



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Persalinan merupakan suatu proses alami atau peristiwa normal, tetapi dapat berubah menjadi abnormal apabila tidak dikelola dengan tepat (Prawirohardjo, 2012).

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peranan ibu adalah melahirkan bayinya, sedangkan peranan keluarga adalah memberikan bantuan dan dukungan pada ibu ketika terjadi proses persalinan. Persalinan normal terjadi antara umur gestasi 37 dan 42 minggu, tetapi tidak seperti mamalia lain, manusia tidak mempunyai periode gestasi yang sangat tepat (Prawirohardjo, 2012).

Persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persalinan yaitu *power* (tenaga yang mendorong anak) atau disebut juga his, *passage* (jalan lahir atau panggul), *passenger* (janin dan plasenta), psikologi dan penolong. Beberapa masalah yang dapat terjadi dalam persalinan yaitu hambatan persalinan (*failure progress*), *chipalopelvic disproportion* (CPD), gawat janin (*fetal distress*), sungsang dan pendarahan usai melahirkan (perdarahan *postpartum*).

Perdarahan *postpartum* adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1000 cc setelah persalinan abdominal dalam 24 jam dan sebeleum 6 minggu setelah persalinan. Berdasarkan waktu terjadinya perdarahan *postpartum* dapat dibagi menjadi perdarahan primer dan perdarahan sekunder. Perdarahan primer adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama dan biasanya disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, sisa sebagian plasenta dan gangguan pembekuan darah. Perdarahan sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam persalinan. Penyebab utama perdarahan *postpartum* sekunder biasanya disebabkan sisa plasenta (Pitriani, 2014).

Salah satu komplikasi kehamilan yang menyebabkan kematian pada ibu adalah perdarahan *postpartum*. Perdarahan *postpartum* merupakan salah satu masalah penting karena berhubungan dengan kesehatan ibu yang dapat menyebabkan kematian. Walaupun angka kematian maternal telah menurun dari tahun ke tahun dengan adanya pemeriksaan dan perawatan kehamilan, persalinan di rumah sakit serta adanya fasilitas transfusi darah, namun perdarahan masih tetap merupakan faktor utama dalam kematian ibu. Walaupun seorang perempuan bertahan hidup setelah mengalami pendarahan pasca persalinan, namun ia akan menderita akibat kekurangan darah yang berat (anemia berat) dan akan mengalami masalah kesehatan yang berkepanjangan (Kusmiran, 2011).

Kematian ibu adalah kematian seorang wanita terjadi saat hamil, bersalin atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Kematian ibu adalah kematian seorang wanita

terjadi saat hamil, bersalin atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan (Dewi, 2011).

Setiap tahun, 303.000 wanita diseluruh dunia meninggal selama hamil dan persalinan. Perdarahan *postpartum* menduduki peringkat pertama dalam menyumbangkan angka kematian ibu di dunia, yaitu sebesar 35 %. Kematian dan kesakitan ibu masih merupakan masalah kesehatan yang serius di negara berkembang. Hasil Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 Angka Kematian Ibu yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2012 yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2017 Angka Kematian Ibu yaitu 305/100.000 kelahiran hidup. Trias tertinggi penyebab langsung kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan *postpartum* (30,3%), preeklampsia / eklampsia (27,1%), dan infeksi (7,3%) (Kemenkes, 2018).

Jumlah angka kematian ibu di Propinsi Riau cenderung meningkat, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Propinsi Riau bahwa jumlah kematian ibu bersalin di Provinsi Riau yaitu pada tahun 2016 sebanyak 53 ibu bersalin, tahun 2017 52 ibu bersalin dan tahun 2018 sebanyak 52 ibu bersalin. Paling banyak penyebab kematian ibu adalah perdarahan sebanyak 34%, diikuti dengan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 33%. Pada tahun 2019, angka kematian ibu di Provinsi Riau meningkat menjadi 125 kasus dengan kasus perdarahan *postpartum* sebanyak 44 kasus (Profil Kesehatan Provinsi Riau, 2019).

Di Kabupaten Rokan Hilir, jumlah kematian ibu nifas pada tahun 2016 yaitu 4 orang ibu, tahun 2017 sebanyak 3 orang ibu. Pada tahun 2018 jumlah kematian ibu nifas ada 4 orang dan yang disebabkan oleh perdarahan *postpartum* yaitu 2 orang ibu. Tahun 2019 angka kematian ibu di Kabupaten Rokan Hilir sebanyak 13

orang dengan 5 kematian diantaranya disebabkan oleh perdarahan *postpartum* (Profil Kesehatan Provinsi Riau, 2019).

Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Rokan Hilir, angka kejadian perdarahan *postpartum* pada tahun 2018 yaitu 21 dari 818 persalinan (2,5%) dan tahun 2019 sebanyak 19 dari 825 persalinan (2,3%). Jumlah kasus perdarahan pada bulan Januari-Juni 2020 yaitu 11 kasus dari 38 kasus persalinan normal.

Di Rumah Sakit Ibunda Kabupaten Rokan Hilir, angka kejadian perdarahan *postpartum* pada tahun 2017 yaitu 37 dari 437 persalinan (8,47%), tahun 2018 yaitu 43 kasus dari 452 persalinan (9,51%) dan tahun 2019 yaitu 59 kasus dari 519 persalinan (10,79%). Jumlah kasus perdarahan pada bulan Januari-Juni 2020 yaitu 32 kasus dari 285 persalinan. Jumlah kasus ibu beresiko pada bulan Januari-Juni 2020 yaitu 89 ibu namun hanya 18 diantaranya yang tidak mengalami perdarahan *postpartum*.

Adapun faktor-faktor penyebab perdarahan *postpartum* adalah partus lama, paritas, peregangan uterus yang berlebihan, anemia dan persalinan dengan tindakan. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi. Partus lama dapat menyebabkan terjadinya inersia uteri karena kelelahan pada otot - otot uterus sehingga rahim berkontraksi lemah setelah bayi lahir. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan *postpartum*. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kejadian perdarahan *postpartum* lebih tinggi. Pada paritas yang rendah (paritas satu), ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas.

Sedangkan pada paritas tinggi (lebih dari 3), fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga kemungkinan terjadi perdarahan *postpartum* menjadi lebih besar (Pitriani, 2014).

Peregangan uterus yang berlebihan antara lain kehamilan ganda, polihidramnion, dan makrosomia. Peregangan uterus yang berlebihan karena sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir sehingga sering menyebabkan perdarahan *postpartum* pada ibu bersalin. Pada kondisi ini miometrium renggang dengan hebat sehingga kontraksi setelah kelahiran bayi menjadi tidak terkendali (Cunningham, 2015).

Wanita yang mengalami anemia dalam persalinan dengan kadar hemoglobin <11gr/dl akan dengan cepat terganggu kondisinya bila terjadi kehilangan darah meskipun hanya sedikit. Anemia dihubungkan dengan kelemahan yang dapat dianggap sebagai penyebab langsung perdarahan *postpartum*. Persalinan tindakan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya perdarahan *postpartum*. Persalinan dengan tindakan diantaranya adalah persalinan tindakan pervaginam yaitu dengan vakum, forsep, ataupun episiotomi, sedangkan tindakan persalinan per abdominal adalah SC. Tindakan pada persalinan baik vaginam maupun abdominal dapat menyebabkan trauma baik pada ibu maupun pada bayi (Dewi, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Yusriana (2017) menunjukkan bahwa ada pengaruh paritas dengan kejadian perdarahan *postpartum* dengan nilai ($p= 0,000$ dan $OR=9.333$), umur ($p= 0,000$ dan $OR=50.091$), jarak kehamilan ($p= 0,001$ dan $OR=16.789$) dan kadar Hb ($p= 0,000$ dan $OR=116.000$). Hasil analisis regresi menyatakan bahwa kadar Hb merupakan faktor yang paling dominan terhadap kejadian perdarahan *postpartum* dengan nilai $t=6.302$ dan nilai $sig=0.000$.

Penelitian lain oleh Satriyandani (2017) menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor paritas, oksitosin drip, dan anemia dengan perdarahan *postpartum* di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Tidak ada hubungan antara partus lama, faktor peregangan uterus yang berlebihan, dan persalinan dengan tindakan dengan perdarahan *postpartum* di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Perdarahan *postpartum* yang tidak ditangani dapat mengakibatkan syok dan menurunnya kesadaran akibat banyaknya darah yang keluar. Hal ini menyebabkan gangguan sirkulasi darah ke seluruh tubuh dan dapat menyebabkan hipovolemia berat. Bila hal ini terus terjadi maka akan menyebabkan ibu tidak terselamatkan (Cunningham, 2015).

Dari uraian latar belakang maka peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini yaitu :

1. Apakah ada hubungan faktor umur dengan kejadian perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir?
2. Apakah ada hubungan faktor paritas dengan kejadian perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir?
3. Apakah ada hubungan faktor jarak kehamilan dengan kejadian perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten

Rokan Hilir?

4. Apakah ada hubungan faktor riwayat anemia dengan kejadian perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya faktor-faktor yang berhubungan dengan perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi umur, paritas, jarak kehamilan dan riwayat anemia dengan kejadian perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- b. Diketuainya hubungan faktor umur dengan kejadian perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- c. Diketuainya hubungan faktor paritas dengan kejadian perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- d. Diketuainya hubungan faktor jarak kehamilan dengan kejadian perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- e. Diketuainya hubungan faktor riwayat anemia dengan kejadian

perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan pengetahuan di instansi pendidikan serta menjadi sumber referensi di perpustakaan sehingga memberikan kontribusi pengetahuan bagi yang membacanya.

2. Aspek Praktis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan dalam pembelajaran dan juga sebagai studi untuk menambah perpustakaan dan menjadi bahan bacaan untuk mahasiswa tentang perdarahan *postpartum*.

b. Bagi Instansi Terkait

Sebagai bahan rujukan bagi tenaga kesehatan khususnya tenaga kesehatan yang ada di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir agar lebih mengupayakan penanganan persalinan dalam rangka menurunkan kejadian perdarahan *postpartum*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Perdarahan *Postpartum*

a. Pengertian

Perdarahan *postpartum* adalah perdarahan pervaginam 500ml atau lebih setelah kala III selesai (setelah plasenta lahir). 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 (Dewi, 2011).

Perdarahan *postpartum* ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Ambarwati, 2010).

b. Klasifikasi Perdarahan *Postpartum*

1) Perdarahan *Postpartum* Primer

Perdarahan *postpartum* yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan *postpartum* primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri

2) Perdarahan *Postpartum* Sekunder

Perdarahan *postpartum* yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran hingga 12 minggu setelah persalinan. Perdarahan *postpartum* sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

c. Etiologi Perdarahan *Postpartum*

Penyebab tidak langsung perdarahan *postpartum* yaitu:

1) Umur

Jika umur ibu di atas 35 tahun maka kehamilannya dianggap rawan, sebab tingkat morbiditas dan mortalitasnya memang meningkat. Resiko kehamilan yang akan dihadapi pada primigravida tua hampir mirip pada primigravida muda. Hanya saja, karena faktor kematangan fisik yang dimiliki maka ada beberapa faktor resiko yang akan berkurang pada primigravida tua. Panggulnya juga sudah berkembang baik. Bahaya yang mengancam primigravida tua justru berkaitan dengan fungsi organ reproduksi di atas umur 35 yang sudah mulai menurun, sehingga bias mengakibatkan perdarahan pada proses persalinan dan preeklamsia (Armagustini, 2010).

2) Paritas

Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak resiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua adalah persalinan yang paling aman. Paritas yang beresiko mengalami komplikasi yaitu apabila tidak hamil selama 8 tahun atau lebih sejak kehamilan terakhir, mengalami kehamilan dengan durasi sedikitnya 20 minggu sebanyak 5 kali atau lebih, dan kehamilan terjadi dalam waktu 3 bulan dari persalinan terakhir. Paritas 1 sampai 2 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 3 dan paritas tinggi >3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, semakin tinggi paritas semakin tinggi kematian maternal. Hal tersebut dikarenakan pada setiap kehamilan terjadi peregangan rahim, jika kehamilan berlangsung terus menerus maka rahim akan semakin melemah sehingga dikhawatirkan akan terjadi gangguan pada saat kehamilan, persalinan dan nifas (Wulandari, 2011).

3) Jarak Kehamilan

Selama kehamilan sumber biologis dalam tubuh ibu secara sistematis terpakai dan untuk kehamilan berikutnya dibutuhkan waktu 2-4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Apabila terjadi kehamilan sebelum 2 tahun, kesehatan ibu akan mundur secara progresif. Jarak yang aman bagi wanita untuk melahirkan kembali paling sedikit 2 tahun. Hal ini agar wanita dapat pulih setelah masa kehamilan dan laktasi. Ibu yang hamil lagi sebelum

2 tahun sejak kelahiran anak terakhir seringkali mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan (Wulandari, 2011).

4) Riwayat Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada kehamilan. Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Selama kehamilan, anemia adalah jika konsentrasi hemoglobin kurang dari 11,00 gr/dl (Wiknjosastro, 2012).

Keadaan kurang gizi besi yang berlanjut dan semakin parah akan mengakibatkan anemia gizi besi. Anemia zat gizi merupakan suatu kondisi tubuh dimana tubuh tidak lagi mempunyai cukup zat besi untuk membentuk hemoglobin yang diperlukan dalam sel-sel darah yang baru (Wulandari, 2011).

Pemeriksaan anemia dilakukan dengan cek Hemoglobin (Hb). Pemeriksaan Hb perlu dilakukan pada ibu hamil untuk mengetahui kadar sel darah merah pada ibu hamil. Pemeriksaan Hb pada ibu hamil perlu dilakukan terutama pada trimester II dan III kehamilan untuk mencegah kegugutan, bayi lahir prematur, bayi berat badan rendah dan pendek. Anemia yang berat dapat memperparah perdarahan pada saat melahirkan, sehingga memperbesar resiko kematian ibu.

Penyebab langsung perdarahan *postpartum* terbagi atas 4T (Tonus, Tissue, Trauma, Thrombine). Perdarahan yang diakibatkan karena permasalahan Tonus (kontraksi uterus yang tidak baik) adalah atonia uteri; permasalahan pada Tissue (jaringan) adalah retensio plasenta dan sisa plasenta; permasalahan yang disebabkan karena Trauma (perlukaan) seperti laserasi/robekan jalan lahir, inversio uteri, ruptur uteri; dan yang terakhir permasalahan yang disebabkan oleh Thrombine yaitu permasalahan yang diakibatkan karena gangguan faktor pembekuan darah (Joseph dan Nugroho, 2011).

1) Atonia Uteri

Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir. Perdarahan *postpartum* secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat miometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlengketan plasenta. Perdarahan pada atonia uteri ini berasal dari pembuluh darah yang terbuka pada bekas menempelnya plasenta yang lepas sebagian atau lepas keseluruhan. Tidak terdapat kontraksi uterus setelah massase uterus selama 15 detik (Kusmiran, 2011).

Miometrium terdiri dari tiga lapisan dan lapisan tengah merupakan bagian yang terpenting dalam hal kontraksi untuk menghentikan perdarahan pasca persalinan. Miometrium lapisan tengah tersusun sebagai anyaman dan ditembus oleh pembuluh darah. Masing-masing serabut mempunyai dua buah lengkungan sehingga

tiap-tiap dua buah serabut kira-kira berbentuk angka delapan. Setelah partus, dengan adanya susunan otot seperti tersebut diatas, jika otot berkontraksi akan menjepit pembuluh darah. Ketidakmampuan miometrium untuk berkontraksi ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan pasca persalinan (Manuaba, 2012).

Kegagalan kontraksi dan retraksi dari serat miometrium dapat menyebabkan perdarahan yang cepat dan parah serta syok hipovolemik. Kontraksi miometrium yang lemah dapat diakibatkan oleh kelelahan karena persalinan lama atau persalinan yang terlalu cepat, terutama jika dirangsang. Selain itu, obat-obatan seperti obat anti-inflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, beta-simpatomimetik, dan nifedipin juga dapat menghambat kontraksi miometrium. Penyebab lain adalah situs implantasi plasenta di segmen bawah rahim, korioamnionitis, endometriitis, septikemia, hipoksia pada solusio plasenta, dan hipotermia karena resusitasi masif (Pitriani, 2014).

2) Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir. Hal tersebut disebabkan (Pitriani, 2014):

- a) Plasenta belum lepas dari dinding uterus
- b) Plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan.

Bila plasenta belum lepas sama sekali tidak akan terjadi perdarahan, tapi bila sebagian plasenta sudah lepas akan terjadi

perdarahan dan ini merupakan indikasi untuk segera mengeluarkannya.

Plasenta belum lepas dari dinding uterus disebabkan (Sukrisno, 2015):

- a) Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva)
- b) Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus desidua sampai miometrium (plasenta akreta)
- c) Plasenta merekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus sampai di bawah peritoneum (plasenta perkreta).

Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran konstriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (inkarserata plasenta). Terdapat jenis retensio plasenta antara lain (Wiknjosastro, 2012):

- a) Plasenta adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan mekanisme separasi fisiologis.
- b) Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- c) Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan serosa dinding uterus.
- d) Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus serosa dinding uterus.
- e) Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstriksi ostium uteri.

3) Sisa Plasenta

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. Apabila terdapat beberapa bagian plasenta yang tertinggal di dalam rahim maka harus dilakukan eksplorasi ke dalam rahim, sisa plasenta dikeluarkan secara manual yaitu dengan kuretase dan pemberian uterotonika untuk menghentikan perdarahan (Wiknjosastro, 2012).

4) Inversio

Uteri Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri masuk ke dalam kavum uteri, dapat secara mendadak atau terjadi perlahan. Pada inversio uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri. Peristiwa ini jarang sekali ditemukan, terjadi tiba-tiba dalam kala III atau segera setelah plasenta keluar. Sebab inversio uteri yang tersering adalah kesalahan dalam memimpin kala III, yaitu menekan fundus uteri terlalu kuat dan menarik tali pusat pada plasenta yang belum terlepas dari insersinya (Wulanda, 2011).

Menurut perkembangannya inversio uteri dibagi dalam beberapa tingkat (Wulandari, 2011):

- a) Fundus uteri menonjol ke dalam kavum uteri, tetapi belum keluar dari ruang tersebut

- b) Korpus uteri yang terbalik sudah masuk ke dalam vagina
- c) Uterus dengan vagina semuanya terbalik, untuk sebagian besar terletak di luar vagina.

Gejala-gejala inversio uteri pada permulaan tidak selalu jelas. Akan tetapi, apabila kelainan itu sejak awal tumbuh dengan cepat, seringkali timbul rasa nyeri yang keras dan bisa menyebabkan syok.

5) Ruptur Uteri

Ruptur uteri adalah robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah janin lahir. Ruptur sempurna melibatkan ketiga lapisan otot uterus dan mungkin disebabkan oleh perlemahan jaringan parut pada persalinan sesar, trauma obstetri, kelainan uterus, atau trauma eksternal. Tanda-tanda pada ruptur meliputi rasa sakit yang sangat dan hilangnya kontraksi, perdarahan per vagina kemungkinan terlihat tetapi biasanya tidak parah, dan perdarahan internal. Ruptur uteri mengakibatkan janin terdorong ke dalam abdomen menjadi lebih aktif karena mengalami asfiksia, denyut jantung janin (DJJ) menjadi melemah dan kemudian hilang karena janin mati (Wulanda, 2011).

6) Laserasi Jalan Lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan

spontan perineum, trauma forsep atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi (Wulandari, 2011).

Robekan jalan lahir dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina. 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 (ruptur uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arteril 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 (Wulandari, 2012).

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan yaitu (Sukrisno, 2015):

- a) Derajat satu: Robekan mengenai mukosa vagina dan kulit perineum.
- b) Derajat dua: Robekan mengenai mukosa vagina, kulit, dan otot perineum.
- c) Derajat tiga: Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter ani eksternal.

d) Derajat empat: Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani eksternal, dan mukosa rektum.

7) Thrombin (Kelainan pembekuan darah)

Perdarahan *postpartum* juga dapat terjadi karena kelainan pada pembekuan darah. Penyebab tersering perdarahan *postpartum* adalah atonia uteri, yang disusul dengan tertinggalnya sebagian plasenta. Namun, gangguan pembekuan darah dapat pula menyebabkan perdarahan *postpartum*. Hal ini disebabkan karena defisiensi faktor pembekuan dan penghancuran fibrin yang berlebihan. Gejala-gejala kelainan pembekuan darah bisa berupa penyakit keturunan ataupun didapat. Kelainan pembekuan darah dapat berupa *hipofibrinogenemia*, *trombositopenia*, *Idiopathic Thrombocytopenic Purpura* (ITP), *HELLP syndrome* (*hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count*), *Disseminated Intravaskuler Coagulation* (DIC), dan *Dilutional coagulopathy* (Wulandari, 2012).

Kejadian gangguan koagulasi ini berkaitan dengan beberapa kondisi kehamilan lain seperti solusio plasenta, preeklampsia, septikemia dan sepsis intrauteri, kematian janin lama, emboli air ketuban, transfusi darah inkompatibel, aborsi dengan NaCl hipertonik dan gangguan koagulasi yang sudah diderita sebelumnya. Penyebab yang potensial menimbulkan gangguan koagulasi sudah dapat diantisipasi sebelumnya sehingga persiapan untuk mencegah terjadinya perdarahan *postpartum* dapat dilakukan sebelumnya (Manuaba, 2012).

d. Gejala Klinik Perdarahan *Postpartum*

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran perdarahan *postpartum* yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin (Manuaba, 2012).

e. Pencegahan Perdarahan *Postpartum*

Klasifikasi kehamilan resiko rendah dan resiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai resiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah perdarahan *postpartum* (Kusmiran, 2011).

Pencegahan perdarahan *postpartum* dapat dilakukan dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III adalah kombinasi dari pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta. Setiap komponen dalam manajemen aktif kala III mempunyai peran dalam pencegahan perdarahan *postpartum*. Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selama kala III persalinan untuk mencegah perdarahan *postpartum*. Oksitosin (IM/IV 10 IU) direkomendasikan sebagai uterotonika pilihan. Uterotonika injeksi

lainnya dan misoprostol direkomendasikan sebagai alternatif untuk pencegahan perdarahan *postpartum* ketika oksitosin tidak tersedia. Peregangan tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam menangani persalinan. Penarikan tali pusat lebih awal yaitu kurang dari satu menit setelah bayi lahir tidak disarankan.

f. Penatalaksanaan Perdarahan *Postpartum*

Penanganan pasien dengan perdarahan *postpartum* memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan pengelolaan perdarahan obstetri yang mungkin disertai syok hipovolemik dan identifikasi serta pengelolaan penyebab dari perdarahan. Keberhasilan pengelolaan perdarahan *postpartum* mengharuskan kedua komponen secara simultan dan sistematis ditangani.

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan *postpartum*. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terus-menerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut (Manuaba, 2012).

2. Umur

Umur atau umur (*age*) adalah lamanya keberadaan seseorang yang diukur dalam satuan waktu (Dewi, 2013). Yang dimaksud dengan umur reproduksi adalah umur dimana seseorang dapat menghasilkan keturunan. Dalam kurun waktu reproduksi sehat dikenal bahwa umur aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun (Wiknjosastro, 2012).

Kehamilan bagi wanita dengan umur muda maupun umur tua merupakan suatu keadaan yang dapat menimbulkan resiko komplikasi dan kematian ibu. Pada Umur 20-35 tahun adalah periode yang aman untuk melahirkan dengan resiko kesakitan dan kematian ibu yang paling rendah (Wulanda, 2011).

Pada umur kurang dari 20 tahun, rahim dan panggul seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya ibu hamil pada umur itu beresiko mengalami penyulit pada kehamilannya dikarenakan belum matangnya alat reproduksinya. Keadaan tersebut diperparah jika ada tekanan (*stress*) psikologi saat kehamilan (Saadah, 2016).

Pada umur 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun akibatnya ibu hamil pada umur itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama dan perdarahan. Disamping itu, pada wanita umur >35 tahun sering terjadi kekakuan pada bibir rahim sehingga menimbulkan perdarahan hebat yang bila tidak segera diatasi dapat menyebabkan kematian ibu. Wanita umur remaja yang hamil untuk pertama kali dan wanita yang hamil pada umur >35 tahun akan mempunyai resiko yang sangat tinggi untuk mengalami preeklampsia (Joseph dan Nugroho, 2011).

Umur wanita mempengaruhi resiko kehamilan. Berdasarkan statistik umur muda dianggap beresiko bagi kehamilan yaitu di bawah umur 20 tahun dan diatas 35 tahun. Resiko kehamilan pada ibu yang terlalu muda biasanya timbul mereka belum siap secara psikis maupun fisik. Beberapa organ reproduksi seperti rahim belum cukup matang untuk menanggung beban kehamilan. Bagian panggul juga belum cukup berkembang sehingga bisa mengakibatkan kelainan letak janin. Kemungkinan komplikasi lainnya adalah terjadinya preeklamsia (Cunninghum, 2015).

Jika umur ibu di atas 35 tahun maka kehamilannya dianggap rawan, sebab tingkat morbiditas dan mortalitasnya memang meningkat. Resiko kehamilan yang akan dihadapi pada primigravida tua hampir mirip pada primigravida muda. Hanya saja, karena faktor kematangan fisik yang dimiliki maka ada beberapa faktor resiko yang akan berkurang pada primigravida tua. Panggulnya juga sudah berkembang baik. Bahaya yang mengancam primigravida tua justru berkaitan dengan fungsi organ reproduksi di atas umur 35 yang sudah mulai menurun, sehingga bias mengakibatkan perdarahan pada proses persalinan dan preeklamsia (Armagustini, 2010).

3. Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik mampu bertahan hidup. Titik ini dicapai pada umur kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram. Suatu peningkatan pada paritas seorang wanita dicapai hanya jika kehamilan menghasilkan janin yang mampu bertahan hidup (Wulandari, 2011).

Primipara adalah wanita yang pernah hamil sekali dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Primigravida yaitu wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua kehamilan atau lebih dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Seorang wanita yang kehamilannya tidak mencapai titik bertahan hidup disebut nulipara (Wiknjosastro, 2012).

Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak resiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua adalah persalinan yang paling aman. Paritas yang beresiko mengalami komplikasi yaitu apabila tidak hamil selama 8 tahun atau lebih sejak kehamilan terakhir, mengalami kehamilan dengan durasi sedikitnya 20 minggu sebanyak 5 kali atau lebih, dan kehamilan terjadi dalam waktu 3 bulan dari persalinan terakhir. Paritas 1 sampai 2 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 3 dan paritas tinggi >3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, semakin tinggi paritas semakin tinggi kematian maternal. Hal tersebut dikarenakan pada setiap kehamilan terjadi peregangan rahim, jika kehamilan berlangsung terus menerus maka rahim akan semakin melemah sehingga dikhawatirkan akan terjadi gangguan pada saat kehamilan, persalinan dan nifas (Wulandari, 2011).

4. Jarak Kehamilan

Selama kehamilan sumber biologis dalam tubuh ibu secara sistematis terpakai dan untuk kehamilan berikutnya dibutuhkan waktu 2-4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Apabila terjadi

kehamilan sebelum 2 tahun, kesehatan ibu akan mundur secara progresif. Jarak yang aman bagi wanita untuk melahirkan kembali paling sedikit 2 tahun. Hal ini agar wanita dapat pulih setelah masa kehamilan dan laktasi. Ibu yang hamil lagi sebelum 2 tahun sejak kelahiran anak terakhir seringkali mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan (Wulandari, 2011).

5. Riwayat Anemia

a. Definisi Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada kehamilan. Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Selama kehamilan, anemia adalah jika konsentrasi hemoglobin kurang dari 11,00 gr/dl (Wiknjosastro, 2012).

Keadaan kurang gizi besi yang berlanjut dan semakin parah akan mengakibatkan anemia gizi besi. Anemia zat gizi merupakan suatu kondisi tubuh dimana tubuh tidak lagi mempunyai cukup zat besi untuk membentuk hemoglobin yang diperlukan dalam sel-sel darah yang baru (Wulandari, 2011).

Pemeriksaan anemia dilakukan dengan cek Hemoglobin (Hb). Pemeriksaan Hb perlu dilakukan pada ibu hamil untuk mengetahui kadar sel darah merah pada ibu hamil. Pemeriksaan Hb pada ibu hamil perlu dilakukan terutama pada trimester II dan III kehamilan untuk mencegah kegugutan, bayi lahir prematur, bayi berat badan rendah dan pendek.

Anemia yang berat dapat memperparah perdarahan pada saat melahirkan, sehingga memperbesar resiko kematian ibu.

b. Penyebab Anemia

Menurut Sediaoetama (2014) penyebab anemia, yaitu :

1) Defisiensi besi

Kebutuhan besi meningkat dari 1,25 mg /hari pada saat tidak hamil menjadi 6 mg/hari selama kehamilan yang disebabkan karena besi digunakan dalam pembentukan janin dan cadangan dalam plasenta serta untuk sintesis Hb ibu hamil. Pada saat menstruasi wanita kehilangan kira-kira setengah dari kebutuhan besi. Wanita dengan menstruasi yang banyak mempunyai resiko untuk terjadinya anemia. (Fuadi, 2013).

2) Asupan dan ketersediaan dalam tubuh yang rendah

Sumber bahan makanan yang tinggi zat besi adalah makanan yang berasal dari hewan seperti daging, ikan dan telur yang sering disebut zat besi heme mempunyai bioavailabilitas tinggi dibanding zat besi dalam bentuk non heme. Makanan yang dapat menghambat absorpsi zat besi adalah tanin (pada teh), polifenol (vegetarian), oksalat, fosfat dan fitat (serealia), albumin pada telur dan yolk, kacang-kacangan, kalsium pada susu dan hasil olahannya, serta mineral lain seperti Cu, Mn, Cd dan Co. Teh yang diminum bersama-sama dengan hidangan lain ketika makan akan menghambat penyerapan besi non hem sampai 50 % (Fikawati, 2015).

3) Infeksi dan Parasit

Infeksi dan parasit yang berkontribusi dalam peningkatan anemia adalah malaria, infeksi HIV, dan infeksi cacing. Defisiensi zat gizi spesifik seperti vitamin A, B6, B12, riboflavin dan asam folat, penyakit infeksi umum dan kronis termasuk HIV/AIDS juga dapat menyebabkan anemia. Malaria khususnya *Plasmodium falciparum* juga dapat menyebabkan pecahnya sel darah merah. Cacing seperti jenis *Trichuris trichiura* dan *Schistosoma haematobium* dapat menyebabkan kehilangan darah (Natalia, 2018).

4) Anemia defisiensi mikronutrien lain

Anemia defisiensi besi sangat berhubungan dengan defisiensi mikronutrien lain seperti vitamin A, riboflavin, asam folat dan vitamin B12. Infeksi parasit pada usus dapat menyebabkan malabsorpsi zat gizi seperti vitamin A, asam folat dan vitamin B12 antara lain infestasi cacing tambang (Wulanda, 2011).

c. Tanda dan Gejala Anemia

Gejala awal anemia zat besi berupa badan lemah, lelah, kurang energi, kurang nafsu makan, daya konsentrasi menurun, sakit kepala, mudah terinfeksi penyakit, stamina tubuh menurun, dan pandangan berkunang-kunang terutama bila bangkit dari tempat duduk. Wajah, selaput lendir kelopak mata, bibir, dan kuku penderita tampak pucat. Anemia berat dapat berakibat penderita sesak napas bahkan lemah jantung (Wiknjosastro, 2012).

d. Pengukuran Anemia

Pengukuran anemia dilakukan dengan alat cek hemoglobin digital.

Klasifikasi anemia menurut WHO dalam Dewi (2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Tidak anemia: Hb > 11 gr/dl
- 2) Anemia ringan: Hb 9-10,9 gr/dl
- 3) Anemia sedang: Hb 7-8,9 gr/dl
- 4) Anemia berat: Hb < 7 gr/dl

Frekuensi anemia pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

- 1) Tidak anemia: Hb \geq 11 gr/dl
- 2) Anemia: Hb < 11 gr/dl

6. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Laila Yusriana (2017) yang berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Perdarahan *Postpartum* di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul”. Jenis penelitian ini deskriptif analitik dengan pendekatan *case control*. Populasi yaitu semua ibu bersalin yang mengalami perdarahan dan tidak perdarahan. Sampel kasus berjumlah 30 responden dengan teknik pengambilan sampel total sampling dan sampel kontrol berjumlah 30 responden dengan teknik pengambilan sampel random sampling. Uji statistik yang digunakan Chi-Square, Odds Ratio dan regresi berganda logistik. Hasil penelitian yaitu ada pengaruh antara paritas, umur, jarak kehamilan dan kadar Hb dengan perdarahan *postpartum* dan kadar Hb merupakan faktor dominan terhadap perdarahan

postpartum. Perbedaan pada penelitian saat ini adalah penelitian saat ini tidak menggunakan uji regresi berganda logistik. Persamaan dengan penelitian saat ini yaitu sama-sama meneliti variabel umur, paritas, jarak kehamilan dan anemia dengan perdarahan *postpartum*.

2. Penelitian oleh Yuliyati (2017) yang berjudul “Beberapa Faktor Kejadian Perdarahan *Postpartum* Ibu Bersalin yang Dirawat di Rumah Sakit” Jenis penelitian merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *case-control study* yaitu penelitian epidemiologis analitik yang menguji hipotesis dan mengestimasi besarnya resiko paparan terhadap kejadian atau masalah kesehatan. Populasi penelitian adalah ibu bersalin yang mendapat perawatan di rumah sakit yang ada di Kabupaten Temanggung. Sampel terdiri dari kasus dan kontrol, sampel kasus yaitu ibu bersalin yang dirawat di rumah sakit dengan perdarahan *postpartum*, sampel kontrol yaitu ibu bersalin yang didiagnosis tidak mengalami perdarahan *postpartum* yang mendapat perawatan di rumah sakit yang sama dengan sampel kasus sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Metode pengambilan sampel kasus dilakukan secara *consecutive sampling*, sedangkan sampel kontrol dilakukan secara *purposive sampling* yaitu pemilihan kontrol berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu. Analisis data dilakukan secara diskriptif (univariat) dan analitik sedangkan uji statistik secara bivariat dengan *chi-square* (X^2) dan multivariat dengan uji regresi logistic. Faktor resiko yang berpengaruh terhadap kejadian PPH pada ibu di Kabupaten Temanggung: penolong persalinan, riwayat obstetri buruk, jarak kehamilan < 2 tahun & > 5 tahun, anemia trimester III dan

riwayat abortus. Perbedaan pada penelitian saat ini adalah penelitian saat ini tidak menggunakan uji regresi logistik. Persamaan dengan penelitian saat ini yaitu sama-sama meneliti variabel jarak kehamilan dan anemia dengan perdarahan *postpartum*.

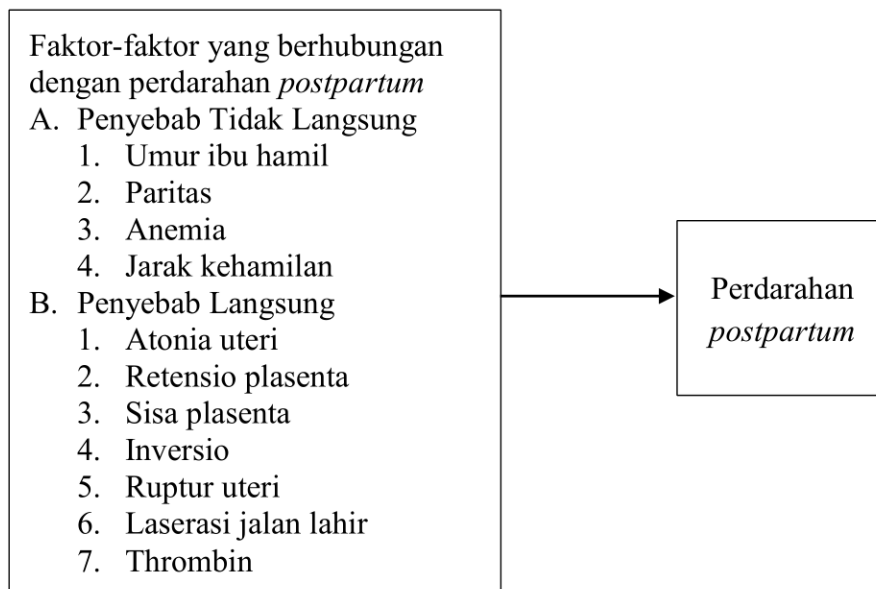
3. Penelitian oleh Yekti Satriyandari (2017) yang berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Perdarahan *Postpartum*”. Jenis penelitian Observasional Analitik metode case control dengan pendekatan retrospektif. Sampel 80 dengan 40 sampel kasus dan 40 sampel kontrol. Analisis bivariante *Chi-Square*, dan analisis multivariat Regresi logistik berganda. Hasil analisis bivariat terdapat tiga variabel yang memiliki hubungan dengan perdarahan *postpartum* yaitu paritas (p -value=0,042, OR=0,351), oksitosin drip (p -value =0,002, OR=8,222) dan anemia (p -value =0,016, OR=4,846). Perbedaan pada penelitian saat ini adalah penelitian saat ini tidak menggunakan uji regresi berganda logistik. Persamaan dengan penelitian saat ini yaitu sama-sama meneliti variabel paritas dan anemia dengan perdarahan *postpartum*.

E. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah kemampuan seorang peneliti dalam mengaplikasikan pola berfikir dalam menyusun teori-teori secara skematis yang mendukung permasalahan. Teori adalah himpunan konstruk (konsep) definisi dan proposisi yang mengutamakan pandangan sistematis tentang gejala dengan menjabarkan relasi diantara variabel, untuk menjelaskan dan meramalkan gejala tersebut. Teori berguna menjadi titik tolak atau landasan berfikir dalam memecahkan masalah.

Fungsi teori adalah menerangkan, memprediksikan dan keterpautan faktor-faktor yang ada secara sistematis.

Kerangka teori dalam penelitian ini adalah :

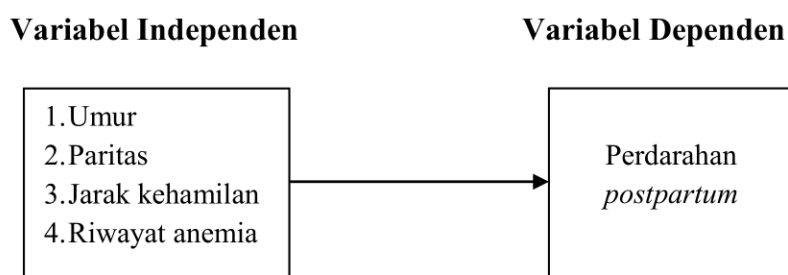


Sumber: Manuaba (2012)

Skema 2.1
Kerangka Teori

F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep pada penelitian ini adalah :



Skema 2.2
Kerangka Konsep

G. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

Ha :

1. Ada hubungan faktor umur dengan kejadian perdarahan *postpartum*.
2. Ada hubungan faktor paritas dengan kejadian perdarahan *postpartum*
3. Ada hubungan faktor jarak kehamilan dengan kejadian perdarahan *postpartum*.
4. Ada hubungan faktor riwayat anemia dengan kejadian perdarahan *postpartum*.



BAB III

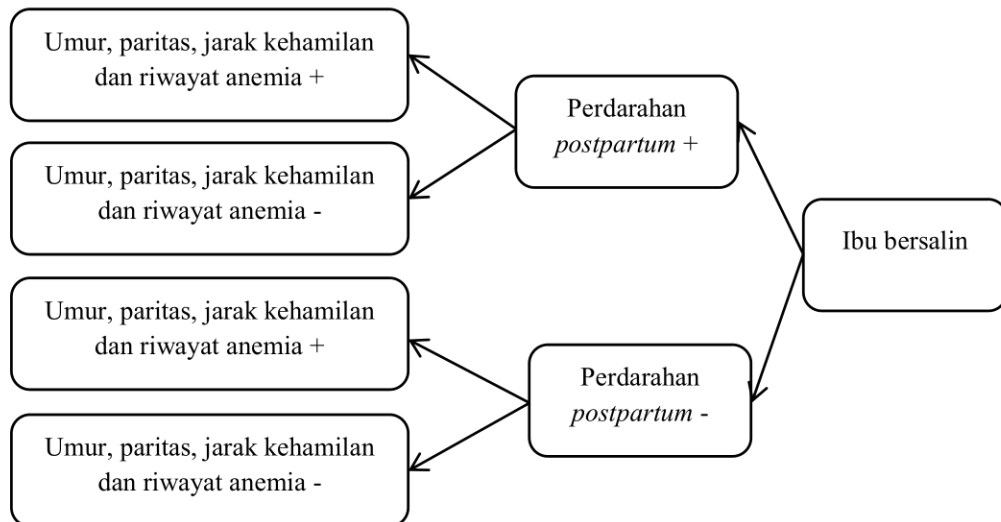
METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan desain *case control* yaitu suatu penelitian (*survey*) analitik yang menyangkut bagaimana faktor resiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective*. Dengan kata lain, efek (penyakit atau status kesehatan) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor resiko diidentifikasi atau ada terjadinya pada waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2012).

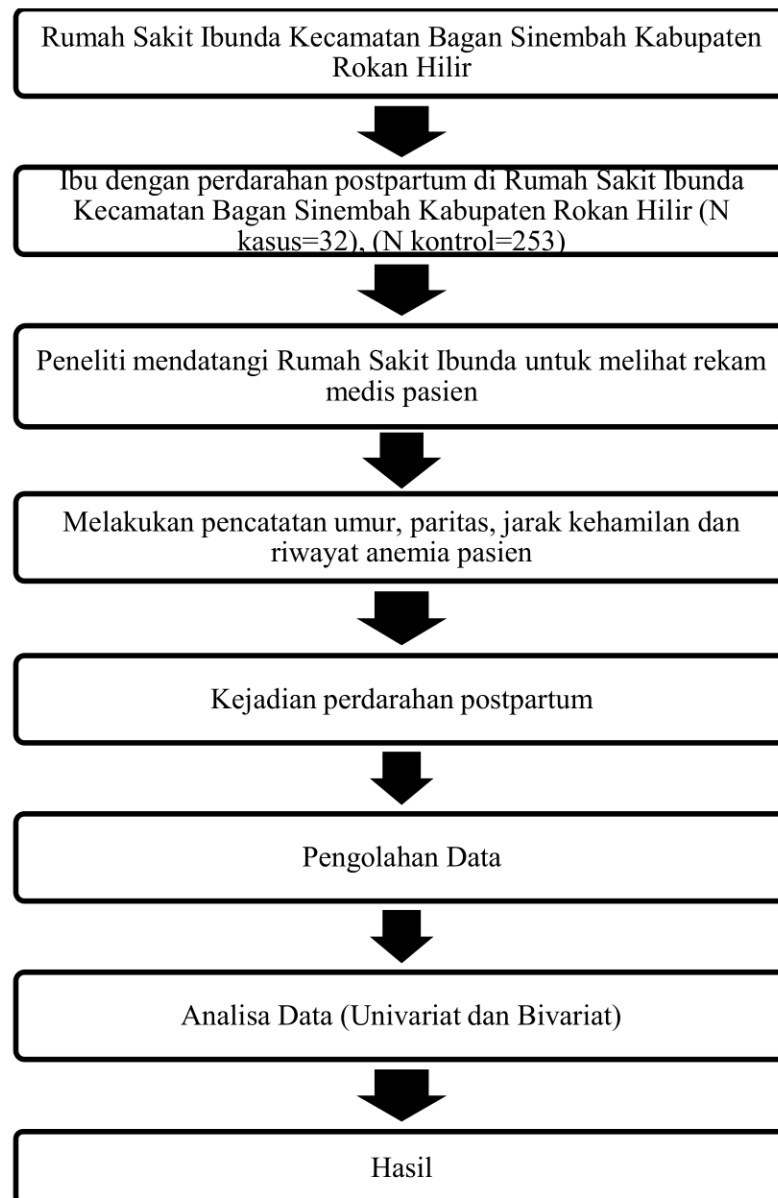
Rancangan penelitian kasus kontrol:



Skema 3.1 Rancangan Penelitian

2. Alur Penelitian

Alur penelitian ini dapat dijelaskan seperti Skema 3.2 berikut ini :



Skema 3.2. Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

- a. Mengurus surat izin pengambilan data dari Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau.

- b. Mengajukan surat permohonan rekomendasi penelitian Pra Riset di Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Riau.
- c. Mengajukan surat permohonan rekomendasi Pra Riset di Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu Kabupaten Rokan Hilir.
- d. Mengajukan surat permohonan pengambilan data di Rumah Sakit Ibunda.
- e. Mengurus surat izin melakukan penelitian dari Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau.
- f. Mengajukan surat permohonan penelitian di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- g. Melakukan penelitian dengan mencatat rekam medis pasien di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- h. Mengolah data hasil penelitian.
- i. Seminar hasil penelitian.

4. Variabel Penelitian

- a. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini yaitu umur, paritas, jarak kehamilan dan riwayat anemia.

- b. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu kejadian perdarahan *postpartum*.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 26 Oktober-2 November 2020.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

a. Populasi kasus

Populasi kelompok kasus pada penelitian ini adalah seluruh data rekam medik ibu bersalin dengan perdarahan *postpartum* di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir bulan Januari-Juni 2020 sebanyak 32 ibu.

b. Populasi kontrol

Populasi kelompok kontrol pada penelitian ini adalah ibu bersalin normal yang terdata di rekam medik Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir bulan Januari-Juni 2020 sebanyak 253 ibu bersalin.

2. Sampel

a. Jumlah Sampel

Sampel adalah sebuah gugus atau sejumlah tertentu anggota himpunan yang dipilih dengan cara tertentu agar mewakili populasi

(Supardi, 2013). Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu 32 sampel kasus dan 32 sampel kontrol.

b. Kriteria Sampel

Kriteria sampel adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti. Penentuan kriteria sampel diperlukan untuk mengurangi hasil penelitian yang bias (Arikunto, 2010).

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subyek penelitian atau populasi agar dapat diikutsertakan dalam penelitian (Hamid, 2010).

a) Kriteria inklusi kelompok kasus

- (1) Ibu bersalin dengan perdarahan *postpartum*
- (2) Ibu yang memiliki catatan rekam medik yang lengkap.

b) Kriteria inklusi kelompok kontrol

- (1) Ibu bersalin normal tanpa komplikasi
- (2) Ibu yang memiliki catatan rekam medik yang lengkap.

2) Kriteria Eksklusi

a) Kriteria eksklusi kelompok kasus

- (1) Ibu bersalin dengan perdarahan yang mengalami disfungsi jantung, hati atau ginjal.
- (2) Ibu bersalin dengan perdarahan yang mengalami penyakit dalam kehamilan seperti Diabetes Melitus (DM, mioma,

hipertensi, korioamninitis dan kematian janin intrauterine (IUFD).

b) Kriteria eksklusi kelompok kontrol

(1) Ibu bersalin dengan disfungsi jantung, hati atau ginjal.

(2) Ibu bersalin dengan penyakit mengalami perdarahan dalam kehamilan seperti Diabetes Melitus (DM, mioma, hipertensi, korioamninitis dan kematian janin intrauterine (IUFD).

c. Pengambilan Sampel

1) Kasus

Teknik pengambilan sampel pada data rekam medik ibu kelompok kasus dilakukan dengan cara *total sampling* yaitu 32 ibu bersalin.

2) Kontrol

Pengambilan sampel kontrol dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan sesuai kriteria yang telah dilakukan yaitu berjumlah 32 dari 253 ibu yang bersumber dari data rekam medik ibu.

3. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manumur maka etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut:

a. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan yang diberikan sebelum penelitian dilakukan. Hal ini dilakukan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta dapat mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan. Jika tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

b. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Anonymity adalah suatu jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

c. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Confidentiality adalah suatu jaminan kerahasiaan hasil penelitian. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset.

D. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berupa lembar *checklist* yang berisi tentang data yang diperlukan sesuai dengan variabel peneliti yaitu

umur ibu, paritas, jarak kehamilan, riwayat anemia ibu dan perdarahan *postpartum*.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di tempat penelitian dengan prosedur sebagai berikut:

1. Mengajukan surat permohonan kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai untuk pengambilan data di Rumah Sakit Ibunda.
2. Setelah mendapat surat izin pengambilan data dari bagian Program Studi DIV Kebidanan untuk diberikan kepada kepala Rumah Sakit Ibunda.
3. Setelah mendapatkan izin penelitian kemudian peneliti melakukan pengumpulan data di rekam medik Rumah Sakit Ibunda yaitu data jumlah ibu bersalin dan data ibu dengan perdarahan *postpartum* pada tahun 2020.
4. Setelah semua data didapatkan kemudian dilanjutkan dengan pembuatan proposal penelitian.
5. Melakukan seminar proposal penelitian.
6. Setelah proposal penelitian disetujui, kemudian mengajukan surat permohonan izin kepada Universitas Pahlawan untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Rumah Sakit Ibunda.
7. Meminta izin kepada Kepala Rumah Sakit Ibunda untuk melakukan penelitian.
8. Peneliti menentukan meminta data ibu bersalin di rekam medis Rumah Sakit Ibunda untuk melakukan penelitian.

9. Peneliti menentukan ibu dengan perdarahan *postpartum* sebagai kelompok kasus dan ibu bersalin tanpa perdarahan *postpartum* sebagai kelompok kontrol. Peneliti melihat data umur, paritas, jarak kehamilan dan riwayat anemia ibu.
10. Mengolah data hasil penelitian
11. Seminar hasil penelitian.

Untuk keperluan analisa data, peneliti memerlukan sejumlah data yaitu data sekunder yang diambil peneliti dari dokumen atau data rekam medis Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

Data yang diperoleh terlebih dahulu dilakukan pengolahan data sebagai berikut:

1. *Editing*

Dilakukan pengecekan akan kelengkapan data yang telah terkumpul. Bila terdapat kesalahan atau kekurangan dalam pengumpulan data maka akan diperbaiki dengan memeriksanya serta dilakukan pendataan ulang.

2. *Coding*

Memberikan tanda pada data yang telah lengkap sesuai dengan variabelnya masing-masing.

3. *Tabulating*

Data yang telah lengkap dihitung sesuai dengan variabel yang diberitahukan lalu dimasukkan kedalam table distribusi frekuensi.

4. *Entry*

Untuk memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master data tabel atau data *base computer*, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat table kontigensi (Notoatmodjo, 2012).

5. *Analizing*

Dalam penelitian ini menggunakan analisa secara univariat dan bivariat.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah difinisi dari variabel untuk membatasi ruang lingkup variabel-variabel yang akan diamati atau diteliti.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Perdarahan <i>postpartum</i>	Perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1000 cc setelah persalinan abdominal dalam 24 jam dan sebelum 6 minggu setelah persalinan.	Lembar <i>checklist</i>	Ordinal	0. Perdarahan <i>postpartum</i> 1. Bukan perdarahan <i>postpartum</i>
2	Umur ibu	Umur ibu pada saat melahirkan yang diukur dalam satuan tahun	Lembar <i>checklist</i>	Ordinal	0. Beresiko (<20 tahun atau >35 tahun) 1. Tidak beresiko (20-35 tahun)

3	Paritas	Jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai umur kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram.	Lembar <i>checklist</i>	Ordinal	0. Beresiko (Paritas ≥ 3) 1. Tidak beresiko (Paritas < 3)
4	Jarak kehamilan	Jarak umur hamil dengan kehamilan sebelumnya	Lembar <i>checklist</i>	Ordinal	0. Beresiko (≤ 2 tahun) 1. Tidak beresiko (> 2 tahun)
5	Riwayat anemia	Riwayat kadar hb ibu selama kehamilan	Lembar <i>checklist</i>	Ordinal	0. Anemia (< 11 gr/dl) 1. Tidak anemia (≥ 11 gr/dl)

D. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan sistem komputerisasi dengan menggunakan komputer. Analisa data yang dilakukan yaitu:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan setiap variabel penelitian. Masing-masing variabel menghasilkan distribusi frekuensi ukuran penyebaran dan nilai rata-rata. Kegunaan analisis univariat adalah untuk mempersiapkan analisis selanjutnya.

Analisa univariat dilakukan menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Persentase

f : Frekuensi

N : Jumlah seluruh responden

2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Untuk uji yang digunakan adalah menggunakan uji *chi square* yang digunakan untuk mengevaluasi atau menganalisa hasil observasi untuk mengetahui apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan dengan tingkat kepercayaan 95% menggunakan bantuan sistem komputerisasi yaitu nilai ($\alpha = 0.05$) dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

Keterangan:

X^2 : *Chi-Square* jumlah baris dalam kolom

O : Frekuensi yang di observasi (frekuensi empirial)

E : Frekuensi yang diharapkan (frekuensi teoritis)

Dasar pengambilan keputusan yaitu dengan cara probabilistik dimana membandingkan nilai *P value* dengan α (0.05), sebagai berikut:

- a. Jika $p \text{ value} \leq \alpha$ (0.05), maka H_0 ditolak (signifikan) atau terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.
- b. Jika $p \text{ value} \geq \alpha$ (0.05), maka H_0 gagal ditolak (tidak signifikan) atau tidak terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Arikunto, 2010).

Untuk melihat hubungan antara umur, paritas, jarak kehamilan dan riwayat anemia dengan perdarahan *postpartum* dilakukan dengan menggunakan rumus *Odds Ratio* (OR) seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2 Analisa Bivariat

Faktor Resiko	Penyakit		Total
	Kasus	Kontrol	
(+)	a	b	a+b
(-)	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

$$\text{Odds kasus} = a/c$$

$$\text{Odds kontrol} = b/d$$

$$\text{Odds Ratio (OR)} = \frac{ad}{bc}$$

OR = 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan faktor resiko penyebab perdarahan *postpartum*.

OR > 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor resiko penyebab perdarahan *postpartum*

OR < 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor protektif penyebab perdarahan *postpartum*. Atau variabel independen sebagai pencegah terjadinya variabel dependen.