). Distribusi frekuensi status multigravida pada G₂P₁A₀ (25%), G₃P₂A₀ (19,7%), dan G₄P₃A₀ (53,6%). Distribusi frekuensi penyebab perdarahan postpartum lebih banyak pada sisa plasenta (72,1%). Distribusi frekuensi faktor risiko lebih banyak dipengaruhi oleh anemia (94,78%). Dari hasil penelitian usia < 20 tahun dan usia ≥ 35 tahun mempengaruhi terjadi perdarahan postpartum, tingkat pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan mengenai perdarahan postpartum. Semakin tinggi paritas, maka risiko tinggi terjadi perdarahan postpartum. Penyebab dan faktor risiko yang terbanyak mengakibatkan perdarahan postpartum yaitu sisa plasenta dan anemia.

Referensi : 40 (1992 - 2011)

Kata kunci : perdarahan postpartum, usia, paritas, faktor risiko

**MUHAMMADIYAH PALEMBANG UNIVERSITY
MEDICAL FACULTY**

SCRIPT, FEBRUARY 2013

AUTHOR BY MUHAMMAD ADRIWANSAH.

***Characteristics of Mother with Postpartum Hemorrhage in RSUD
Palembang Bari in to 2009-2011 Period***

xii + 72 pages + 12 tables + 7 images + 4 attachments

ABSTRACT

The number of maternal deaths, according to the demographic (SKDI) and health survey indonesia in 2002 to approximately 307 per 100.000 live births, and one of the was causes is postpartum hemorrhage. This research aimed to find out of the characteristics in mothers with postpartum hemorrhage in RSUD Palembang Bari in 2009 to 2011 period.

This research uses a type of descriptive research. The population of this study there are 115 subject.

This study showed the prevalence of postpartum hemorrhage by 1.62%, the frequency distribution of age < 20 years (11.3%), and age > 36 years (21.7%) is a high risk of postpartum hemorrhage occurred. The distribution of frequency more on maternal level of education primary school (SD) (39,1%). Parity distribution evenly on a multigravida (48,69%), primigravida (37,4%), dan grandemultigravida (13,91%). Status of frequency distribution on multigravida G₂P₁A₀ (25%), G₃P₂A₀ (19,7%), and G₄P₃A₀ (53,6%). The frequency distribution of the causes of postpartum hemorrhage a lot better on the tissue (sis plasenta) (72,1%). The frequency distribution at risk factors more affected by anemia (94,78%).

From the result of the research age < 20 years and age ≥ 35 years affecting postpartum hemorrhage occurs, the level of education affects the knowledge of postpartum hemorrhage. The higher of parity, increase risk of postpartum hemorrhage. The causes and risk factor that lead to postpartum hemorrhage is tissue (sis plasenta) and anemia.

Reference : 40 (1992 - 2011)

Keywords : postpartum hemorrhage, age, parity, risk factor

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul **“Karakteristik Ibu Dengan Perdarahan Postpartum di RSUD Palembang Bari Periode Tahun 2009 - 2011”** sebagai salah satu syarat untuk melakukan penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Salawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita, nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikut-pengikutnya sampai akhir zaman.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Dalam hal penyelesaian penelitian ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan saran. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. Allah SWT, yang telah memberi kehidupan dengan sejuknya keimanan.
2. Kedua orang tua yang selalu memberi dukungan materil maupun spiritual.
3. Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp. And selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
4. Prof. dr. H. Syakroni Daud Rusydi, Sp. OG (K) selaku pembimbing I.
5. dr. Irfanuddin, Sp.KO, AIF, M.Pd.Ked selaku pembimbing II.
6. Teman-teman sejawat angkatan 2009 atas semangat dan kerjasamanya sampai sekarang.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga laporan ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, Februari 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan masalah	2
1.3. Tujuan penelitian	2
1.3.1. Tujuan umum	2
1.3.2. Tujuan khusus	2
1.4. Manfaat Penelitian	3
1.4.1. Manfaat peneliti	3
1.4.2. Manfaat masyarakat	3
1.4.3. Manfaat institusi RSUD Palembang Bari	3
1.4.4. Manfaat akademik	3
1.5. Keaslian penelitian	3
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Landasan teori	5
2.1.1. Definisi persalinan	5
2.1.2. Faktor persalinan	5
A. Faktor-faktor penyebab mulainya persalinan.....	5
B. Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan.....	6
2.1.3. Tahapan persalinan normal	7

A.	Kala 1 (Kala pembukaan)	7
B.	Kala 2 (Kala pengeluaran).....	8
C.	Kala 3 (Kala uri)	9
D.	Kala 4 (Kala nifas)	9
2.1.4.	Perubahan uterus dan jalan lahir dalam persalinan.....	9
2.1.5.	Definisi perdarahan postpartum	12
2.1.6.	Angka kejadian perdarahan postpartum	13
2.1.7.	Klasifikasi perdarahan postpartum	14
2.1.8.	Etiologi perdarahan postpartum	14
2.1.9.	Patofisiologi perdarahan postpartum	18
2.1.10.	Gejala klinis perdarahan postpartum	19
2.1.11.	Diagnosis perdarahan postpartum	19
2.1.12.	Penatalaksanaan umum perdarahan postpartum	20
2.1.13.	Penatalaksanaan perdarahan postpartum untuk berbagai penyebab	21
2.1.14.	Pencegahan perdarahan postpartum	32
2.1.15.	Kasus-kasus risiko tinggi perdarahan postpartum	35
2.1.16.	Pengaruh pendidikan perdarahan postpartum	40
2.2.	Kerangka konsep	40
2.3.	Kerangka teori	41

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1	Jenis penelitian	42
3.2	Waktu dan tempat penelitian	42
3.3	Populasi dan sampel	42
3.3.1.	Populasi	42
3.3.2.	Sampel	42
3.4	Kriteria retriaksi	42
3.4.1	Kriteria inklusi	42
3.5	Variabel penelitian	42
3.6	Definisi operasional	43
3.7	Cara pengumpulan data	45

3.8	Metode teknik analisis data	45
3.9	Alur kerja / alur penelitian	45
3.10	Jadwal kegiatan penelitian	46
3.11	Anggaran penelitian	46
 BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1.	Hasil Penelitian	47
4.1.1.	Prevalensi perdarahan postpartum di RSUD Palembang Bari	47
4.1.2.	Usia ibu	48
4.1.3.	Pendidikan ibu	48
4.1.4.	Penyebab perdarahan postpartum	49
4.1.5.	Paritas ibu	50
4.1.6.	Status multigravida	51
4.1.7.	Faktor risiko perdarahan postpartum	51
4.2.	Pembahasan	52
4.2.1.	Prevalensi perdarahan postpartum di RSUD Palembang Bari	52
4.2.2.	Usia ibu	53
4.2.3.	Pendidikan ibu	53
4.2.4.	Penyebab perdarahan postpartum	53
4.2.5.	Paritas ibu	54
4.2.6.	Status multigravida	54
4.2.7.	Faktor risiko perdarahan postpartum	55
4.3.	Keterbatasan penelitian	57
 BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN		
5.1.	Kesimpulan	48
5.2.	Saran	59
 DAFTAR PUSTAKA		60
LAMPIRAN		64
RIWAYAT HIDUP		72

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Penelitian Sebelumnya tentang perdarahan postpartum.....	4
Tabel 2.1.	Kematian ibu yang disebabkan oleh hpp di negara-negara tertentu	13
Tabel 2.2.	Diagnosis perdarahan postpartum	19
Tabel 3.1.	Jadwal kegiatan penelitian	46
Tabel 3.2.	Anggaran penelitian	46
Tabel 4.1.	Distribusi berdasarkan prevalensi perdarahan postpartum.....	47
Tabel 4.2.	Distribusi berdasarkan umur	47
Tabel 4.3.	Distribusi berdasarkan pendidikan	48
Tabel 4.4.	Distribusi berdasarkan penyebab perdarahan postpartum	49
Tabel 4.5.	Distribusi berdasarkan paritas	50
Tabel 4.6.	Distribusi berdasarkan status multigravida	51
Tabel 4.7.	Distribusi berdasarkan faktor risiko perdarahan postpartum	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kompresi bimanual internal	22
Gambar 2.2. Kompresi bimanual eksternal	23
Gambar 2.3. <i>Sengstaken-blakemore tube and bakri ballon</i>	24
Gambar 2.4. <i>Rusch hydrostatic balloon catheter</i>	25
Gambar 2.5. <i>Bakri postpartum balloon</i>	25
Gambar 2.6. Bagan penanganan atonia uteri	26
Gambar 2.7. Robekan <i>serviks</i>	29

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kartu aktivitas bimbingan skripsi	61
Lampiran 2. Surat izin pengambilan data awal di RSUD Palembang Bari	62
Lampiran 3. Surat telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Palembang Bari	63
Lampiran 4. Data kegiatan persalinan pada kamar bersalin di RSUD Palembang Bari	64

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dapat digunakan sebagai salah satu indikator pembangunan bidang kesehatan dan sebagai bagian dari pencerminan provinsi dalam keberhasilan meningkatkan IPM (Indeks Pembangunan Manusia). (Profil Kesehatan Indonesia, 2007).

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 (BAPPENAS, 2010).

Berdasarkan data dari WHO tentang angka kematian ibu di seluruh dunia, ternyata terdapat 3 keadaan obstetrik yang menjadi penyebab kematian ibu, yaitu perdarahan (antepartum maupun postpartum), preeklampsia atau eklampsia, dan infeksi (sepsis). Di US tahun 1995 sampai 2004, prevalensi perdarahan postpartum meningkat 28%. Perdarahan postpartum meningkatkan kemungkinan kematian di rumah sakit dan menyebabkan 19% dari kematian ibu di rumah sakit (Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, 2010).

Tahun 2005 jumlah kematian ibu karena perdarahan postpartum di rumah sakit di Indonesia sebanyak 71 kasus dari 8212 kasus perdarahan postpartum (CFR 0,86%) dan tahun 2006 sebanyak 43 kasus dari 7376 kasus perdarahan postpartum (CFR 0,6%) (Profil Kesehatan Indonesia, 2007).

Di Indonesia angka kematian ibu hamil relatif tinggi. Pada tahun 1998 kematian maternal diperkirakan 450/100.000 kelahiran hidup, angka tersebut adalah tertinggi di Asia Tenggara yang rata-ratanya hanya 5-142 / 100.000 kelahiran hidup dan 50 kali lebih tinggi dari pada angka kematian maternal di negara-negara maju yang hanya berkisar 5-10 / 100.000 kelahiran hidup. (Praworihadjo, 2008)

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan (2010) penyebab utama kematian ibu di Sumatera Selatan belum ada survei khusus, tetapi secara nasional disebabkan karena komplikasi persalinan (45%), retensio plasenta (20%), robekan jalan lahir (19%), partus lama (11%), perdarahan dan eklampsia masing-masing (10%), komplikasi selama nifas (5%), dan demam nifas (4%) (Dinkes Sumsel, 2010)

Menurut laporan Mochtar, dkk (1998) frekuensi perdarahan postpartum adalah 5,1% dari seluruh persalinan. Dari laporan-laporan baik di negara maju maupun di negara berkembang angka kejadian berkisar antara 5% sampai 15%. Dari angka tersebut, diperoleh sebaran etiologi antara lain : atonia uteri (50-60%), sisa plasenta (23-24%), laserasi jalan lahir (4-5%), kelainan pembekuan darah (0,5-0,8%). (Mochtar, 1998)

Definisi perdarahan postpartum saat ini belum dapat ditentukan secara pasti. Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai perdarahan lebih dari 500 mL setelah persalinan pervaginam atau lebih dari 1.000 mL setelah persalinan abdominal. Perdarahan dalam jumlah ini dalam waktu kurang dari 24 jam disebut sebagai perdarahan postpartum primer, dan apabila perdarahan ini terjadi lebih dari 24 jam disebut sebagai perdarahan postpartum sekunder. (Wiknjosastro, 1999).

Berdasarkan data mengenai perdarahan postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari pada tahun 2009 adalah 35 orang, tahun 2010 adalah 40 orang, dan tahun 2011 ada 40 orang (data Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari)

Berdasarkan uraian diatas, maka perlu dilakukan penelitian mengenai karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum tahun 2009 - 2011, karena belum ada penelitian sebelumnya mengenai karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari.

1.2. Rumusan masalah

Bagaimanakah prevalensi karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari tahun 2009 - 2011 ?

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Mengetahui prevalensi ibu dengan perdarahan postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari tahun 2009 - 2011.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui distribusi usia ibu dengan perdarahan postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari tahun 2009 - 2011.

2. Untuk mengetahui distribusi tingkat pendidikan ibu dengan perdarahan postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari tahun 2009 - 2011.
3. Untuk mengetahui distribusi penyebab akibat atonia uteri, sisa plasenta, robekan jalan lahir, kelainan pembekuan darah pada ibu dengan perdarahan postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari tahun 2009 - 2011.
4. Untuk mengetahui distribusi faktor risiko antara lain paitas, anemia, kehamilan ganda (gemelli), bayi besar (makrosomia), partus lama (partus kasep), dan jarak kelahiran pada ibu dengan perdarahan postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari tahun 2009 - 2011.

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1. Manfaat bagi peneliti

Sebagai sarana pengembangan diri untuk menambah wawasan dan penerapan pengetahuan mengenai perdarahan postpartum yang diperoleh penulis tentang metodologi penelitian, dan menjadi data awal atau penelitian pendahuluan bagi penelitian selanjutnya yang sejenis atau terkait.

1.4.2. Manfaat bagi masyarakat

Sebagai bahan tambahan informasi yang terbaru mengenai perdarahan postpartum, terutama bagi ibu hamil yang memiliki faktor risiko.

1.4.3. Manfaat bagi institusi Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari

Sebagai bahan evaluasi yang dapat digunakan dalam upaya peningkatan tindakan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif untuk pasien dengan perdarahan postpartum, sehingga dapat menjamin mutu pelayanan kesehatan.

1.4.4. Manfaat bagi akademik

Sebagai bahan dokumentasi yang bisa bermanfaat bagi fakultas kedokteran universitas muhammadiyah Palembang.

1.5 Keaslian penelitian

Masih belum banyak penelitian tentang karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum. Menurut pengetahuan peneliti belum pernah dilakukannya penelitian ini di

Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari. Tetapi menurut penelitian yang hampir sama dilakukan bisa dilihat pada tabel 1.1

Tabel 1.1 Perbandingan penelitian sebelumnya

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Lucinda	Hubungan karakteristik ibu bersalin dengan kejadian perdarahan postpartum karena atonia uteri di RSUD kota bekasi periode januari 2009 - desember 2010	Deskriptif analitik	Ibu Hamil dengan kejadian atonia uteri 31 pasien dari 2436 persalinan (1,27%) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna anatara paritas risiko tinggi ($p=0,002$, $OR=6,905$) dan kelompok kadar hb anemia ($p=0,000$), $OR=1,816$) dengan atonia uteri. Sedangkan pada kelompok umur risiko tinggi ($p=0,123$, $OR=2,013$) tidak terdapat hubungan yang bermakna dan hanya berupa faktor risiko terhadap atonia uteri
Afroh fauziah	Hubungan antara keteraturan antenatal care dengan kejadian perdarahan postpartum di RSUD DR. Moewardi Surakarta tahun 2010	Observasi analitik dengan pendekatan case control	Hasil analisis data memperlihatkan nilai Chi-square hitung ($6,65$) > Chi-square tabel ($3,841$), dan nilai $OR = 0,125$. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara keteraturan <i>antenatal care</i> dengan kejadian perdarahan postpartum di RSUD DR. Moewardi Surakarta, dan keteraturan ANC dapat menurunkan kejadian perdarahan postpartum $0,125x$ atau $1/8x$.

Sumber; (Lucinda, 2010 ; Fauziah, 2010)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan teori

2.1.1. Definisi persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjosastro G.H, 2010).

Persalinan (*partus = labor*) adalah proses pengeluaran produk konsepsi yang viable melalui jalan lahir biasa dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Sarwono, 2008).

Persalinan normal atau persalinan spontan (*per vaginam*) terjadi bayi lahir dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat-alat atau alat bantu serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wiknjosastro, 2005).

2.1.2. Faktor-faktor persalinan

A. Faktor-faktor penyebab mulainya persalinan

Suatu persalinan ditandai dengan peningkatan aktivitas miometrium dari aktivitas jangka panjang dan frekuensi rendah, menjadi aktivitas tinggi dengan frekuensi yang tinggi. Dimana akan menghasilkan suatu keadaan menipisnya dan membukanya serviks uterus. Pada persalinan yang normal, terdapat juga hubungan antara waktu dengan perubahan biokimiawi pada jaringan ikat serviks, yang menyebabkan kontraksi uterus dan pembukaan serviks. Semua peristiwa tersebut terjadi sebelum pecahnya selaput ketuban (Gabbe, S.G., 2002).

Sebab terjadinya persalinan sampai kini masih merupakan teori-teori yang kompleks. Faktor-faktor humoral, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf, dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang mengakibatkan persalinan mulai. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya persalinan, antara lain penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Seperti diketahui progesteron merupakan penenang bagi otot-otot uterus. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga aterm meningkat terlebih sewaktu persalinan (Cunningham G.E, 2001).

B. Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan

1. *Power / his* (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Kontraksi ini yang bersifat otonom tidak dipengaruhi kemauan, walaupun begitu dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan dapat menimbulkan kontraksi. (Mochtar, 1998)

Menurut Mochtar, dkk (1998), pembagian his dalam persalinan dan sifat-sifatnya :

a. His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur menyebabkan "show".

b. His pembukaan (kala I)

1). His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm.

2). Mulai kuat, teratur dan sakit.

c. His pengeluaran (His mengedan) kala II

1). Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama.

2). His untuk pengeluaran janin.

3). Koordinasi bersama antara : his kontraksi otot perut, diafragma dan ligamen

d. His pelepas uri (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

e. His pengiring (kala IV)

Kontraksi lemah, masih sedikit pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

2. *Passege* (Jalan lahir)

Jalan lahir ini adalah : (Mochtar, 1998)

a. Tulang punggung.

b. Dasar panggul.

c. Uterus dan vagina.

Agar anak dapat melalui jalan lahir tanpa rintangan maka jalan tersebut harus normal.

a. Tulang panggul

Ukuran panggul dalam, antara lain :

- 1) PAP : Promontorium / conjugata diagonalis (normal - 12,5 cm
Linia inominata normal teraba - $\frac{1}{2}$ lingkaran).
- 2) PTP : Spina ischiadica (normal tidak menonjol) lengkung
sacrum (normal cukup)
- 3) PBP : Arcus pubis (normal 90°) mobilitas os cocygeus (normal
cukup)

b. Dasar Panggul

Terdiri dari otot-otot dan macam-macam jaringan untuk dapat dilalui anak dengan mudah. Jika terjadi kekakuan pada jaringan dan otot. Hal ini akan menjadi robek atau ruptur.

c. Uterus dan vagina

- 1) Uterus yang normal harus dapat menyesuaikan dengan isinya tanpa adanya rintangan di dalam uterus, misalnya tumor.
- 2) Vagina yang normal dapat merupakan saluran yang bebas dilalui anak.

3. *Passanger* (Janin)

Isi uterus yang akan dilahirkan adalah janin, air ketuban dan plasenta. Agar persalinan dapat berjalan lancar maka faktor *passanger* harus normal (Mochtar, 1998).

2.1.3. Tahapan persalinan normal

Persalinan dibagi menjadi 4 kala. Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, kala ini dinamakan pula kala pembukaan. Kala II disebut pula kala pengeluaran oleh karena berkat kekuatan his dan kekuatan mengedan janin didorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau kala uri, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 1 jam, dalam kala ini diamati apakah terjadi perdarahan postpartum pada ibu atau tidak (Cunningham G.E, 2001).

A. Kala 1 (Kala pembukaan)

Secara klinis dapat dinyatakan persalinan dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh

kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka. Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase :

1. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Selama fase ini, orientasi dari kontraksi uterus adalah pada perlunakan serviks serta penipisan (*effacement*). Kriteria minimal Friedman untuk memasuki fase aktif adalah pembukaan dengan laju 1,2 cm/jam untuk nullipara, serta 1,5 cm/jam untuk multipara (Cunningham G.E, 2001).

2. Fase aktif

Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yakni:

- a. *Fase akselerasi*. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b. *Fase dilatasi maksimal*. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c. *Fase deselerasi*. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dengan multigravida. Pada yang pertama ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Pembukaan ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang bersamaan. Selaput ketuban akan pecah sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap (Wiknjosastro, 2005).

B. Kala 2 (Kala pengeluaran)

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengedan. Wanita merasa pula tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai

membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his, dan dengan his dan kekuatan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simfisis pubis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota bayi. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 30 menit (Cunningham G.E, 2001).

C. Kala 3 (Kala uri)

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah (Cunningham G.E, 2001).

D. Kala 4 (Kala nifas)

Kala IV adalah kala yang memantau ibu pasca melahirkan selama 1-2 jam untuk melihat apakah terjadi perdarahan postpartum atau tidak. Pada saat kala ini juga dilakukan pemantauan vital sign untuk mengetahui keadaan umum ibu (Wiknjosastro, 2005).

2.1.4. Perubahan pada uterus dan jalan lahir dalam persalinan

Adapun perubahan yang terjadi pada uterus dan jalan lahir saat persalinan berlangsung sebagai berikut :

1. Keadaan segmen atas dan segmen bawah rahim pada persalinan

Uterus terdiri dari 2 bagian, yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang terbentuk dari isthmus uteri. Dalam persalinan, perbedaan antara segmen atas dan bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peranan aktif karena berkontraksi. Dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya, segmen bawah rahim memegang peranan pasif dan makin menipis seiring dengan majunya persalinan karena diregang. Jadi, segmen atas berkontraksi, menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan segmen bawah dan serviks mengadakan

relaksasi dan dilatasi serta menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui bayi (Cunningham FG, 2006)

2. Sifat kontraksi otot rahim

a. Kontraksi otot rahim mempunyai dua sifat yang khas, yaitu :

1) Setelah kontraksi, otot tersebut tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi, tetapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi. Kejadian ini disebut retraksi. Dengan retraksi, rongga rahim mengecil dan anak berangsur di dorong ke bawah dan tidak banyak naik lagi ke atas setelah his hilang. Akibatnya segmen atas makin tebal seiring majunya persalinan, apalagi setelah bayi lahir (Cunningham FG, 2006).

2) Kontraksi tidak sama kuatnya, tetapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur berkurang ke bawah dan paling lemah pada segmen bawah rahim. Jika kontraksi di bagian bawah sama kuatnya dengan kontraksi di bagian atas, tidak akan ada kemajuan dalam persalinan. Karena pada permulaan persalinan serviks masih tertutup, isi rahim tentu tidak dapat didorong ke dalam vagina. Jadi, pengecilan segmen atas harus diimbangi oleh relaksasi segmen bawah rahim. Akibat hal tersebut, segmen atas makin lama semakin mengecil, sedangkan segmen bawah semakin diregang dan makin tipis, isi rahim sedikit demi sedikit terdorong ke luar dan pindah ke segmen bawah. Karena segmen atas makin tebal dan segmen bawah makin tipis, batas antar segmen atas dan segmen bawah menjadi jelas. Batas ini disebut "lingkaran retraksi fisiologis". Jika segmen bawah sangat diregang, lingkaran retraksi lebih jelas lagi dan naik mendekati pusat, lingkaran ini disebut "lingkaran retraksi patologis" atau "lingkaran Bandl" yang merupakan tanda ancaman robekan rahim dan muncul jika bagian depan tidak dapat maju, misalnya karena pangul sempit (Cunningham FG, 2006).

3. Perubahan bentuk rahim

Pada tiap kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang, sedangkan ukuran melintang maupun ukuran muka belakang berkurang. Pengaruh perubahan bentuk ini ialah sebagai berikut :

- a. Karena ukuran melintang berkurang, lengkungan tulang punggung anak berkurang, artinya tulang punggung menjadi lebih lurus. Dengan demikian, kutub atas anak tertekan pada fundus, sedangkan kutub bawah ditekan ke dalam pintu atas panggul.
- b. Karena rahim bertambah panjang, otot-otot memanjang diregang dan menarik segmen bawah dan serviks.

Hal ini merupakan salah satu penyebab pembukaan serviks (Sarwono, 2008).

4. Faal ligamentum rotundum dalam persalinan

Ligamentum rotundum mengandung otot-otot polos. Jika uterus berkontraksi, otot-otot ligamentum ini ikut berkontraksi sehingga menjadi lebih pendek. Pada tiap kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan dan mendesak dinding perut depan ke depan. Perubahan letak uterus sewaktu kontraksi penting karena dengan demikian sumbu rahim searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan adanya kontraksi ligamentum rotundum, fundus uteri tertambat. Akibatnya fundus tidak dapat naik ke atas sewaktu kontraksi. Jika fundus uteri dapat naik ke atas sewaktu kontraksi, kontraksi tersebut tidak dapat mendorong anak ke bawah. (Cunningham FG, 2006)

5. Perubahan pada serviks

Agar anak dapat keluar dari rahim, perlu terjadi pembukaan serviks. Pembukaan serviks ini biasanya didahului oleh pendataran serviks.

a. Pendataran serviks

Pendataran serviks adalah pemendekan kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran dengan panjang 1-2 cm, menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis. Pendataran ini terjadi dari atas ke bawah (Mochtar, 1998).

b. Pembukaan serviks

Yang dimaksud dengan pembukaan serviks adalah pembesaran ostium eksternum menjadi suatu lubang dengan diameter sekitar 10 cm yang dapat dilalui anak (Mochtar, 1998).

6. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul ditentukan oleh bagian depan anak. Oleh bagian depan yang maju itu, dasar

panggul diregang menjadi saluran dengan dinding yang tipis. Sewaktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar, peregangan oleh bagian depan tampak pada perineum yang menonjol dan tipis, sedangkan anus menjadi terbuka (Sarwono, 2008).

2.1.5. Definisi perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1.000 ml setelah persalinan abdominal (Nugroho, 2010).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir yang melewati batas fisiologis normal. Pada umumnya seorang ibu melahirkan akan mengeluarkan darah secara fisiologis sampai jumlah 500 ml tanpa menyebabkan gangguan homeostasis. Dengan demikian secara konvensional dikatakan bahwa perdarahan yang melebihi 500 ml dapat dikategorikan sebagai perdarahan postpartum dan perdarahan yang secara kasat mata mencapai 1000 ml harus segera ditangani secara serius (Schuurmans, 2008).

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin (Saifuddin, 2006).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan atau kehilangan darah lima ratus mililiter atau lebih setelah kala III persalinan selesai. Menurut Bader, perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1.000 ml setelah persalinan abdominal (Ramanathan, 2006).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai (setelah plasenta lahir) (Wiknjastro, 2000).

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 berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2006).

Umumnya pada persalinan yang berlangsung normal, setelah janin lahir, uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan kavum uteri, tempat implantasi plasenta. Akibatnya, plasenta akan lepas dari tempat implantasinya.

Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral menurut *Schultze*), atau pinggir plasenta (marginal menurut *Mathews-Duncan*), atau serempak dari tengah dan dari pinggir plasenta. Cara yang pertama ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (tanda ini ditemukan oleh *Ahlfeld*) tanpa adanya perdarahan pervaginam. Sedangkan cara yang kedua ditandai dengan adanya perdarahan pervaginam, apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml, bila lebih maka tergolong patologik. Apabila sebagian plasenta lepas sementara sebagian lagi belum terlepas, maka akan terjadi perdarahan karena uterus tidak bisa berkontraksi dengan baik pada batas antara dua bagian itu. Selanjutnya apabila sebagian plasenta sudah lahir, tetapi sebagian kecil masih melekat pada dinding uterus maka dapat timbul perdarahan pada masa nifas (Khoman JS, 1992).

2.1.6. Angka kejadian perdarahan postpartum

Menurut Abou Zahr 1998, angka kejadian perdarahan postpartum di Indonesia yaitu 43 %. Perdarahan postpartum adalah penyebab paling umum perdarahan yang berlebihan pada kehamilan, dan hampir semua transfusi pada wanita hamil dilakukan untuk menggantikan darah yang hilang setelah persalinan. Di negara kurang berkembang, hal ini merupakan penyebab utama dari kematian maternal disebabkan kurangnya tenaga kesehatan yang memadai, kurangnya layanan transfusi, serta kurangnya layanan operasi. Mochtar melaporkan angka kematian ibu 7,9 % dan Wiknjosastro 1,8-4,5% akibat perdarahan postpartum. Berdasarkan faktor resikonya, perdarahan postpartum paling banyak disebabkan oleh *tone* yaitu atonia uteri sebesar 70%. (Cunningham, 2000)

Tabel 2.1 kematian ibu yang disebabkan oleh hpp di negara-negara tertentu

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.*

Menurut Departemen Kesehatan R.I. saat ini angka kematian ibu di Indonesia diperkirakan adalah 334 per 100.000 kelahiran hidup.

(Sumber : Abouzhar, 1998)

2.1.7. Klasifikasi perdarahan postpartum

Menurut waktu terjadinya dibagi atas dua bagian (Manuaba, 2007):

1. Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*) ialah perdarahan >500 cc yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir.
2. Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) ialah perdarahan >500 cc setelah 24 jam pasca persalinan. Penyebab utama perdarahan postpartum sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta.

2.1.8. Etiologi perdarahan postpartum

Perdarahan post partum dapat terjadi disebabkan karena :

1. Atonia uteri

Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek (Nugroho, 2010).

Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta. Atonia uteri terjadi ketika myometrium tidak dapat berkontraksi. Pada perdarahan karena atonia uteri, uterus membesar dan lembek pada palpasi. Atonia uteri juga dapat timbul karena salah penanganan kala III persalinan, dengan memijat uterus dan mendorongnya kebawah dalam usaha melahirkan plasenta, sedang sebenarnya bukan terlepas dari uterus. Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum. Faktor risiko mencakup overdistensi uterus (akibat polihidramnion, kehamilan kembar, makrosomia janin), paritas tinggi, persalinan cepat atau memanjang, infeksi, atonia uterus sebelumnya, dan pemakaian obat perelaksasi uterus (Naz, dkk, 2010).

Dari hasil observasi peningkatan perdarahan postpartum di Australia, Canada dan Amerika Serikat disebabkan karena atonia uteri (Knight, Marian, *et al*, 2009)

2. Robekan jalan lahir

Perdarahan yang terjadi karena adanya robekan pada jalan lahir (perineum, vulva, vagina, portio, atau uterus). Robekan pada perineum, vulva, vagina dan

portio biasa terjadi pada persalinan pervaginam. Perdarahan karena robekan jalan lahir banyak dijumpai pada pertolongan persalinan oleh dukun karena tanpa dijahit. Oleh sebab itu bidan diharapkan melaksanakan pertolongan persalinan melalui polindes, sehingga peran dukun berangsur-angsur berkurang. Dengan demikian komplikasi robekan jalan lahir yang dapat menimbulkan perdarahan pun akan dapat berkurang (Manuaba,2007).

Robekan jalan lahir dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina (Saifuddin, 2006).

Setelah persalinan harus selalu dilakukan pemeriksaan vulva dan perineum. Pemeriksaan vagina dan serviks dengan spekulum juga perlu dilakukan setelah persalinan. (Nugroho, 2010).

Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (ruptura uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat *arterill* atau pecahnya pembuluh darah vena. Untuk dapat menetapkan sumber perdarahan dapat dilakukan dengan pemeriksaan dalam dan pemeriksaan spekulum setelah sumber perdarahan diketahui dengan pasti, perdarahan dihentikan dengan melakukan ligasi. (Manuaba,2007).

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan postpartum. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina (Saifuddin, 2006).

Risiko yang ditimbulkan karena robekan jalan lahir adalah perdarahan yang dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Risiko lain yang dapat terjadi karena robekan jalan lahir dan perdarahan yang hebat adalah ibu tidak berdaya, lemah, tekanan darah turun, anemia dan berat badan turun. (Manuaba,2007).

Keluarnya bayi melalui jalan lahir umumnya menyebabkan robekan pada vagina dan perineum. Meski tidak tertutup kemungkinan robekan itu memang sengaja dilakukan untuk memperlebar jalan lahir. Petugas kesehatan atau

dokter akan segera menjahit robekan tersebut dengan tujuan untuk menghentikan perdarahan sekaligus penyembuhan. Penjahitan juga bertujuan merapikan kembali vagina ibu menyerupai bentuk semula (Saifuddin, 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi sebab dan insiden laserasi obstetri traktus genitalia bawah meliputi kelahiran spontan tidak terkontrol, kelainan congenital pada bagian-bagian maternal yang lunak, kontraksi pelvis, jaringan parut yang sudah ada sebelumnya akibat infeksi, cedera atau pembedahan (Rahmi, 2008).

3. Sisa plasenta

Sisa plasenta yang tertinggal akan menghalangi kontraksi uterus, sehingga dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini atau perdarahan postpartum lambat (biasanya terjadi dalam 6 – 10 hari pasca persalinan). Sewaktu suatu bagian dari plasenta tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Perdarahan postpartum yang terjadi segera jarang disebabkan oleh retensi potongan-potongan kecil plasenta. Inspeksi plasenta segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin. Jika ada bagian plasenta yang hilang, uterus harus dieksplorasi dan potongan plasenta dikeluarkan. Pada perdarahan postpartum akibat sisa plasenta ditandai dengan perdarahan dari rongga rahim setelah plasenta lahir dan kontraksi rahim baik. Pada perdarahan postpartum lambat gejalanya sama dengan subinvolusi rahim, yaitu perdarahan yang berulang atau berlangsung terus dan berasal dari rongga rahim. Perdarahan akibat sisa plasenta jarang menimbulkan syok. (Manuaba, 2007).

4. Kelainan pembekuan darah

Perdarahan postpartum yang terjadi karena kelainan pembekuan darah atau koagulopati salah satunya *Disseminated intravascular coagulation* (DIC) adalah sindroma abnormalitas koagulasi dan fibrinolisis, DIC disebut juga konsumtif koagulopati. (Cunningham FG, 2010)

Kehamilan menyebabkan kondisi status hiperkoagulasi. Terdapat peningkatan aktivitas semua faktor koagulasi kecuali faktor XI dan XIII. Fibrinogen meningkat sejak awal kehamilan sekitar 12 minggu, dan mencapai puncaknya dengan kadar 400-650 mg/dL pada kehamilan aterm. Sistem

fibrinolitik tertekan pada kehamilan dan persalinan, akan tetapi kembali normal dalam satu jam setelah plasenta lahir. (Miller A, 2002)

Banyak kasus DIC berhubungan dengan kehamilan. DIC disebabkan oleh eklampsia atau preeklampsia, perdarahan postpartum, sepsis, solusio plasenta, *missed septic abortion*, ruptur uterus, emboli air ketuban, *Intra uterine fetal death* (IUFD), penyakit trofoblas, dan *Sickle cell crisis*. (Cunningham FG, 2010)

Pada DIC terdapat koagulasi yang berlebihan dan melampaui batas oleh karena lepasnya tromboplastin kedalam sirkulasi maternal. Hal ini menyebabkan konsumsi faktor koagulasi berlebihan, menurunkan kadar faktor pembekuan, sehingga terjadi kecenderungan untuk berdarah. Sebagai respon terhadap koagulasi yang luas dan penumpukan fibrin pada mikrovaskular, proses fibrinolisis menjadi teraktivasi. Ini meliputi perubahan plasminogen menjadi plasmin, yang memecah fibrin menjadi *Fibrin degradation products* (FDP). FDP mempunyai sifat antikoagulan, menghambat fungsi trombosit dan kerja trombin, sehingga memperburuk kelainan koagulasi. (Alarm, 2001)

Pada kasus obstetri DIC selalu merupakan akibat adanya proses yang lain. Aktifasi sistem koagulasi terjadi dengan cara :

1. Pelepasan sistem tromboplastin kedalam sirkulasi maternal dari plasenta dan jaringan desidua. Mekanisme ini terjadi secara cepat pada kasus solusio plasenta, emboli air ketuban, ruptur uteri, dan terjadi secara perlahan dan membahayakan pada IUFD dan *missed abortion*. (Alarm, 2001)
2. Kerusakan pada sel endotelial membuka kolagen utama kedalam plasma dan mengaktifkan faktor koagulasi. Eklampsia dan preeklampsia termasuk dalam kategori ini. (Miller A, 2002)
3. Kerusakan pada sel darah merah dan trombosit melepaskan fosfolipid. Hal ini terjadi pada reaksi transfusi. (Alarm, 2001)

Kesalahan memperkirakan jumlah perdarahan postpartum dengan cairan pengganti yang tidak adekuat menyebabkan terjadinya vasospasme, menyebabkan kerusakan endotel, dan memicu terjadinya DIC. Hipotensi menurunkan perfusi sehingga terjadi hipoksia lokal dan asidosis pada tingkat

jaringan memicu terjadinya DIC. DIC bisa dihindari dengan mengganti cairan yang cukup, meskipun pada anemia yang berat. (Foley, 2000)

Gambaran klinis DIC pada kehamilan seringkali gejala dan tanda komplikasi obstetri yang mendasari terjadinya DIC. Manifestasi perdarahan yang muncul bisa berupa hematoma, purpura, epistaksis, bekas injeksi yang berdarah, atau yang lebih dramatis terjadinya perdarahan aktif dari luka operasi dan perdarahan postpartum. (Alarm, 2001)

Perdarahan bisa berupa hematuria, perdarahan gastrointestinal, intrakranial dan internal bleeding. (Miller A, 2002)

Gejala sisa adanya trombosis jarang ada pada DIC yang terjadi secara akut, gejala lebih banyak ditutupi oleh kecenderungan terjadinya perdarahan postpartum. Manifestasi adanya trombosis adalah disfungsi ginjal, hepar, dan paru. (Alarm, 2001)

Patogenesis terjadinya DIC meliputi peningkatan pembentukan trombin, penurunan mekanisme fisiologis antikoagulan, dan terhambatnya proses fibrinolisis. Antikoagulan fisiologis meliputi antitrombin III, protein C dan *Tissue factor pathway inhibitor* (TFPI). Pada DIC kadar antitrombin III, yang merupakan inhibitor trombin utama menurun sebagai respon terhadap proses koagulasi yang sedang berlangsung, degradasi oleh elastase yang dikeluarkan oleh neutrofil aktif, dan gangguan sintesis antitrombin III. (Foley, 2000)

Penurunan fungsi sistem protein C disebabkan oleh penurunan aktifitas trombomodulin, penurunan kadar fraksi bebas protein S (kofaktor esensial protein C), disamping penurunan sintesis. Penurunan aktivitas fibrinolitik diperantrai oleh peningkatan inhibitor aktivator plasminogen tipe 1, penghambat utama sistem fibrinolitik, dan penelitian klinik menunjukkan meskipun terdapat aktivitas fibrinolitik, pada DIC aktivitasnya terlalu lemah dibandingkan aktivitas pembentukan fibrin. (Levi, 2003)

2.1.9. Patofisiologi perdarahan postpartum

Pada dasarnya perdarahan terjadi karena pembuluh darah didalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan pembuluh darah dalam stratum spongiosum sehingga sinus-sinus maternalis ditempat insersinya plasenta terbuka. Pada waktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga perdarahan akan terhenti.

Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak. Keadaan demikian menjadi faktor utama penyebab perdarahan paska persalinan. Perlukaan yang luas akan menambah perdarahan seperti robekan jalan lahir, vagina dan perineum. (Maughan, 2006).

2.1.10. Gejala klinis perdarahan postpartum

Gejala klinis berupa pendarahan pervaginam yang terus-menerus setelah bayi dan plasenta lahir. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu keadaan penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat, ekstremitas dingin, dan lain-lain.. (Maughan, 2006)

2.1.11. Diagnosis perdarahan postpartum

Tabel 2.2 Diagnosis perdarahan postpartum

No	Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan
1	1. Uterus tidak berkontraksi dan lembek 2. Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan postpartum Primer atau P3)	1. Syok	Atonia uteri
2	1. Perdarahan segera (P3) 2. Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3) 3. Uterus kontraksi baik 4. Plasenta lengkap	1. Pucat 2. Lemah 3. Menggigil	Robekan jalan lahir

3	1. Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap 2. Perdarahan segera (P3)	1. Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	Sisa plasenta
---	--	---	---------------

4	1. Hematom 2. Purpura 3. Epistaksis	1. Hematuria 2. Perdarahan gastrointestinal 3. Perdarahan intrakranial	Kelainan pembekuan darah
---	---	--	--------------------------

Sumber : Saifuddin, 2006

2.1.12. Penatalaksanaan umum perdarahan postpartum

Pasien dengan perdarahan postpartum harus ditangani dalam 2 komponen, yaitu: (1) resusitasi dan penanganan perdarahan obstetri serta kemungkinan syok hipovolemik dan (2) identifikasi dan penanganan penyebab terjadinya perdarahan post partum.

1. Resusitasi cairan

Pengangkatan kaki dapat meningkatkan aliran darah balik vena sehingga dapat memberi waktu untuk menegakkan diagnosis dan menangani penyebab perdarahan. Perlu dilakukan pemberian oksigen dan akses intravena. Selama persalinan perlu dipasang paling tidak 1 jalur intravena pada wanita dengan resiko perdarahan post partum, dan dipertimbangkan jalur kedua pada pasien dengan resiko sangat tinggi. Pada perdarahan post partum diberikan resusitasi dengan cairan kristaloid dalam volume yang besar, baik normal salin (NS/NaCl) atau cairan ringer laktat melalui akses intravena perifer. NS merupakan cairan yang cocok pada saat persalinan karena biaya yang ringan dan kompatibilitasnya dengan sebagian besar obat dan transfusi darah. Risiko terjadinya asidosis hiperkloremik sangat rendah dalam hubungan dengan perdarahan postpartum. Bila dibutuhkan cairan kristaloid dalam jumlah banyak (>10 L), dapat dipertimbangkan penggunaan cairan ringer laktat.

Cairan yang mengandung dekstrosa, seperti D 5% tidak memiliki peran pada penanganan perdarahan postpartum. Perlu diingat bahwa kehilangan 1 liter darah perlu penggantian 4-5 liter kristaloid, karena sebagian besar cairan infus tidak tertahan diruang intravaskuler, tetapi terjadi pergeseran ke ruang interstisial. Pergeseran ini bersamaan dengan penggunaan oksitosin, dapat menyebabkan edema perifer pada hari-hari setelah perdarahan post partum. Ginjal normal dengan mudah mengekskresi kelebihan cairan. Perdarahan post partum lebih dari 1.500 mL Pada wanita hamil yang normal dapat ditangani cukup dengan infus kristaloid jika penyebab perdarahan dapat tertangani. Kehilangan darah yang banyak, biasanya membutuhkan penambahan transfusi sel darah merah. Cairan koloid dalam jumlah besar (1.000 – 1.500 ml/hari) dapat menyebabkan efek yang buruk pada hemostasis. Tidak ada cairan koloid yang terbukti lebih baik dibandingkan cairan NaCl, dan karena harga serta risiko terjadinya efek yang tidak diharapkan pada pemberian koloid, maka cairan kristaloid tetap direkomendasikan. (Smith, J. R., Brennan, B. G., 2004)

2. Transfusi darah

Transfusi darah perlu diberikan bila perdarahan masih terus berlanjut dan diperkirakan akan melebihi 2.000 ml atau keadaan klinis pasien menunjukkan tanda-tanda syok walaupun telah dilakukan resusitasi cepat. *Pack red cells* (PRC) digunakan dengan komponen darah lain dan diberikan jika terdapat indikasi. Tujuan transfusi adalah memasukkan 2 – 4 unit PRC untuk menggantikan pembawa oksigen yang hilang dan untuk mengembalikan volume sirkulasi. PRC bersifat sangat kental yang dapat menurunkan jumlah tetesan infus. Masalah ini dapat diatasi dengan menambahkan 100 ml NaCl pada masing-masing unit. (Smith, J. R., Brennan, B. G., 2004)

2.1.13. Penatalaksanaan perdarahan postpartum untuk berbagai penyebab

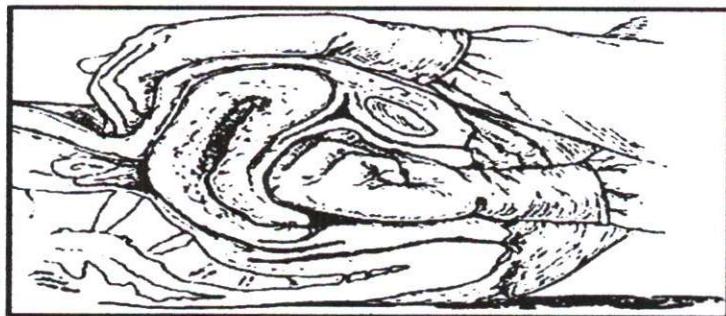
1. Atonia uteri

Menurut Saifuddin dkk. (2006), banyaknya darah yang hilang akan mempengaruhi keadaan pasien. Pasien bisa masih dalam keadaan sadar, sedikit anemis, atau sampai syok hipovolemik berat. Perdarahan yang lebih dari 1000 ml atau bahkan lebih dari 1500 ml (20-25% volume darah) akan menimbulkan gangguan vaskular hingga terjadi syok hemoragik sehingga tranfusi darah diperlukan. Tindakan pertama yang dilakukan bergantung pada keadaan

diperlukan. Tindakan pertama yang dilakukan bergantung pada keadaan kliniknya. Pada umumnya dilakukan secara simultan (bila pasien syok) hal-hal sebagai berikut :

1. Sikap *Trendelenburg*, memasang *venous line*, dan memberikan oksigen.
2. Sekaligus merangsang kontraksi uterus dengan cara :
 - a. Masase fundus uteri dan merangsang puting susu.
 - b. Pemberian obat uterotonika :
 - 1) Oksitosin melalui suntikan secara intramuskular, intravena, atau subkutan.
 - 2) Memberikan derivat prostaglandin F_{2α} (*carboprost tromethamine*) yang kadang memberikan efek samping berupa diare, hipertensi, mual, muntah, febris, dan takikardia.
 - 3) Pemberian misoprostol (800 - 1.000 µg) per-rektal.
 - c. Kompresi bimanual eksternal atau internal
 - 1) Kompresi bimanual internal

Letakan satu tangan anda pada dinding perut, dan usahakan untuk menahan bagian belakang uterus sejauh mungkin. Letakkan tangan yang lain pada korpus depan dari dalam vagina, kemudian tekan kedua tangan untuk mengkompresi pembuluh darah di dinding uterus. Amati jumlah darah yang keluar yang ditampung dalam pan. Jika perdarahan berkurang, teruskan kompresi, pertahankan hingga uterus dapat berkontraksi atau hingga pasien sampai di tempat rujukan. Jika tidak berhasil, cobalah mengajarkan pada keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal sambil penolong melakukan tahapan selanjutnya untuk penatalaksanaan atonia uteri. (Cunningham, 2000)



Gambar 2.1. Kompresi bimanual internal (Sumber : Cunningham, 2000).

2) Kompresi bimanual eksternal

Letakkan satu tangan anda pada dinding perut, dan usahakan sedapat mungkin meraba bagian belakang uterus. Letakan tangan yang lain dalam keadaan terkepal pada bagian depan korpus uteri, kemudian rapatkan kedua tangan untuk menekan pembuluh darah di dinding uterus dengan jalan menjepit uterus di antara kedua tangan tersebut. (Cunningham, 2000)



Gambar 2.2. Kompresi bimanual eksternal (Sumber : Cunningham, 2000)

d. Kompresi aorta abdominalis

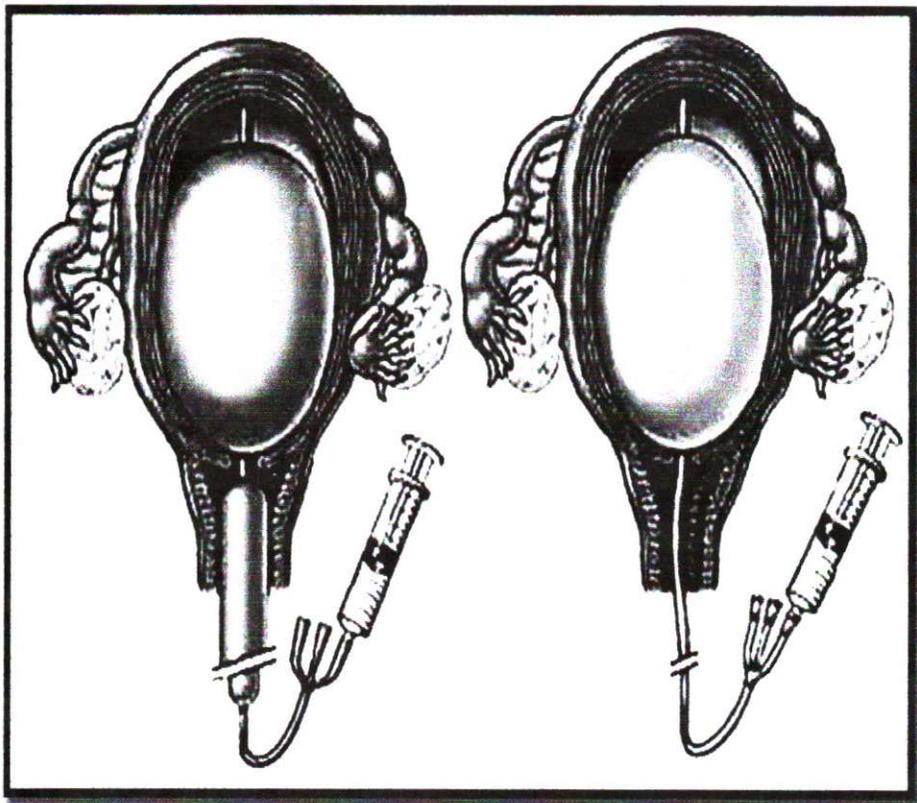
Raba arteri femoralis dengan ujung jari tangan kiri, pertahankan posisi tersebut, genggam tangan kanan kemudian tekankan pada daerah umbilikus, tegak lurus dengan sumbu badan, hingga mencapai kolumna vertebralis. Penekanan yang tepat akan menghentikan atau sangat mengurangi denyut arteri femoralis. Lihat hasil kompresi dengan memperhatikan perdarahan yang terjadi. (Manuaba, 2007)

e. Pemasangan tampon (packing) kassa uterovaginal

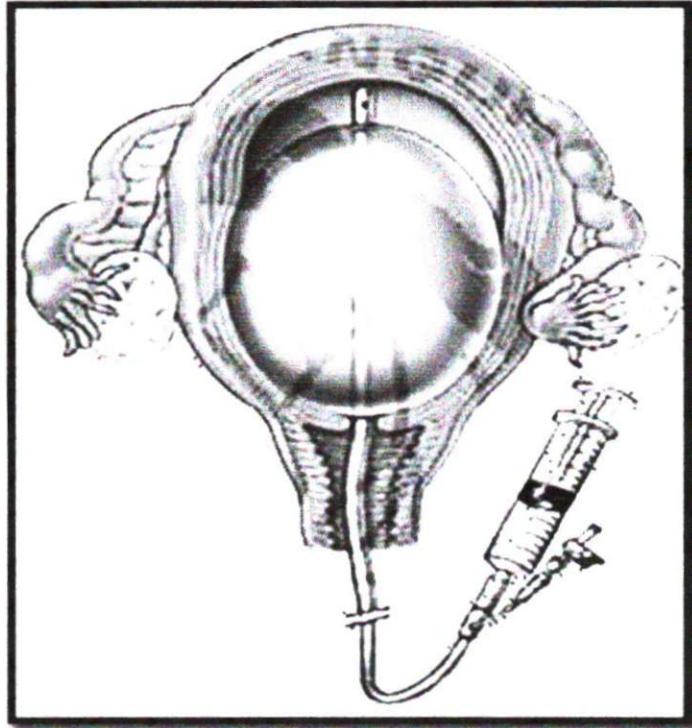
Alternatif dari pemberian tampon selain dengan kassa, juga dipakai beberapa cara yaitu dengan menggunakan : *Sengstaken-Blakemore tube*, *Rusch urologic hydrostatic balloon catheter (Folley catheter)* atau SOS bakri tamponade balloon catheter. (Cunningham, 2000)

Pada tahun 2003 Sayeba Akhter, dkk. mengajukan alternatif baru dengan pemasangan kondom yang diikatkan pada kateter. Dari penelitiannya disebutkan angka keberhasilannya 100%, kondom dilepas 24 sampai 48 jam kemudian dan tidak didapatkan komplikasi yang berat. Cara ini

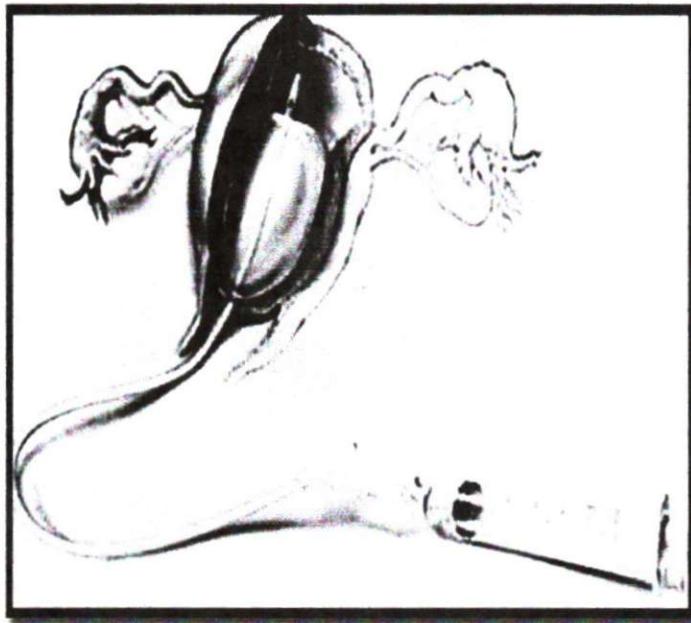
kemudian disebut dengan metode sayeba. Cara pemasangannya adalah secara aseptik kondom yang telah diikatkan pada kateter dimasukkan kedalam kavum uteri. Kondom diisi dengan cairan garam fisiologis sebanyak 250 sampai 500 cc sesuai kebutuhan. Dilakukan observasi perdarahan dan pengisian kondom dihentikan ketika perdarahan sudah berkurang. Untuk menjaga kondom agar tetap di cavum uteri, dipasang tampon kasa gulung di vagina. Bila perdarahan berlanjut tampon kassa akan basah dan darah keluar dari introitus vagina. Kontraktilitas uterus dijaga dengan pemberian drip oksitosin paling tidak sampai dengan 6 jam kemudian. Diberikan antibiotika tripel, yaitu amoksisilin, metronidazol dan gentamisin. Kondom kateter dilepas 24 sampai 48 jam kemudian, pada kasus dengan perdarahan berat kondom dapat dipertahankan lebih lama (Cunningham F. G, 2001).



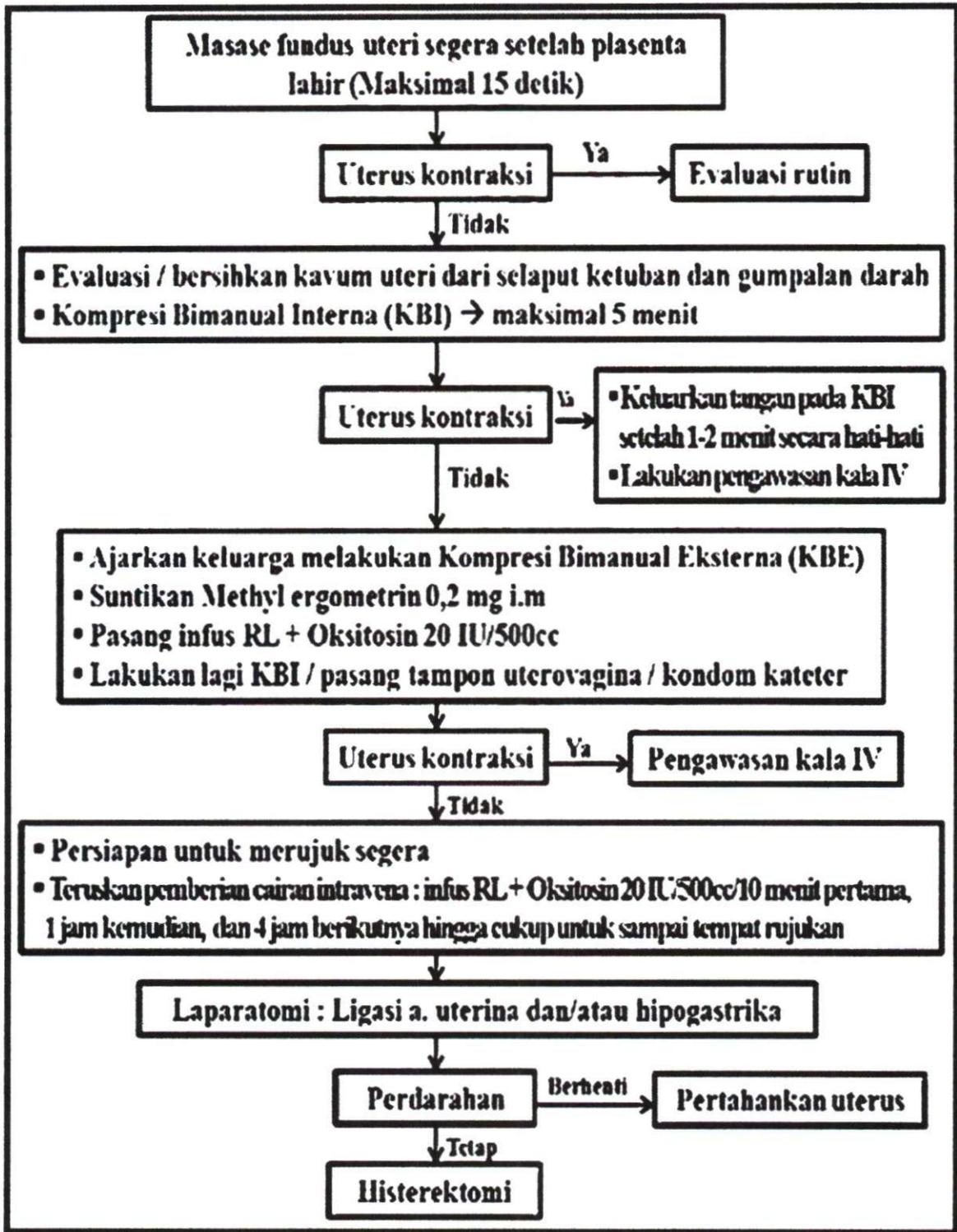
Gambar 2.3. Sengstaken-Blakemore tube and Bakri ballon (Sumber : Cunningham F. G, 2001).



Gambar 2.4. Rüsch hydrostatic balloon catheter
(Sumber : Cunningham F. G, 2001).



Gambar 2.5. Bakri Postpartum Balloon
(Sumber : Cunningham F. G, 2001).



Gambar 2.6. Bagan penanganan atonia uteri (Sumber : Saifudin, 2006).

2. Robekan jalan lahir

Perdarahan dalam keadaan plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir. Perlukaan jalan terdiri dari :

a. Robekan perineum

- 1) Tingkat I : robekan hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum
- 2) Tingkat II : robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinei transversalis, tetapi tidak mengenai sfingter ani
- 3) Tingkat III : robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani
- 4) Tingkat IV : robekan sampai mukosa rektum

Tindakan robekan perineum, antara lain :

- 1) Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi lokasi laserasi dan sumber perdarahan.
- 2) Lakukan irigasi pada tempat luka dan bubuhi larutan antiseptik.
- 3) Jepit dengan ujung klem sumber perdarahan kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap.
- 4) Lakukan penjahitan luka mulai dari bagian yang paling distal dari operator.

a) Robekan perineum tingkat I

Dilakukan penjahitan dengan menggunakan catgut dengan dijahitkan secara jelujur atau dengan jahitan angka 8.

b) Robekan perineum tingkat II

Jepit pinggir robekan kiri dan kanan dengan klem kemudian gunting pinggiran yang tidak rata kemudian dilakukan penjahitan luka. Mula-mula otot dijahit dengan catgut, kemudian selaput lendir vagina dijahit dengan catgut secara terputus-putus atau jelujur. Penjahitan mukosa dimulai di puncak robekan sampai kulit perineum dijahit dengan benang secara jelujur atau subkutis.

c) Robekan perineum tingkat III

Mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit, kemudian fascia perirektal dan fascia septum rektovaginal dijahit dengan

catgut kromik sehingga bertemu kembali. Ujung-ujung otot sfingter ani yang terkena robekan dijepit dengan klem kemudian dijahit 2-3 jahitan catgut kromik sehingga bertemu kembali. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum tingkat II.

d) Robekan perineum tingkat IV

Pada robekan tingkat IV karena tingkat kesulitan untuk perbaikan cukup tinggi dan risiko terjadinya gangguan berupa gejala sisa dapat menimbulkan keluhan sepanjang hidupnya maka dianjurkan apabila memungkinkan untuk melakukan rujukan dengan tindakan perbaikan di rumah sakit kabupaten atau kota.

b. Robekan dinding vagina

1) Robekan dinding vagina harus dijahit.

2) Kasus kolporeksis (suatu keadaan di mana terjadi robekan di vagina bagian atas, sehingga sebagian serviks uteri dan sebagian uterus terlepas dari vagina. Robekan ini memanjang atau melingkar) dan fistula vesikovaginal harus dirujuk ke rumah sakit.

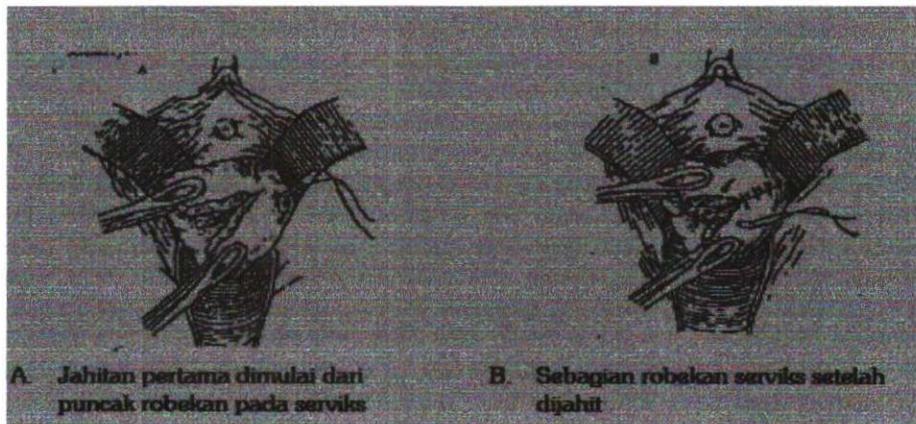
c. Robekan serviks

Dapat terjadi disatu tempat atau lebih. Robekan serviks paling sering terjadi pada jam 3 dan 9. Bibir depan dan bibir belakang serviks dijepit dengan klem *Fenster* (gambar 2.7). Kemudian serviks ditarik sedikit untuk menentukan letak robekan dan ujung robekan. Selanjutnya robekan dijahit dengan catgut kromik dimulai dari ujung robekan untuk menghentikan perdarahan. Pada kasus partus presipitatus, persalinan sungsang, terlebih lagi persalinan operatif pervaginam harus dilakukan pemeriksaan dengan spekulum keadaan jalan lahir termasuk serviks.

1) Robekan serviks sering terjadi pada sisi lateral karcna serviks yang terjulur akan mengalami robekan pada posisi spina isiadika tertekan oleh kepala bayi.

2) Bila kontraksi uterus baik, plasenta lahir lengkap, tetapi terjadi perdarahan banyak maka segera lihat bagian lateral bawah kiri dan kanan dari portio.

- 3) Jepitkan klem ovarium pada kedua sisi portio yang robek sehingga perdarahan dapat segera dihentikan. Jika setelah eksplorasi lanjutan tidak dijumpai robekan lain, lakukan penjahitan. Jahitan dimulai dari ujung alas robekan kemudian ke arah luar sehingga semua robekan dapat dijahit.
- 4) Setelah tindakan, periksa tanda vital pasien, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan perdarahan pasca tindakan.
- 5) Beri antibiotika profilaksis, kecuali bila jelas ditemui tanda-tanda infeksi.
- 6) Bila terdapat defisit cairan, lakukan restorasi dan bila kadar Hb < 8 g%, berikan transfusi darah.



Gambar 2.7. Robekan serviks (Sumber : Wiknjosastro, 1999)

3. Sisa plasenta

- 1) Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Dalam kondisi tertentu apabila memungkinkan, sisa plasenta dapat dikeluarkan secara manual.
- 2) Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.
- 3) Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
- 4) Antibiotika dalam dosis pencegahan sebaiknya diberikan. (Saifuddin, 2006)

4. Kelainan pembekuan darah

Pada kehamilan *Disseminated intravascular coagulation* (DIC) berlangsung sangat cepat. Terapi harus diutamakan. Proses dan perkembangan DIC sangat dinamis sehingga hasil laboratorium mungkin

tidak menggambarkan situasi yang sebenarnya. Namun ini tidak berarti tidak harus mengikuti hasil laboratorium dan pertolongan dari ahli hematologi bila memang tersedia. Bagaimanapun tanpa hasil hematologi yang lengkap, harus punya rencana manajemen yang dapat mengatasi masalah yang bisa menimbulkan komplikasi yang membahayakan. (Alarm, 2001)

Manajemen yang pertama adalah mengatasi penyebab timbulnya DIC. Umumnya hal ini dilakukan dengan melahirkan produk kehamilan, kemudian dilanjutkan dengan menjaga perfusi organ. (Alarm, 2001)

Pada pasien yang direncanakan dilakukan terminasi secara seksio sesarea pada kondisi trombositopeni berat terdapat beberapa saran, Jika secara klinis terdapat tanda-tanda perdarahan nyata dilakukan insisi linea mediana, namun jika tidak dapat dilakukan insisi pfannenstiel, penggunaan *cauter* boleh dilakukan lebih bebas, tutup uterus dengan 2 lapis, membiarkan plica vesicouterina tetap terbuka, peritoneum ditutup untuk mencegah perdarahan dari pembuluh darah yang kadang tidak terlihat dan memberikan tempat untuk pemasangan drain, pemakaian *skin staples*, tutup luka dengan balut tekan pada tempat insisi. Selain hal diatas sibi menambahkan perlunya dipilih anestesi secara *general anestesi*, pemberian trombosit 10 unit sebelum operasi bila angka trombosit $< 50.000/\mu\text{L}$, penutupan luka secara sekunder atau pemasangan drain subkutan,transfusi diberikan sesuai kebutuhan dan monitoring intensif dilakukan selama 48 jam sesudah persalinan. (Foley, 2000)

Pada pasien penyebab dan gejala DIC adalah perdarahan, perfusi organ merupakan hal yang sangat penting, infus cepat dengan ringer laktat atau NaCl, dan mengganti perdarahan dengan *whole blood*. *Fresh whole blood* (FWB) merupakan yang terbaik karena kandungan faktor koagulasi dan trombosit. Oksigenasi dengan sungkup atau intubasi endotracheal diberikan untuk mencapai oksigenasi arterial yang memuaskan. Monitoring dengan pemasangan *Central venous pressure* (CVP) untuk menjaga produksi urin 30-60 ml/jam dan hematokrit $> 30\%$. (Alarm, 2001)

Penggantian faktor koagulasi sebaiknya dilakukan oleh ahli hematologi. *Fresh frozen plasma* (FFP) mengganti hampir semua faktor pembekuan dan mempunyai risiko paling rendah menularkan hepatitis. 1 unit diberikan

setelah 4-6 unit *whole blood*, dilanjutkan 1 unit tiap 2 unit *whole blood* yang diperlukan. FFP diberikan dengan indikasi perdarahan masif, defisiensi faktor koagulasi tertentu, melawan pemberian warfarin sebelumnya, defisiensi antitrombin II, immunodefisiensi dan purpura trombositopeni. FFP diberikan bila *protrombin time* lebih dari 1,5 kali nilai kontrol normal. Tujuan transfusi FFP sampai menjaga angka *protrombin time* dalam selisih 2-3 detik dari kontrol FFP mengandung semua faktor koagulan, tidak mengandung trombosit. (Miller A, 2002)

Crioprecipitates mungkin diperlukan bila fibrinogen sangat rendah (fibrinogen <100 mg/dl). 10 unit *criopresipitates* biasanya diberikan sesudah pemberian 2-3 unit plasma. *Criopresipitates* mengandung fibrinogen, faktor VIII, XIII. Trombosit dapat ditransfusi pada kondisi trombositopenia berat, dimana satu unit dapat menaikkan angka trombosit 5000/ μ L – 10.000/ μ L. Transfusi trombosit diberikan apabila terdapat perdarahan aktif dengan angka trombosit < 50.000/ μ L, atau pada kondisi angka trombosit < 50.000/ μ L pada pasien dengan rencana dilakukan tindakan operasi (seksio sesarea), dan sebagai tindakan profilaktik dengan angka trombosit 20.000/ μ L - 30.000/ μ L. Trombosit biasanya diberikan 1-3 unit/10kg/hari. Vitamin K dan folat diberikan mengingat pasien dengan DIC seringkali kekurangan kedua vitamin ini. Sedang berkembang bukti pemberian antitrombin III konsentrat pada pasien DIC dapat memperbaiki kondisi dan mempercepat penyembuhan. (Alarm, 2001)

Penggunaan heparin merupakan metode untuk menghentikan proses DIC. Heparin dipertimbangkan apabila terdapat disfungsi ginjal berat, gangren jari-jari. Heparin diberikan pada dosis 5000-1000 unit per jam intravena, dengan dosis awal 5000 unit. Kontrol untuk terapi heparin sulit dilakukan, namun kecuali jika fibrinogen sangat rendah dan terapi adekuat diperoleh dengan melihat peningkatan *Trombin time* atau *Partial tromboplastin time* satu sampai satu setengah kali dari kontrol. (Miller A, 2002)

Heparin merupakan suatu mukopolisakarida sulfat yang mampu mengikatkan diri dengan antitrombin III, sehingga sifat antikoagulan molekul antitrombin III dilipatgandakan (dipercepat sampai 2000 kali). Heparin tidak selalu bermanfaat pada pasien dengan DIC, oleh karena kadar antitrombin III

bervariasi pada tiap pasien, bahkan kadarnya bisa berkurang, terutama pada DIC yang terjadi secara akut. Penelitian lebih lanjut pemakaian terapi pengganti antitrombin III secara randomisasi sedang berlangsung. (Drews, 2010)

Pemberian heparin terutama direkomendasikan pada kasus DIC kronik seperti *Intra urine fetal death* (IUFD), dan tidak direkomendasikan pada pasien dengan perdarahan yang masif. *Epsilon aminocaproic acid* (EACA) menghambat perubahan plasminogen menjadi plasmin, dan digunakan untuk mencegah proses sekunder fibrinolisis. Namun pemakaiannya tidak direkomendasikan. Masih diragukan penggunaan kedua agen itu dibenarkan atau tidak untuk mengatasi DIC. Pemakaiannya hanya pada tingkatan teori, pemakaian praktis penggunaannya masih kurang. (Alarm, 2001)

Terapi logis kedepan yang bisa dipikirkan pada kasus DIC adalah penghambatan aktifitas faktor jaringan. Salah satu penghambatnya adalah nematode rekombinan antikoagulan protein C₂, yang merupakan inhibitor spesifik yang kuat terhadap pembentukan kompleks dari faktor jaringan dan faktor VII_A dengan faktor X_A. Pemberian *Tissue factor pathway inhibitor* (TFPI) juga dapat menghambat aktivitas faktor jaringan sehingga dapat mencegah aktivasi sistem koagulasi. Pemberian protein C mungkin juga akan memberikan manfaat, seperti yang ditemukan pada binatang dengan kelainan ini. (Levi, 2003)

2.1.14. Pencegahan perdarahan postpartum

1. Pencegahan primer (*primary prevention*)

Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin namun sudah di mulai sejak ibu hamil dengan melakukan *antenatal care* yang baik. Pengawasan *antenatal care* memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya. Kunjungan pelayanan antenatal bagi ibu hamil paling sedikit 4 kali kunjungan dengan distribusi sekali pada trimester I, sekali trimester II dan dua kali pada trimester III (Rahmi, 2008).

Adapun hal-hal yang diharuskan diawasi adalah :

- 1) Peningkatan berat badan ibu
- 2) Pemenuhan nutrisi
- 3) Fungsi organ-organ tubuh
- 4) Pertumbuhan dan perkembangan janin
- 5) Jumlah dan letak janin
- 6) Persiapan persalinan
- 7) Keadaan jalan lahir
- 8) Persiapan laktasi
- 9) Imunisasi
- 10) Psikologis ibu (Rahmi, 2008)

Mencegah atau sekurang-kurangnya bersiap siaga pada kasus-kasus yang disangka akan terjadi perdarahan adalah penting. Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin tetapi sudah dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan *antenatal care* yang baik. Menangani anemia dalam kehamilan adalah penting, ibu-ibu yang mempunyai predisposisi atau riwayat perdarahan postpartum sangat dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit (Mochtar, 1998).

2. Pencegahan sekunder (*second prevention*)

Pada tiap-tiap perdarahan postpartum harus dicari apa penyebabnya. Diagnosis biasanya tidak sulit bila timbul perdarahan banyak dalam waktu pendek. Tetapi apabila perdarahan sedikit dalam waktu lama, tanpa disadari penderita telah kehilangan banyak darah.

Beberapa gejala yang bisa menunjukkan perdarahan postpartum :

- 1) Terdapat pengeluaran darah yang tidak terkontrol
- 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

Pada perdarahan melebihi 20% volume total, timbul gejala penurunan tekanan darah, nadi dan napas cepat, pucat, ekstremitas dingin, sampai terjadi syok. (Saifuddin, 2006)

Berikut langkah-langkah sistematis untuk mendiagnosa perdarahan postpartum :

- 1) Palpasi uterus : bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri
- 2) Memeriksa plasenta dan selaput ketuban : apakah lengkap atau tidak
- 3) Lakukan eksplorasi kavum uteri untuk mencari :
 - a) Sisa plasenta dan selaput ketuban
 - b) Robekan rahim
- 4) Inspekulo : untuk melihat robekan pada serviks, vagina, dan varises yang pecah.
- 5) Pemeriksaan laboratorium : bleeding time, Hb, *Clot observation test* dan lain-lain (Rahmi, 2008).

Dalam menghadapi kasus perdarahan postpartum harus hati-hati dengan perdarahan yang mengalir dalam jumlah yang tidak banyak tetapi terjadi secara berulang. Karena setelah beberapa waktu kemudian atau sekitar setengah sampai satu jam, secara kumulatif telah banyak darah yang hilang.

Penanganan umum pada perdarahan postpartum :

- 1) Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk)
- 2) Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan)
- 3) Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pasca persalinan (di ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung).
- 4) Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat
- 5) Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi
- 6) Atasi syok
- 7) Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, berikan uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infus 20 IU dalam 500cc NS/RL dengan 40 tetesan permenit.
- 8) Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
- 9) Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.
- 10) Pasang kateter tetap dan lakukan pemantauan *input-output* cairan

- 11) Cari penyebab perdarahan dan lakukan penanganan spesifik (Praworihadjo, 2008)
3. Pencegahan tersier (*tertier prevention*)

Perdarahan postpartum dapat dengan cepat menjadi syok yang dapat mengakibatkan kematian. Oleh karena itu, selama perawatan perlu terus menerus diadakan pengawasan penderita. Secara berkala diadakan pengukuran nadi, tekanan darah, suhu dan pernapasan agar dapat diberikan pertolongan segera sebelum terjadinya syok (Praworihadjo, 2008).

2.1.15. Kasus-kasus risiko tinggi perdarahan postpartum

1. Anemia

WHO menentukan batas anemia pada wanita hamil adalah < 9 g%. Pada kehamilan terjadi peningkatan volume plasma sebanyak 50 % sedangkan sel darah merah hanya meningkat 18 % sehingga mengakibatkan penurunan hematokrit 6 % yang seimbang dengan 2 g% Hb. Perubahan ini terjadi pada trimester kedua dan ketiga dari suatu kehamilan (Suryani, 2008).

Pada anemia jumlah efektif sel darah merah berkurang. Hal ini mempengaruhi jumlah haemoglobin dalam darah. Berkurangnya jumlah haemoglobin menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dalam darah juga sedikit, sehingga mengurangi jumlah pengiriman oksigen ke organ-organ vital (Wuryanti, 2010).

Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar hemoglobin normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada yang anemia (Saifuddin, 2006).

Berdasarkan laporan Lumaan sheikh, *et.al* (2008) bahwa rata-rata jumlah kehilangan darah di rumah sakit Pakistan berkisar 1500 - 9000 ml dari 0,64% kasus perdarahan postpartum. Anemia pada kehamilan dapat menimbulkan gangguan his (inertia uteri), kekuatan mengejan sehingga ibu menjadi lemah dan dapat memperlambat persalinan (partus lama). Selain itu anemia pada kehamilan juga dapat mengakibatkan atonia uteri dan menyebabkan perdarahan postpartum (Mochtar, 1998).

Anemia dapat menyebabkan perdarahan postpartum dikarenakan pada kondisi ibu dengan anemia dapat menyebabkan kala III berlangsung lama atau memanjang sehingga terjadi atonia uteri sebagai salah satu penyebab perdarahan postpartum primer. Anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk terutama saat kehamilan, persalinan dan nifas. Prevalensi anemia yang tinggi berakibat negatif seperti :

- 1) Gangguan dan hambatan pada pertumbuhan, baik sel tubuh maupun sel otak,
- 2) Kekurangan Hb dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang dibawa/ditransfer ke sel tubuh maupun ke otak. Sehingga dapat memberikan efek buruk pada ibu itu sendiri maupun pada bayi yang dilahirkan (Manuaba, 2007).

Pada saat hamil, bila terjadi anemia dan tidak tertangani hingga akhir kehamilan maka akan berpengaruh pada saat postpartum. Pada ibu dengan anemia, saat postpartum akan mengalami atonia uteri. Pada anemia jumlah efektif sel darah merah berkurang. Hal ini mempengaruhi jumlah kadar haemoglobin dalam darah yg menyebabkan jumlah oksigen yang diikat juga sedikit. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak (Wuryanti, 2010).

Menurut Suryani (2008), menemukan bahwa ibu yang memiliki Hb < 9 g% berisiko 1,78 kali lebih besar mengalami perdarahan postpartum dibandingkan dengan ibu yang memiliki Hb > 9 g%.

2. Umur

Wanita yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan postpartum. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan akan lebih besar (Bateman, 2010)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kramer, M.S. *et al.* (2011) menemukan bahwa perdarahan postpartum memiliki asosiasi yang kuat

dengan usia ibu dimana pada ibu dengan usia < 20 tahun memiliki risiko 4,7 kali dan ibu dengan usia > 35 tahun memiliki risiko 2,9 kali mengalami perdarahan post partum di bandingkan ibu yang berusia 20 - 35 tahun.

3. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami ibu sebelum kehamilan atau persalinan saat ini. Paritas dikategorikan menjadi 4 kelompok (Mochtar, 1998) :

- 1) Primigravida adalah ibu dengan paritas 1
- 2) Multigravida adalah ibu dengan paritas 2-4
- 3) Grandemultigravida adalah ibu dengan paritas > 5

Paritas merupakan faktor risiko yang mempengaruhi perdarahan postpartum primer. Pada paritas yang rendah (paritas 1) dapat menyebabkan ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan sehingga ibu hamil tidak mampu dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (paritas lebih dari 3) maka uterus semakin lemah sehingga besar risiko komplikasi kehamilan. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai angka kejadian perdarahan postpartum lebih tinggi. (Suryani, 2008).

Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian perdarahan postpartum karena pada setiap kehamilan dan persalinan terjadi perubahan serabut otot pada uterus yang dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi sehingga sulit untuk melakukan penekanan pembuluh-pembuluh darah yang membuka setelah lepasnya plasenta. Risiko terjadinya akan meningkat setelah persalinan ketiga atau lebih yang mengakibatkan terjadinya perdarahan postpartum (Saifuddin, 2006).

Berdasarkan penelitian Suryani (2008) di RSUD Dr. Pirngadi menemukan bahwa risiko untuk mengalami perdarahan postpartum pada ibu yang mempunyai paritas < 1 dan > 4 adalah 3,57 kali lebih besar dibandingkan yang mempunyai anak 1-3.

4. Jarak kelahiran

Jarak kelahiran ialah jarak waktu periode antara dua kelahiran hidup yang berurutan dari seorang wanita. Kehamilan dan persalinan menuntut banyak energi dan kekuatan tubuh perempuan. Kalau ia belum pulih dari satu persalinan tapi sudah hamil lagi, tubuhnya tak sempat memulihkan kebugaran, dan berbagai masalah bahkan juga bahaya kematian menghadang.

Menurut *Moir dan Meyerscough* (1972) yang dikutip *Suryani* (2008) menyebutkan jarak antar kelahiran sebagai faktor predisposisi perdarahan postpartum karena persalinan yang berturut-turut dalam jangka waktu yang singkat akan mengakibatkan kontraksi uterus menjadi kurang baik sehingga dapat mengakibatkan terlepasnya sebagian plasenta, robekan pada sinus maternalis. Selama kehamilan berikutnya dibutuhkan 2-4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Bila jarak antar kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum.

Berdasarkan penelitian *Suryani* (2008), menemukan bahwa ibu yang memiliki jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun berisiko 2,82 kali mengalami perdarahan postpartum.

5. Bayi besar (makrosomia)

Bayi besar adalah bayi lahir yang beratnya lebih dari 4000 gram. menurut kepustakaan bayi yang besar baru dapat menimbulkan ditosia kalau beratnya melebihi 4500 gram. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Karena regangan dinding rahim oleh anak yang sangat besar dapat menimbulkan inertia dan kemungkinan perdarahan postpartum lebih besar (*Suryani, 2008*).

Menurut buku *Safe motherhood* (2001), uterus ibu nifas pada persalinan dengan bayi besar akan membesar melebihi kehamilan biasa yang sehingga uterus terlalu meregang yang mengakibatkan perdarahan yang berasal dari letak plasenta akibat ketidakmampuan uterus berkontraksi dengan baik, kontraksi ini sangat diperlukan untuk mengendalikan perdarahan. Bila kontraksi lemah maka perdarahan postpartum akan melebihi 500 ml bila tidak segera diatasi bisa terjadi shok dan akan terjadi kematian. (*Badriyah, 2011*)

Berdasarkan penelitian *Michael S. Kramer, Mourad Dahhou, et.al (2007)* menyatakan bahwa berat lahir bayi 4000 - 4499 gram OR 1,6 kali, sedangkan berat lahir ≥ 4500 OR 2,6 mengalami perdarahan postpartum dibandingkan berat lahir bayi 2500-3999 gram.

6. Partus lama (partus kasep)

Secara umum, bila proses persalinan lebih dari 24 jam ibu hamil harus mencari pertolongan secara medis. Biasanya proses persalinan lebih lama pada primigravida dibandingkan dengan persalinan yang berikutnya (*Population report*, dalam Abdullah 2003). Partus lama terbanyak disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak adekuat, selain faktor kontraksi juga dapat disebabkan oleh faktor janin dan faktor panggul ibu. Jenis kelainan kontraksi adalah inersia uteri dimana kontraksi rahim lebih singkat dan jarang sehingga tidak menghasilkan penipisan dan pembukaan serviks, serta penurunan bagian terendah janin, selain inertia uteri kelainan kontraksi yang lain adalah *incoordinate uterine action* yaitu tonus otot uterus meningkat diluar kontraksi, tidak ada koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang terus naik menyebabkan rasa nyeri yang lebih, bila ketuban sudah lama pecah menyebabkan spasmus sirkuler setempat, sehingga terjadi penyempitan kavum uteri disebut dengan lingkaran kontraksi yang biasanya ditemukan pada batas antara bagian atas dan segmen bawah uterus. (Badriyah, 2011)

Menurut buku *Safe motherhood (2001)*, persalinan lama dapat menyebabkan kelelahan uterus dimana tonus otot rahim pada saat setelah plasenta lahir uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik sehingga terjadi perdarahan postpartum primer. (Badriyah, 2011)

Berdasarkan penelitian *Shunji Suzuki dan Fumi Kikuchi* tahun 2007 bahwa persalinan dengan durasi kerja > 24 jam risiko 2,55 kali mengalami perdarahan postpartum dari durasi kerja < 24 jam. (Badriyah, 2011)

7. Kehamilan ganda (gemelli)

Menurut buku *Safe motherhood (2001)*, dijelaskan bahwa kehamilan ganda dapat menyebabkan uterus terlalu meregang, dengan overdistensi tersebut

dapat menyebabkan uterus atonik atau perdarahan yang berasal dari letak plasenta akibat ketidakmampuan uterus berkontraksi dengan baik. Faktor risiko ini dapat dikenali saat *antenatal care* dan dapat dirujuk pada waktu yang tepat. (Badriyah, 2011)

Berdasarkan penelitian *Sosa, C.G, et al. (2010)* menemukan bahwa kehamilan ganda memiliki risiko 4,67 kali mengalami perdarahan post partum dibandingkan kehamilan tunggal.

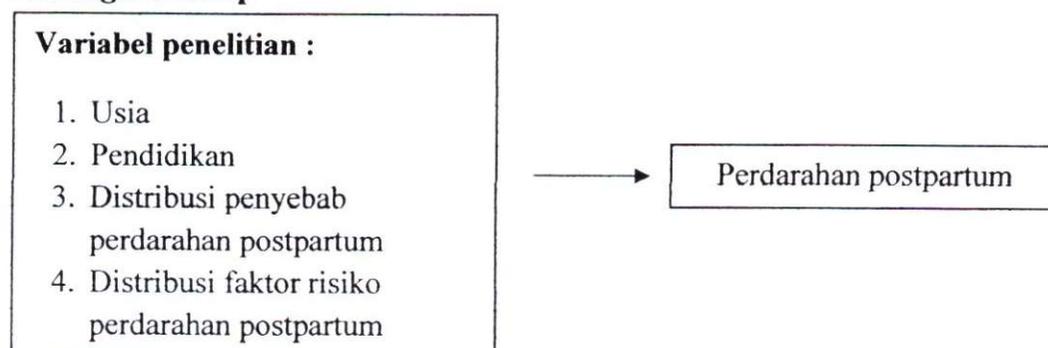
2.1.16. Pengaruh pendidikan terhadap perdarahan postpartum

Menurut Depkes RI (2007), pendidikan yang dijalani seseorang memiliki pengaruh pada peningkatan kemampuan berfikir, dimana seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan dapat mengambil keputusan yang lebih rasional, umumnya terbuka untuk menerima perubahan atau hal baru dibandingkan dengan individu yang berpendidikan lebih rendah.

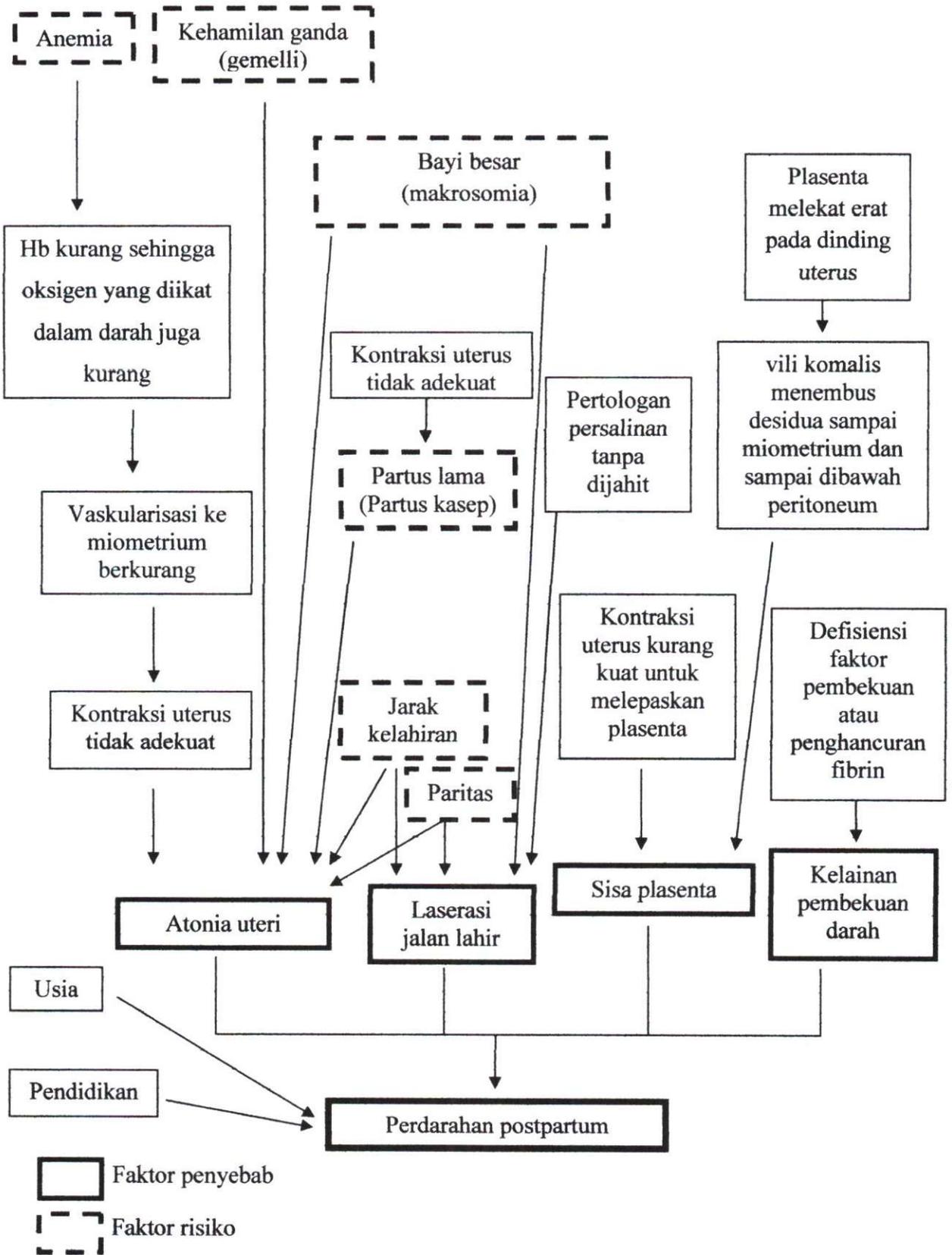
Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2010).

Wanita dengan pendidikan lebih tinggi cenderung untuk menikah pada usia yang lebih tua, menunda kehamilan, mau mengikuti Keluarga Berencana (KB), dan mencari pelayanan antenatal dan persalinan. Selain itu, mereka juga tidak akan mencari pertolongan dukun bila hamil atau bersalin dan juga dapat memilih makanan yang bergizi. Menurut Suryani (2008), dari beberapa penelitian yang dilakukan di berbagai negara menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara penggunaan pelayanan obstetri dan tingkat pendidikan ibu.

2.2. Kerangka konsep



2.3. Kerangka teori



Sumber : (modifikasi Sumber: Cunningham, 2010)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis penelitian

Penelitian ini termasuk jenis penelitian deskriptif untuk mengetahui karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum tahun 2009 - 2011 di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari.

3.2 Waktu dan tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari pada bulan November 2012 sampai dengan Januari 2013.

3.3 Populasi dan sampel penelitian

3.3.1 Populasi

1. Populasi terjangkau

Ibu dengan perdarahan postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari pada kurun waktu 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

3.3.2 Sampel

Tidak ada pemilihan sampel dalam penelitian ini. Semua populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan subjek penelitian.

3.4 Kriteria restriksi

3.4.1 Kriteria inklusi :

1. Ibu yang bersalin dengan perdarahan postpartum yang dirawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari.
2. Ibu dengan persalinan per vaginam yang dirawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari.

3.5 Variabel penelitian

Variabel penelitian ini adalah :

1. Usia
2. Pendidikan

3. Distribusi penyebab perdarahan postpartum
4. Distribusi faktor risiko perdarahan postpartum

3.6 Definisi operasional

1. Usia ibu

a. Definisi

Usia ibu saat mengalami perdarahan postpartum seperti yang tercantum dalam rekam medik.

b. Metode

Metode yang digunakan observasi data sekunder diambil dari data rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari.

c. Instrumen

Data rekam medik ibu yang bersalin dengan perdarahan postpartum

d. Hasil ukur

1) Skala ukur : ordinal

2) Hasil pengukuran dikategorikan menjadi :

a) < 20 tahun

b) 20 - 25 tahun

c) 26 - 30 tahun

d) 31 - 35 tahun

e) > 35 tahun

2. Pendidikan

a. Definisi

Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditamatkan seperti yang tertera dalam rekam medik.

b. Metode

Metode yang digunakan observasi data sekunder diambil dari data rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari.

c. Instrumen

Data rekam medik ibu yang bersalin dengan perdarahan postpartum

d. Hasil ukur

1) Skala ukur : ordinal

2) Hasil pengukuran dikategorikan menjadi :

- a) Pendidikan SD
- b) Pendidikan SMP
- c) Pendidikan SMA
- d) Pendidikan S1

3. Distribusi penyebab perdarahan postpartum

a. Definisi

Angka kejadian ibu yang di diagnosa menderita perdarahan postpartum seperti yang dicantumkan dalam rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari tahun 2009 - 2011 akibat berbagai faktor penyebab.

b. Metode

Metode yang digunakan observasi data sekunder diambil dari data rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari.

c. Instrumen

Data rekam medik ibu yang bersalin dengan perdarahan postpartum

d. Hasil ukur

- 1) Skala ukur : ordinal
- 2) Hasil pengukuran dikategorikan menjadi :
 - a) Atonia uteri
 - b) Robekan jalan lahir
 - c) Sisa plasenta
 - d) Kelainan pembekuan darah

4. Distribusi faktor risiko perdarahan postpartum

a. Definisi

Faktor risiko yang mempengaruhi perdarahan postpartum seperti yang dicantumkan dalam rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari tahun 2009 - 2011.

b. Metode

Metode yang digunakan observasi data sekunder diambil dari data rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari.

c. Instrumen

Data rekam medik ibu yang bersalin dengan perdarahan postpartum

d. Hasil ukur

- 1) Skala ukur : ordinal

2) Hasil pengukuran dikategorikan menjadi :

- a) Anemia (hb < 9 g%)
- b) Bayi besar (makrosomia)
- c) Kehamilan ganda (gemelli)
- d) Partus lama (partus kasep)
- e) Jarak kelahiran
- f) Paritas
 1. Primigravida (paritas 1)
 2. Multigravida (paritas 2-4)
 3. Grandemultigravida (paritas > 5)
- g) Tidak dapat ditentukan

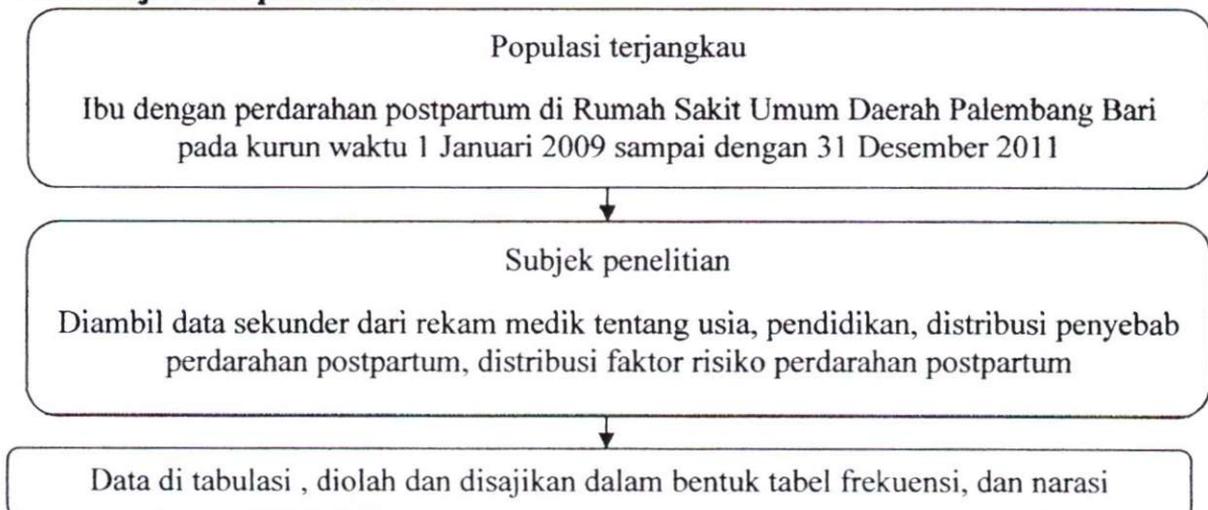
3.7 Cara pengumpulan data

Data penelitian ini merupakan data sekunder yang dikumpulkan secara retrospektif terhadap semua pasien perdarahan postpartum yang dirawat inap di bagian kebidanan dan kandungan di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari pada kurun waktu 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011. Seluruh data bersumber dari rekam medik.

3.8 Metode teknik analisis data

Data ditabulasi, diolah, dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi, dan narasi.

3.9 Alur kerja / alur penelitian



3.10 Jadwal kegiatan penelitian

Tabel 3.1 Jadwal kegiatan penelitian

No	Kegiatan	Bulan																							
		September 2012				Oktober 2012				November 2012				Desember 2012				Januari 2013				Februari 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
1.	Pengajuan judul	■	■																						
2.	Persiapan proposal skripsi dan survey pendahuluan				■																				
3.	Pembuatan proposal dan konsultasi pembimbing						■	■	■																
4.	Seminar proposal										■														
5.	Pelaksanaan penelitian													■	■	■	■	■	■	■	■				
6.	Pengumpulan data dan analisis penelitian													■	■	■	■	■	■	■	■				
7.	Penyusunan laporan penelitian													■	■	■	■	■	■	■	■				
8.	Ujian skripsi																								■

3.11 Anggaran penelitian

Tabel 3.2 Anggaran penelitian

No.		Harga
1	Kertas A4 2 rim 70 gram @30.000	Rp. 60.000
2	Tinta print hitam	Rp. 60.000
3	Fotokopian dan penjilidan skripsi	Rp. 500.000
4	Biaya penelitian di Rumah Sakit	Rp. 400.000
5	Transportasi	Rp. 500.000
Total		Rp. 1.520.000

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil penelitian

Penelitian deskriptif ini untuk mengetahui karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011 di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari. Dalam periode tersebut didapatkan 115 pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari dengan menggunakan data sekunder yang diambil dari rekam medik. Dari sumber data tersebut dilakukan pengumpulan data pasien mengenai usia ibu, pendidikan ibu, distribusi penyebab postpartum (atonia uteri, robekan jalan lahir, sisa plasenta, dan kelainan pembekuan darah), dan distribusi faktor risiko perdarahan postpartum (paritas, anemia, makrosomia, gemelli, jarak kelahiran, dan partus kasep).

4.1.1 Prevalensi perdarahan postpartum di RSUD Palembang Bari

Populasi penelitian sebanyak 115 ibu yang mengalami perdarahan postpartum dari tahun 2009 - 2011. Berdasarkan data-data tersebut dapat dibuat prevalensi perdarahan postpartum berdasarkan per tahun yang dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 4.1 Distribusi berdasarkan prevalensi perdarahan postpartum

Tahun	Jumlah perdarahan postpartum	Jumlah persalinan	Persentase (%)
2009	35	1634	2,14
2010	40	2001	1,99
2011	40	3433	1,16

Berdasarkan table 4.1 didapatkan distribusi perdarahan postpartum cenderung menaik dari tahun 2009 - 2011.

4.1.2 Usia ibu

Populasi penelitian sebanyak 115 ibu yang mengalami perdarahan postpartum berdasarkan usia ibu. Berdasarkan data-data tersebut dapat dibuat distribusi usia ibu berdasarkan per tahun yang dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 4.2 Distribusi berdasarkan usia

Usia ibu	Tahun 2009		Tahun 2010		Tahun 2011		Total
Kategori	(n=35)	(%)	(n=40)	(%)	(n=40)	(%)	(%)
< 20	9	25,7	2	5,0	2	5,0	11,3
20-25	5	14,3	14	35,0	9	22,5	24,4
26-30	12	34,3	7	17,5	4	10,0	20
31-35	6	17,1	8	20,0	12	30,0	22,6
> 35	3	8,6	9	22,5	13	32,5	21,7
Total	35	100	40	100	40	100	

Berdasarkan tabel 4.2 usia ibu yang mengalami perdarahan postpartum dari tahun 2009 - 2011 didapatkan distribusi merata disemua usia ibu, namun perlu diperhatikan untuk usia < 20 tahun dan usia > 36 tahun, karena risiko tinggi terjadi perdarahan postpartum.

4.1.3 Pendidikan ibu

Populasi penelitian sebanyak 115 ibu yang mengalami perdarahan postpartum berdasarkan pendidikan ibu. Berdasarkan data-data tersebut dapat dibuat distribusi pendidikan ibu berdasarkan per tahun yang dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 4.3 Distribusi berdasarkan pendidikan

Pendidikan ibu	Tahun 2009		Tahun 2010		Tahun 2011		Total
Kategori	(n=35)	(%)	(n=40)	(%)	(n=40)	(%)	(%)
SD	18	5,14	15	37,5	12	30,0	39,1
SMP	10	28,6	13	32,5	15	37,5	33,0
SMA	7	20,0	10	25,0	10	25,0	23,5
S1	0	0	2	5,0	3	7,5	4,4
Total	35	100	40	100	40	100	

Berdasarkan tabel 4.3 pendidikan ibu yang mengalami perdarahan postpartum didapatkan distribusi tertinggi pada tingkat pendidikan SD dari tahun 2009 - 2011.

4.1.4 Penyebab perdarahan postpartum

Populasi penelitian sebanyak 115 ibu yang mengalami perdarahan postpartum berdasarkan penyebab perdarahan postpartum. Berdasarkan data-data tersebut dapat dibuat distribusi penyebab perdarahan postpartum berdasarkan per tahun yang dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 4.4 Distribusi berdasarkan penyebab perdarahan postpartum

Penyebab perdarahan postpartum	Tahun 2009		Tahun 2010		Tahun 2011		Total
Kategori	(n=35)	(%)	(n=40)	(%)	(n=40)	(%)	(%)
Atonia uteri	2	5,7	11	27,5	7	17,5	17,4
Robekan jalan lahir	4	11,4	4	10,0	1	2,5	7,9
Sisa plasenta	28	80,0	23	57,5	32	80,0	72,1
Kelainan pembekuan darah	1	2,9	2	5,0	0	0	2,6
Total	35	100	40	100	40	100	

Berdasarkan tabel 4.4 dari tahun 2009 - 2011 didapatkan sebagian besar penyebab perdarahan postpartum terbanyak pada sisa plasenta.

4.1.5 Paritas ibu

Populasi penelitian sebanyak 115 ibu yang mengalami perdarahan postpartum berdasarkan paritas perdarahan postpartum. Berdasarkan data-data tersebut dapat dibuat distribusiparitas perdarahan postpartum berdasarkan per tahun yang dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 4.5 Distribusi berdasarkan paritas

Paritas	Tahun 2009		Tahun 2010		Tahun 2011		Total
Kategori	(n=35)	(%)	(n=40)	(%)	(n=40)	(%)	(%)
Paritas Primigravida	13	37,1	17	42,5	13	32,5	37,4
Multigravida	20	57,1	18	45,0	18	45,0	48,69
Grandemultigravida	2	5,7	5	12,5	9	22,5	13,91
Total	35	100	40	100	40	100	

Berdasarkan tabel 4.5 dari tahun 2009 - 2011 didapatkan distribusi paritas ibumerata pada primigravida, multigravida, dan grandemultigravida, namun semakin tinggi paritas dapat terjadi perdarahan postpartum.

4.1.6 Status multigravida

Berikut ini tabel perincian multigravida berdasarkan per tahun yang dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 4.6 Distribusi berdasarkan status multigravida

Multigravida		Tahun 2009	Tahun 2010	Tahun 2011	Total
	Kategori	(n=20)	(n=18)	(n=18)	(%)
Multigravida	G ₂ P ₁ A ₀	6	6	2	25
	G ₃ P ₂ A ₀	2	5	4	19,7
	G ₄ P ₃ A ₀	11	7	12	53,6
Total		20	18	18	

Berdasarkan tabel 4.6 dari tahun 2009 - 2011 didapatkan distribusi status multigravida merata pada G₂P₁A₀, G₃P₂A₀, dan G₄P₃A₀. Namun status paritas tinggi mempengaruhi terjadi perdarahan postpartum.

4.1.7 Faktor risiko perdarahan postpartum

Populasi penelitian sebanyak 115 ibu yang mengalami perdarahan postpartum berdasarkan faktor risiko perdarahan postpartum. Berdasarkan data-data tersebut dapat dibuat distribusi faktor risiko perdarahan postpartum berdasarkan per tahun yang dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 4.7 Distribusi berdasarkan faktor risiko perdarahan postpartum

Faktor risiko perdarahan postpartum	Tahun 2009		Tahun 2010		Tahun 2011		Total (%)
	(n=35)	(%)	(n=40)	(%)	(n=40)	(%)	
Anemia	19	54,3	27	67,5	23	57,5	94,78
Makrosomia	2	5,7	3	7,5	0	0	4,34
Partus kasep	0	0	0	0	1	2,5	0,86
Gemelli	0	0	0	0	0	0	0
Jarak kelahiran	0	0	0	0	0	0	0
Total	35	100	40	100	40	100	

Berdasarkan tabel 4.7 dari tahun 2009 - 2011 didapatkan distribusi faktor risiko perdarahan postpartum terbanyak pada anemia.

4.2 Pembahasan

Dari hasil penelitian melihat rekam medik yang telah dilakukan di Rumah Sakit Palembang Bari didapatkan data mengenai usia ibu, pendidikan ibu, penyebab dan faktor risiko perdarahan postpartum dari kurun waktu 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

4.2.1 Prevalensi perdarahan postpartum di RSUD Palembang Bari

Penilaian prevalensi perdarahan postpartum di RSUD Palembang Bari dilakukan dengan cara melihat rekam medik di Rumah Sakit Palembang Bari. Dari hasil penelitian berdasarkan tabel 4.1 dari tahun 2009 (2,14%), tahun 2010 (1,99%), dan tahun 2011 (1,16%). Hal ini cenderung meningkat dari tahun 2009 - 2011 karena penyuluhan mengenai perdarahan postpartum ke masyarakat kurang tepat sasaran.

4.2.2 Usia ibu

Dari hasil penelitian berdasarkan tabel 4.2 usia ibu yang mengalami perdarahan postpartum dari tahun 2009 - 2011 didapatkan usia < 20 tahun 13 kasus (11,3%), usia 20-25 tahun 28 kasus (24,4%), usia 26-30 tahun 23 kasus (20%), usia 31-

35 tahun 26 kasus (22,6%), dan usia > 35 tahun 25 kasus (21,7%). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kramer, M.S. *et al.* (2011) menemukan bahwa perdarahan postpartum memiliki asosiasi yang kuat dengan usia ibu < 20 tahun memiliki risiko 4,7 kali dan ibu dengan usia > 35 tahun memiliki risiko 2,9 kali mengalami perdarahan postpartum dibandingkan ibu yang berusia 20 - 35 tahun. Menurut Suryani (2008) wanita yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan akan lebih besar.

4.2.3 Pendidikan ibu

Dari hasil penelitian berdasarkan tabel 4.3 pendidikan ibu yang mengalami perdarahan postpartum didapatkan 45 kasus SD (39,1%), 38 kasus SMP (33,0%), 27 kasus SMA (23,5%), dan 5 kasus S1 (4,4%) dari tahun 2009 - 2011. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Suryani (2008) bahwa wanita dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung untuk menikah pada usia yang lebih tua, menunda kehamilan, mau mengikuti Keluarga Berencana (KB), dan mencari pelayanan *antenatal* dan persalinan. Selain itu, mereka juga tidak akan mencari pertolongan dukun bila hamil atau bersalin dan juga dapat memilih makanan yang bergizi. Dalam penelitian ini pendidikan rendah cenderung mempengaruhi terjadinya perdarahan postpartum karena kurangnya pengetahuan untuk mencari pelayanan *antenatal* dan persalinan.

4.2.4 Distribusi penyebab perdarahan postpartum

Dari penelitian berdasarkan tabel 4.4 dari tahun 2009 - 2011 didapatkan penyebab perdarahan postpartum terbanyak pada 83 kasus sisa plasenta (72,1%), 20 kasus atonia uteri (17,4%), 9 kasus robekan jalan lahir (7,9%), dan 3 kasus kelainan pembekuan darah (2,6%). Hal ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya Mochtar (1998) mengatakan sebaran penyebab perdarahan antara lain : atonia uteri (50-60%), sisa plasenta (23-24%), laserasi jalan lahir (4-5%), kelainan pembekuan darah (0,5-

0,8%). Perbedaan ini kemungkinan disebabkan oleh lokasi penelitian yang berbeda sehingga epidemiologi penyebab perdarahan postpartum juga berbeda.

4.2.5 Paritas ibu

Dari penelitian berdasarkan tabel 4.5 dari tahun 2009 - 2011 didapatkan paritas ibu pada 43 kasus primigravida (37,4%), 56 kasus multigravida (48,69%), dan 16 kasus grandemultigravida (13,91%). Faktor paritas dalam penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Suryani (2008) di RSUD Dr. Pirngadi menemukan bahwa risiko untuk mengalami perdarahan postpartum pada ibu yang mempunyai paritas < 1 dan > 4 adalah 3,57 kali lebih besar dibandingkan yang mempunyai anak 1-3.

Paritas merupakan faktor risiko yang mempengaruhi perdarahan postpartum. Pada paritas yang rendah (paritas 1) dapat menyebabkan ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan sehingga ibu hamil tidak mampu dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (paritas lebih dari 4), maka uterus semakin lemah sehingga besar risiko komplikasi kehamilan. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai angka kejadian perdarahan postpartum lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik yang lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Wiknjastro, 2010).

4.2.6 Status multigravida

Dari penelitian berdasarkan tabel 4.6 dari tahun 2009 - 2011 didapatkan status multigravida pada 14 kasus $G_2P_1A_0$ (25%), 14 kasus $G_3P_2A_0$ (19,7%), dan 30 kasus $G_4P_3A_0$ (53,6%). Hal ini berarti status paritas tinggi mempengaruhi terjadinya perdarahan postpartum. Kematian maternal lebih banyak terjadi dalam 24 jam pertama postpartum yang sebagian besar karena terlalu banyak mengeluarkan darah. Sebab yang paling umum dari perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama pascapersalinan atau yang biasa disebut perdarahan postpartum primer adalah kegagalan rahim untuk

berkontraksi sebagaimana mestinya setelah melahirkan, plasenta yang tertinggal dan uterus yang turun atau inversi. Dari beberapa sebab perdarahan tersebut, salah satu faktor pemicunya adalah paritas (Wuryanti, 2010).

Pada paritas yang rendah (paritas 1), menyebabkan ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan sehingga ibu hamil tidak mampu dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Pada paritas tinggi (lebih dari 3), fungsi reproduksi mengalami penurunan, otot uterus terlalu regang dan kurang dapat berkontraksi dengan baik sehingga kemungkinan terjadi perdarahan pascapersalinan menjadi lebih besar (Mochtar, 1998).

4.2.7 Distribusi faktor risiko perdarahan postpartum

Dari penelitian berdasarkan tabel 4.7 dari tahun 2009 - 2011 didapatkan faktor risiko perdarahan postpartum terbanyak pada 69 kasus anemia (94,78%), 5 kasus makrosomia (4,34%), partus kasep 1 kasus (0,86%), tidak ada kasus ditemukan gemelli, dan jarak kelahiran (0%).

Faktor risiko anemia dalam penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan Suryani (2008), menemukan bahwa ibu yang memiliki Hb < 9 g% berisiko 1,78 kali lebih besar mengalami perdarahan postpartum dibandingkan dengan ibu yang memiliki Hb > 9 g%. Anemia dapat mengurangi daya tahan tubuh ibu dan meninggikan frekuensi komplikasi kehamilan serta persalinan. Anemia juga menyebabkan peningkatan risiko perdarahan postpartum. Rasa cepat lelah pada penderita anemia disebabkan metabolisme energi oleh otot tidak berjalan secara sempurna karena kekurangan oksigen. Selama hamil diperlukan lebih banyak zat besi untuk menghasilkan sel darah merah karena ibu harus memenuhi kebutuhan janin dan dirinya sendiri dan saat bersalin ibu membutuhkan hemoglobin untuk memberikan energi agar otot-otot uterus dapat berkontraksi dengan baik (Suryani, 2008).

Faktor risiko jarak kelahiran dalam penelitian tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya Suryani (2008) menyebutkan jarak antar kelahiran sebagai faktor predisposisi perdarahan postpartum karena persalinan yang berturut-turut dalam jangka waktu yang singkat akan mengakibatkan kontraksi uterus menjadi kurang baik. Selama kehamilan berikutnya dibutuhkan 2-4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Perbedaan ini kemungkinan disebabkan oleh lokasi penelitian yang berbeda sehingga epidemiologi jarak kelahiran perdarahan postpartum juga

berbeda. Jarak antar kelahiran adalah waktu sejak kelahiran sebelumnya sampai terjadinya kelahiran berikutnya. Jarak antar kelahiran yang terlalu dekat dapat menyebabkan terjadinya komplikasi kehamilan. Bila jarak antar kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan terjadinya perdarahan pasca persalinan (Wiknjastro, 2005).

Faktor risiko bayi besar (makrosomia) dalam penelitian ini sesuai dengan penelitian Suryani (2008) bayi besar adalah bayi lahir yang beratnya lebih dari 3500 gram. Menurut kepustakaan bayi yang besar baru dapat menimbulkan distosia kalau beratnya melebihi 3500 gram. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Karena regangan dinding rahim oleh anak yang sangat besar dapat menimbulkan inertia dan kemungkinan perdarahan postpartum lebih besar. Menurut buku *Safe motherhood* (2001), uterus ibu nifas pada persalinan dengan bayi besar akan membesar melebihi kehamilan biasa yang sehingga uterus terlalu meregang yang mengakibatkan perdarahan yang berasal dari letak plasenta akibat ketidakmampuan uterus berkontraksi dengan baik, kontraksi ini sangat diperlukan untuk mengendalikan perdarahan. Bila kontraksi lemah maka perdarahan postpartum akan melebihi 500 ml bila tidak segera diatasi bisa terjadi syok dan akan terjadi kematian (Badriyah, 2011).

Faktor risiko partus lama (partus kasep) dalam penelitian ini sesuai Suryani (2008) partus lama terbanyak disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak adekuat, selain faktor kontraksi juga dapat disebabkan oleh faktor janin dan faktor panggul ibu. Jenis kelainan kontraksi adalah inersia uteri dimana kontraksi rahim lebih singkat dan jarang sehingga tidak menghasilkan penipisan dan pembukaan serviks, serta penurunan bagian terendah janin, selain inertia uteri kelainan kontraksi yang lain adalah *incoordinate uterine action* yaitu tonus otot uterus meningkat diluar kontraksi, tidak ada koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang terus naik menyebabkan rasa nyeri yang lebih, bila ketuban sudah lama pecah menyebabkan spasms sirkuler setempat, sehingga terjadi penyempitan kavum uteri disebut dengan lingkaran kontraksi yang biasanya ditemukan pada batas antara bagian atas dan segmen bawah uterus, dan persalinan lama dapat menyebabkan kelelahan uterus dimana tonus otot rahim pada saat setelah plasenta lahir uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik sehingga terjadi

perdarahan postpartum. Berdasarkan penelitian *Shunji Suzuki* dan *Fumi Kikuchi* tahun 2007 bahwa persalinan dengan durasi kerja > 24 jam risiko 2,55 kali mengalami perdarahan postpartum dari durasi kerja < 24 jam (Badriyah, 2011).

Faktor risiko kehamilan ganda (gemelli) dalam penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan *Sosa, C.G, et al.* (2010) menemukan bahwa kehamilan ganda memiliki risiko 4,67 kali mengalami perdarahan postpartum dibandingkan kehamilan tunggal. Menurut buku *Safe motherhood* (2001), dijelaskan bahwa kehamilan ganda dapat menyebabkan uterus terlalu meregang, dengan overdistensi tersebut dapat menyebabkan uterus atonik atau perdarahan yang berasal dari letak plasenta akibat ketidakmampuan uterus berkontraksi dengan baik. Faktor risiko ini dapat dikenali saat *antenatal care* dan dapat dirujuk pada waktu yang tepat (Badriyah, 2011).

4.3 Keterbatasan penelitian

1. Penelitian ini tidak terlepas dari berbagai kelemahan mengingat adanya keterbatasan dalam hal jumlah sampel, waktu, dan variabel.
2. Waktu yang terbatas dalam melakukan penelitian juga mempengaruhi jumlah sampel yang didapatkan peneliti.
3. Terbatasnya subjek penelitian dikarenakan sistem pencatatan rekam medis yang kurang lengkap dan beberapa kasus dengan data yang tidak lengkap ditemukan di ruang rekam medik, sehingga banyak kasus yang tidak lengkap.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Dari penelitian mengenai karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum di Rumah Sakit Daerah Palembang Bari periode tahun 2009 - 2011 dapat disimpulkan bahwa :

1. Prevalensi ibu yang mengalami perdarahan postpartum di poliklinik obstetri dan gynecologi RSUD Palembang Bari sebanyak 115 orang (1,62%).
2. Usia ibu yang mengalami perdarahan postpartum pada usia < 20 tahun (11,3%), usia 21-25 tahun (24,4%), usia 26-30 tahun (20%), usia 31-35 tahun (22,6%), dan usia > 35 tahun (21,7%).
3. Pendidikan ibu yang perdarahan postpartum lebih banyak pada tingkat pendidikan ibu SD (39,1%), SMP (33,0%), SMA (23,5%), dan S1 (4,4%).
4. Paritas ibu yang perdarahan postpartum pada primigravida (37,4%), multigravida (48,69%), dan grandemultigravida (13,91%).
5. Status multigravida pada G₂P₁A₀ (25%), 14 kasus G₃P₂A₀ (19,7%), dan 30 kasus G₄P₃A₀ (53,6%). Hal ini berarti status paritas tinggi mempengaruhi terjadinya perdarahan postpartum.
6. Penyebab perdarahan postpartum lebih banyak pada sisa plasenta (72,1%), atonia uteri (17,4%), robekan jalan lahir (7,9%), dan kelainan pembekuan darah (2,6%).
7. Faktor risiko perdarahan postpartum banyak dipengaruhi oleh anemia (94,78%), makrosomia (4,34%), partus kasep (0,86%), gemelli dan jarak kelahiran (0%).

5.2. Saran

Adapun saran yang dapat penulis sampaikan setelah dilakukannya penelitian dan dari manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

5.2.1. Bagi peneliti lain

1. Dapat dilakukan penelitian lanjutan mengenai karakteristik ibu dengan perdarahan postpartum dengan menggunakan desain penelitian *crosssectional* agar dapat mengetahui hubungan sebab akibat keterkaitan penyebab dan faktor risiko.
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terutama mengenai faktor-faktor lain yang belum dapat diteliti seperti riwayat persalinan buruk sebelumnya, dan riwayat *antenatal care* agar diperoleh hasil yang lebih akurat dan signifikan.

5.2.2. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari dan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

1. Agar pihak RSUD Palembang Bari memberikan penyuluhan ke masyarakat sedini mungkin mengenai perdarahan postpartum terutama kepada ibu yang melahirkan pada usia < 20 dan > 35 tahun, dan paritas > 2 , sehingga keselamatan ibu dan bayi terjamin.
2. Kasus yang merupakan rujukan dari puskesmas agar dicantumkan surat rujukan secara lengkap agar penanganannya lebih tepat dan efisien.
3. Sebagai salah satu bahan yang dapat digunakan untuk seminar di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

5.2.3. Bagi dokter umum

Sebagai bahan pembelajaran untuk kasus gawat darurat di bidang obstetri dan gynecologi yang mengancam jiwa ibu dan bayi yang akan dilahirkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abouzhar, C. 1998. *Global burden of maternal and disability : "Causes of maternal deaths and disabilities"*. *British medical bulentin*, 60 : 1 - 11. (<http://bmb.oxfordjournal.org>, diakses 29 september 2012)
- Alarm international. 2001. *The society of obstetricians and gynaecologists of Canada, second edition*, Ontario.
- Badriyah, sulastri dan Sutio rahardjo. 2011. *Pengaruh faktor resiko terhadap perdarahan Ibu postpartum Di RS Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan*. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes Volume II Nomor 1*, Januari 2011.
- BAPPENAS. 2010. *Laporan pencapaian tujuan pembangunan millenium di Indonesia 2010*. Kementrian perencanaan pembangunan nasional / badan perencanaan pembangunan nasional, Jakarta, Indonesia.
- Bateman, B.T, et al. 2010. *The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries*. Volume 110 number 5, (www.anesthesia-analgesia.org, diakses 28 September 2012).
- Cunningham F. gany, Md, Mac donal paul C, MD, gant norman F, M.D *obstetri williams (William obstetric)*, EGC, 2000, hal 19.
- Cunningham G.E., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C, (2001), *Williams Obstetrics*, ed.21, Mc Graw Hill, New York.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, dkk. *Obstetri Williams*. Ed 21. Vol 1. Jakarta : EGC. 2006. 318-335.
- Cunningham F. gany, et. al: *Obstetrics hemorrhage, Williams obstetric 23rd edition*. Mc graw hill companies, New york, 2010 : 493-501.

Departemen kesehatan. 2007. Profil kesehatan Indonesia 2007. (<http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202007.pdf>, diakses 30 September 2012).

Drews, R.E., weinberger, S.E., *Trombositopenic disorder in critically ill patients*, *Am J respir crit care Med*:2010;162:347-351.

Foley, M.R., strong, T.H., *Obstetric intensive care*, WB saunders, 2000.

Gabbe, S.G., Niebyl, J.R., Simpson, J.L (2002), *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies*, ed.4, Churchill Livingstone, New York.

Khoman JS. *Pendarahan hamil tua dan pendarahan postpartum*. Cermin dunia kedokteran, edisi khusus No. 80, 1992 : 60-63.

Knight, marian, et al. 2009. *Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries : a review and recommendations from the international postpartum hemorrhage collaborative group*. *BMC pregnancy and childbirth* 2009, 9:55.

Kramer, M.S. et al. 2011. *Risk factors for postpartum hemorrhage : Can we explain the recent temporal increase?*. *Journal obstet gynaecol can* 2011;33(8):810–819.

Levi, M., Cate, H.T., *Disseminated intravascular coagulation*. *Nejm*:2003;341:586-91.

Massachusetts general hospital, and harvard medical cchool. 2010. *postpartum hemorrhage increases 28% between 1995 and 2004*. *Anesthesia & Analgesia*, academic journal, (<http://www.news-medical.net/news/20100507/postpartum-hemorrhage-increases>, diakses 29 September 2012).

Manuaba, dkk. 2007. Pengantar kuliah obstetri : “*Komplikasi umum pada kehamilan*”. Cetakan I.EGC, Jakarta, Indonesia. hal 401-404.

- Maughan , K.L., heim, S.W. and galazka S.S. 2006. *Preventing postpartum hemorrhage : managing the third stage of labor. Journal of am fam physician.* 2006 Mar 15 ; 73(6) : 1025-1028.
- Miller A, hanretty K. *Coagulation failure in pregnancy, in obstetrics illustrted sixth edition, churcill lvingstone*, 2002 : 122-24.
- Mochtar, rustam. 1998. *Synopsis obstetri : Obstetri fisiologi, obstetri patologi ed.2.* Jakarta : Penerbit buku kedokteran EGC.
- Naz, talat and lubna hassan. 2010. *Primary postpartum hemorrhage : Profile at a tertiary care hospital. J. Med. Sci. (Peshawar, print) January 2010*, Vol. 18, No.1: 49-53.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi penelitian kesehatan : "metode pengambilan sampel"*. rineka cipta, Jakarta, Indonesia, hal.115-130.
- Nugroho, taufan. 2010. *Buku ajar obstetri untuk mahasiswa kebidanan.* Yogyakarta : Nulia medika.
- Praworihadjo, S. 2008. *Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil.* Dalam : Saifuddin, B, A. Ilmu kebidanan. Bina pustaka sarwono praworihardjo. Jakarta.
- Rahmi. 2008. *Karakteristik penderita perdarahan postpartum yang datang ke RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2004-2008.* Tesis. Medan : Fakultas kesehatan masyarakat-USU.
- Ramanathan, G. and arulkumaran, S. 2006. *Postpartum hemorrhage.* J obstet gynaecol can 2006 ; 28 (11) : 967-973.
- Saifuddin, A.B. 2006. *Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.* Jakarta : Yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo.
- Sarwono, Prawirohardjo. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2008. 296-314.

- Sastroasmoro, S. ismael, S. 2007. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Sagung seto. Jakarta.
- Schuurmans, et al. 2008. *Prevention and management of postpartum hemorrhage*. SOGC *Clinical practice guidelines*. No. 88, april 2008.
- Sheikh, L. et al. 2011. *Evaluation of compliance and outcomes of a management protocol for massif postpartum hemorrhage at a tertiary care hospital in Pakistan*. BMC Pregnancy and childbirth 2011, 11 : 28.
- Sosa, C.G, althabe, F. belizan, J.M. and buekens, P. 2009. *Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population*. Obstet gynecol. 2009 June; 113 (6) : 1313–1319.
- Smith, J. R., Brennan, B. G., 2004, *Postpartum hemorrhage*, (<http://emedicine.medscape.com/haemoragic-postpartum.com> diakses 28 September 2012).
- Suryani. 2008. *Hubungan karakteristik ibu bersalin dan antenatal care dengan perdarahan pasca persalinan di Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi Tahun 2007*. Tesis. Medan : Pasca sarjana Universitas Sumatera Utara.
- Wiknjosastro, hanifa. 1999. *Gangguan dalam kala III persalinan*. Dalam : Abdul, Trijatmo, eds. Ilmu kebidanan. Jakarta: Yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo. Hal. 653.
- Wiknjosastro, G.H, saifuddin, A.B., Rachimhadhi, T. (2005), *Ilmu Kebidanan*, ed. 7, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Wiknjosastro G.H, Saifuddin A.B, Rachimhadhi T. (2010). *Ilmu Kebidanan*, ed.7. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Wuryanti, ayu. 2010. *Hubungan anemia dalam kehamilan dengan perdarahan postpartum karena atonia uteri*. Skripsi. Surakarta ; Fakultas kedokteran Universitas Sebelas Maret.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

MA MAHASISWA : Muhammad Adriansyah
M : 702009004

PEMBIMBING I : Prof. dr. H. Syakroni Daud Rusydi, Sp. OG (K)
PEMBIMBING II : dr. Irfanuddin, Sp. KA, AIF, M. Pd. Ked

DUL SKRIPSI :
Karakteristik Ibu Yang Mengalami Perdarahan Postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari Periode tahun 2009 - 2011

TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
		I	II	
25/1/2013	Pembahasan dan Hasil Bab 4		/	
30/1/2013	Revisi Bab 4	/	/	
9/2/2013	Revisi Bab 4 dan Bab 5	/	/	
5/2/2013	Revisi Bab 4, Bab 5, dan Abstrak	/	/	
7/2/2013	Acc	/	/	
28/2/2013	Revisi Bab 4	/	/	
30/1/2013	Revisi Bab 5 & Abstrak		/	
8/2/2013	Acc		/	

TATAN :
Dikeluarkan di : Palembang
Pada tanggal : / /
a.n. Dekan
Ketua UPK,



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130/D/T/2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ Palembang, 27 September 2012

Nomor : 4091 /H-5/FK-UMP/IX/2012
Lampiran :
Perihal : Surat Izin Pengambilan Data Awal

Kepada : Yth. Ibu. Direktur RSUD BARI Palembang
di
Tempat

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah.
SWT. Amin Ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan Tahap Akademik mahasiswa angkatan 2009 Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat Skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset.

Dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan izin pengambilan data awal di RSUD BARI Palembang, kepada :

NO.	NAMA /NIM	JUDUL SKRIPSI
1	M. Adriwansyah 70 2009 004	Karakteristik Ibu dengan Pendarahan Post Partum di RSUD BARI Palembang Periode Tahun 2005-2011

Untuk mengambil data yang dibutuhkan dalam penyusunan skripsi yang bersangkutan .

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .

Billahittaufiq Walhidayah.
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Y Dekan,

Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp. And
NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002064803

Tembusan :
1. Yth. Pembantu Dekan I FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Yth. Kasubag. Akademik FK UMP
4. Yth. UP2M FK UMP.
5. Arsip



PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PALEMBANG BARI**

Jalan Panca Usaha Nomor 1, Kelurahan 5 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu I, Kota Palembang, Provinsi Sumatera Selatan
Telepon: (0711) 514165, 519211, Faksimile: (0711) 519212, Kode Pos: 30254
E-mail: tu@rsudpbari.palembang.go.id, Website: www.rsudpbari.palembang.go.id

Palembang, 8 Desember 2012

Nomor : 420/1225/RSUD/2012
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Telah selesai melaksanakan di -
Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang

PALEMBANG

Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang pada 29 Nopember 2012 Nomor: 1377/H-5/FK-Ump/XI/2012 Perihal: Surat Pengantar Izin Penelitian, atas nama:

Nama : M. Adriwansyah
NIM : 70 2009 004
Judul Skripsi : Karakteristik Ibu dengan Perdarahan Post Partum di RSUD Palembang BARI periode Tahun 2009 – 2011

Dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Palembang BARI pada 12 s.d. 18 Desember 2012.

Atas perhatian dan kerja samanya, kami sampaikan terima kasih.

PALEMBANG, 8 Desember 2012
KORDEKUR RSUD PALEMBANG BARI,

dr. Hj. MAKIANI, S.H., M.M.
NIP. 196504131996032001

**DATA KEGIATAN PERSALINAN
PADA KAMAR BERSALIN
RSUD PALEMBANG BARI TAHUN 2009**

NO	JENIS TINDAKAN	JANUARI - DESEMBER THN 2009
1.	Jumlah Persalinan	1634
	- Partus Normal	924
	- Vacum	36
	- Forcep	2
	- Versi Ekstraksi/Bracht	31
2.	Partus Dengan SC	345
	- SC dgn DKP	38
	- SC dgn KPSW	53
	- SC dgn HAP	39
	- SC dgn PEB	38
	- SC dgn Eklamsia	1
	- SC dgn Riwayat SC	39
	- SC dgn Gemeli	8
	- SC dgn Presbo	28
	- SC dgn Letak Lintang	12
	- SC dgn Gagal Drip	27
	- SC dgn Kala II Lama	19
	- SC Lain - lain	43
3.	Persalinan Dengan Abnormal	296
	- Persalinan dgn KPSW	53
	- Persalinan dgn Solutio Placenta	2
	- Persalinan dgn Placenta Previa	3
	- Persalinan dgn Pre Eklamsia	131
	- Persalinaan dgn Eklamsia	5
	- Persalinaan dgn IUFD	21
	- Persalinan dgn Kala II Lama	10
	- Retensio Placenta	31
4.	Kasus Gynekologi	253
	- Ab. Incomplit	161
	- Mola Hydatidosa	21
	- Blingted Ovum	23
	- Menomethorhagia	13
	- Adenomiosis Cervical	15
	- PUD	20
	- HPP	35

5.	Laparotomi / Histerektomi	99
	- KET	23
	- Kistoma uteri	41
	- Mioma Uteri	22
	- Ca. Cervik	11
	- Prolaps Uteri	1
	- Tubektomi	1
6.	Kasus Kebidanan Lainnya	5
	- Kista Bartolini	3
	- Anemia	2
7.	Kehamilan Dengan Komplikasi	219
	- Pre Eklamsi	19
	- HAP	76
	- KPSW	25
	- HEG	26
	- Dgn Penyakit Kronik	3
	- Partus Imaturus Iminens	27
	- Lain – Lain	43
8.	Jumlah Pemeriksaan Kehamilan	1411

**DATA KEGIATAN PERSALINAN
PADA KAMAR BERSALIN
RSUD PALEMBANG BARI TAHUN 2010**

NO	JENIS TINDAKAN	JANUARI - DESEMBER THN 2010
1.	Jumlah Persalinan	2001
	- Partus Normal	540
	- Vacum	29
	- Forcep	3
	- Versi Ekstraksi/Bracht	3
2.	Partus Dengan SC	511
	- SC dgn DKP	44
	- SC dgn KPSW	89
	- SC dgn HAP	18
	- SC dgn PEB	57
	- SC dgn Eklamsia	7
	- SC dgn Riwayat SC	55
	- SC dgn Gemeli	-
	- SC dgn Presbo	38
	- SC dgn Letak Lintang	22
	- SC dgn Gagal Drip	-
	- SC dgn Kala II Lama	19
	- SC dgn Post Term	50
	- SC dgn PER	3
	- SC dgn PPT	3
	- SC dgn Gawat Janin	3
	- SC dgn Placenta Previa	3
	- SC dgn Preski	8
	- SC dgn IUFD	3
	- SC dgn Post Date	3
	- SC dgn PPT	8
	- SC dgn KPD	21
	- SC dgn PPI	2
	- SC dgn Solutio Placenta	2
	- SC Lain - lain	53
3.	Persalinan Dengan Abnormal	915
	- Persalinan dgn KPSW	266
	- Persalinan dgn Solutio Placenta	3
	- Persalinan dgn Placenta Previa	-
	- Persalinan dgn PEB	244
	- Persalinan dgn Eklamsia	3
	- Persalinan dgn IUFD	24
	- Persalinan dgn Kala II Lama	43

	- Persalinan dgn KPD	50
	- Persalinan dgn PER	145
	- Persalinan dgn riwayat SC	11
	- Persalinan dgn Preski	8
	- Persalinan dgn Post Term	28
	- Persalinan dgn PPI	7
	- Persalinan Presbo	47
	- Persalinan riwayat SC	10
	- Persalinan dgn Gemeli	4
	- Persalinan lain - lain	21
4.	Kasus Gynekologi	
	- Ab. Incomplit	124
	- Mola Hydatidosa	22
	- Blingted Ovum	25
	- Menomethorhagia	4
	- Adenomiosis Cervical	18
	- PUD	3
	- PUA	31
	- Ab. Iminens	41
	- HPP	40
	- Death Conseptus	27
	- Missed Abortion	3
	- Perdarahan Lain - lain	41
5.	Laparatomi / Histerektomi	
	- KET	15
	- Kistoma uteri	-
	- Mioma Uteri	18
	- Ca. Cervik	2
	- Prolaps Uteri	1
	- Tubektomi	8
	- Kistoma Ovari	27
	- Polip Servik	3
6.	Kasus Kebidanan Lainnya	
	- Kista Bartolini	5
	- Anemia	4
7.	Kehamilan Dengan Komplikasi	
	- Eklampsia	1
	- HAP	9
	- KPSW	9
	- HEG	35
	- Dgn Penyakit Kronik	-
	- Partus Imaturus Iminens	30
	- Presbo	2
	- Anemia	2
	- IUFD	6
	- PEB	26

	- Post term	2
	- PER	4
	- Lain - Lain	40
8.	Retensio Placenta	11
9.	Retensio Urine	7
10.	Jumlah Pemeriksaan Kehamilan	1663

**DATA KEGIATAN PERSALINAN
PADA KAMAR BERSALIN
RSUD PALEMBANG BARI TAHUN 2011**

NO	JENIS TINDAKAN	JANUARI - DESEMBER THN 2011
1.	Jumlah Persalinan	3433
	- Partus Normal	538
	- Vacum	2
	- Forcep	-
	- Versi Ekstraksi/Bracht	-
2.	Partus Dengan SC	
	- SC dgn DKP	65
	- SC dgn KPSW	74
	- SC dgn HAP	9
	- SC dgn PEB	44
	- SC dgn Eklamsia	9
	- SC dgn Riwayat SC	34
	- SC dgn Gemeli	1
	- SC dgn Presbo	31
	- SC dgn Letak Lintang	21
	- SC dgn Gagal Drip	2
	- SC dgn Kala II Lama	30
	- SC dgn Post Term	25
	- SC dgn PER	3
	- SC dgn PPT	10
	- SC dgn Gawat Janin	1
	- SC dgn Placenta Previa	-
	- SC dgn Preski	3
	- SC dgn IUFD	-
	- SC dgn Post Date	-
	- SC dgn PPT	5
	- SC dgn KPD	-
	- SC dgn PPI	2
	- SC dgn Solutio Placenta	-
	- SC Lain - lain	18
3.	Persalinan Dengan Abnormal	
	- Persalinan dgn KPSW	116
	- Persalinan dgn Solutio Placenta	-
	- Persalinan dgn Placenta Previa	5
	- Persalinan dgn PEB	83
	- Persalinaan dgn Eklamsia	2
	- Persalinaan dgn IUFD	17

**DATA KEGIATAN PERSALINAN
PADA KAMAR BERSALIN
RSUD PALEMBANG BARI TAHUN 2011**

NO	JENIS TINDAKAN	JANUARI - DESEMBER THN 2011
1.	Jumlah Persalinan	3433
	- Partus Normal	538
	- Vacum	2
	- Forcep	-
	- Versi Ekstraksi/Bracht	-
2.	Partus Dengan SC	
	- SC dgn DKP	65
	- SC dgn KPSW	74
	- SC dgn HAP	9
	- SC dgn PEB	44
	- SC dgn Eklamsia	9
	- SC dgn Riwayat SC	34
	- SC dgn Gemeli	1
	- SC dgn Presbo	31
	- SC dgn Letak Lintang	21
	- SC dgn Gagal Drip	2
	- SC dgn Kala II Lama	30
	- SC dgn Post Term	25
	- SC dgn PER	3
	- SC dgn PPT	10
	- SC dgn Gawat Janin	1
	- SC dgn Placenta Previa	-
	- SC dgn Preski	3
	- SC dgn IUFD	-
	- SC dgn Post Date	-
	- SC dgn PPT	5
	- SC dgn KPD	-
	- SC dgn PPI	2
	- SC dgn Solutio Placenta	-
	- SC Lain - lain	18
3.	Persalinan Dengan Abnormal	
	- Persalinan dgn KPSW	116
	- Persalinan dgn Solutio Placenta	-
	- Persalinan dgn Placenta Previa	5
	- Persalinan dgn PEB	83
	- Persalinaan dgn Eklamsia	2
	- Persalinaan dgn IUFD	17

	- Persalinan dgn Kala II Lama	25
	- Persalinan dgn KPD	-
	- Persalinan dgn PER	33
	- Persalinan dgn riwayat SC	8
	- Persalinan dgn Preski	5
	- Persalinan dgn Post Term	21
	- Persalinan dgn PPI	6
	- Persalinan Presbo	22
	- Persalinan dgn Gemeli	3
	- Persalinan lain - lain	18
4.	Kasus Gynekologi	
	- Ab. Incomplit	104
	- Mola Hydatidosa	9
	- Blingted Ovum	19
	- Menomethorhagia	3
	- Adenomiosis Cervical	5
	- PUD	-
	- PUA	25
	- Ab. Iminens	19
	- HPP	40
	- Death Conseptus	26
	- Missed Abortion	-
	- Perdarahan Lain - lain	13
5.	Laparotomi / Histerektomi	
	- KET	6
	- Kistoma uteri	-
	- Mioma Uteri	27
	- Ca. Cervik	2
	- Prolaps Uteri	3
	- Tubektomi	10
	- Kistoma Ovari	23
	- Polip Servik	4
6.	Kasus Kebidanan Lainnya	
	- Kista Bartolini	8
	- Anemia	2
7.	Kehamilan Dengan Komplikasi	
	- Eklampsia	-
	- HAP	-
	- KPSW	-
	- HEG	13
	- Dgn Penyakit Kronik	1
	- Partus Imaturus Iminens	-
	- Presbo	-
	- Anemia	-
	- IUFD	2
	- PEB	-

	- Post term	-
	- PER	-
	- Lain - Lain	-
8.	Retensio Placenta	7
9.	Retensio Urine	3
10.	Jumlah Pemeriksaan Kehamilan	1780

BIODATA

Nama : Muhammad Adriwansah
Tempat, Tanggal Lahir : Jakarta, 17 Agustus 1991
Alamat : Jl. R.A. Abusamah No. 3883 RT. 003 RW. 005
Kelurahan Sukarami, Kecamatan Sukajaya, Lebung
Siarang, Palembang.
Telp / HP : 0711-414658 / 081958929191
Email : adri_gunner@yahoo.co.id
Agama : Islam
Nama Orang Tua : H. Asmadi Bermawi, SE, MM
Ayah : H. Asmadi Bermawi, SE, MM
Ibu : Hj. Risma Yurliani
Jumlah Saudara : 1 (satu) orang
Anak ke : 1 (satu)
Riwayat Pendidikan : 1. Taman Kanak-kanak Taman Asuhan Pematang
Siantar, Medan, lulus Tahun 1998.
2. Sekolah Dasar Negeri 01 Kemanggisan Jakarta,
lulus Tahun 2003.
4. Sekolah Menengah Pertama Negeri 88 Jakarta,
lulus Tahun 2006.
5. Sekolah Menengah Atas Negeri 16 Jakarta,
program studi : Ilmu Pengetahuan Alam, lulus
Tahun 2009.



Palembang, 21 Februari 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Muhammad Adriwansah', written in a cursive style. The signature is positioned above the printed name.

Muhammad Adriwansah