

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) menjadi salah satu indikator yang penting bagi derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah ibu yang meninggal karena suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Ratna, 2017).

World Health Organization tahun 2016 memperkirakan jumlah ibu yang meninggal karena komplikasi kehamilan dan persalinan sekitar 830 ibu meninggal setiap hari di seluruh dunia. Menurut UNICEF (2015) di negara Afrika Sub-Sahara jumlah angka kematian ibu sangatlah tinggi yaitu mencapai 201.000 kematian per tahun. Perdarahan tetap menjadi penyebab utama kematian ibu, terhitung dari 201.000 ibu yang meninggal, 28% ibu meninggal karena perdarahan (Kartika, 2017).

Angka kematian ibu di Indonesia ini masih sangat tinggi mengingat target SDGs (*Sustainable Development Goals*) pada tahun 2030 mengurangi angka kematian ibu dari 100.000 orang terdapat 70 kelahiran hidup. Sedangkan berdasarkan RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah) 2015 – 2019, target angka kematian

ibu pada tahun 2019 yaitu 306 per 100.000 kelahiran hidup (BAPPENAS, 2019).

Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015 jumlah AKI di Indonesia sebanyak 305/10. Kematian Ibu maternal paling banyak adalah sewaktu bersalin sebesar (49,5%), kematian waktu hamil (26%) pada waktu nifas (24%). Pada tahun 2015, perdarahan yaitu terutama perdarahan postpartum menyebabkan kematian ibu sebanyak 30,3% (Direktorat Kesehatan Keluarga, 2016).

Perdarahan postpartum merupakan penyebab tersering dari keseluruhan kematian akibat perdarahan obstetrik. Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir pada persalinan per vaginam dan melebihi 1000 ml pada seksio sesarea atau perdarahan yang lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda vital, seperti kesadaran menurun, pucat, limbung, berkeringat dingin, sesak napas, serta tensi < 90 mmHg dan nadi > 100/menit (Karkata, 2015).

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 sebefore 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 disebabkan karena sisa plasenta (Hariyati, 2017).

Perdarahan post partum yang tidak ditangani dapat menyebabkan syok dan menurunkan kesehatan akibat banyaknya darah yang keluar. Kejadian post partum di Indonesia pada tahun 2016 adalah 23,5% dari seluruh ibu bersalin (Cunning Ham, F.G 2010).

Di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru pada tahun 2016 perdarahan post partum pada ibu bersalin adalah sebanyak 23,6% (Fitri, 2017). Data dari RSUD Bangkinang jumlah seluruh ibu bersalin tahun 2019 yaitu 342 orang dan jumlah penyakit gynekologi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1 Distribusi Frekuensi Penyakit Obstetri Gynekologi di RSUD Bangkinang Tahun 2019

No	Kasus	Jumlah	%
1	Hiperemesis Gravidarum	63	22,66
2	Preeklamsi Berat	45	16,19
3	Post Date	35	12,59
4	Perdarahan Post Partum	33	11,87
5	Ketuban Pecah Dini	26	9,35
6	Abortus Inkomplit	24	8,63
7	Retensio Plasenta	18	6,47
8	Bekas Sectio Caesarea	13	4,68
9	Molahidatidosa	11	3,96
10	Kontraksi Dini	10	4
	Jumlah	278	100

Sumber: Rekam Medis RSUD Bangkinang, 2019

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat bahwa perdarahan post partum di RSUD Bangkinang pada tahun 2019 berjumlah 33 orang (11,87%) dan jumlah seluruh ibu bersalin tahun 2019 yaitu 233 orang.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan perdarahan postpartum yaitu umur, jumlah paritas, jarak kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya, pengetahuan dan faktor fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor lain yang berhubungan dengan perdarahan postpartum yaitu retensio plasenta, atonia uteri, laserasi jalan lahir, anemia dan pada keadaan preeklamsia berat dimana bisa ditemukan defek koagulasi dan volume darah ibu yang kecil yang akan memperberat penyebab perdarahan postpartum (Sosa, 2014).

Retensio plasenta merupakan salah satu penyebab resiko perdarahan yang terjadi segera setelah terjadinya persalinan. Dibandingkan dengan risiko-risiko lain dari ibu bersalin, perdarahan post partum akibat retensio plasenta merupakan salah satu penyebab yang dapat mengancam jiwa dimana ibu dengan perdarahan yang hebat akan meninggal jika tidak mendapat perawatan medis (Mayasari, 2017)

Salah satu penyebab perdarahan post partum primer yang perlu mendapatkan perhatian yang serius adalah atonia uteri, karena apabila penanganannya lambat maka akan memperburuk keadaan dan dapat mengancam jiwa ibu. Atonia uteri menyebabkan otot-otot rahim tidak segera berkontraksi (mengerut) dan beretraksi (Mayasari, 2017)

laserasi jalan lahir tetapi mengalami perdarahan post partum. Hal ini disebabkan karena perenium yang kaku dan tidak elastis yang menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan resiko terhadap janin sehingga menyebabkan robekan perenium yang luas sampai

tingkat III, sehingga menimbulkan perdarahan postpartum (Anggraini, 2015).

Umur ibu sangat menentukan kesehatan ibu dan berkaitan erat dengan kondisi kehamilan dan persalinannya. Kehamilan umur 20-35 tahun merupakan masa aman karena kematangan organ reproduksi untuk menjalani persalinan siap. Umur ibu yang berisiko dalam kehamilan dan persalinan umur < 20 dan >35 tahun (Prawirohardjo, 2010).

Ibu hamil dengan paritas > 3 melahirkan berisiko mengalami perdarahan postpartum, hal ini dikarenakan kemampuan otot-otot uterus untuk berkontraksi menjadi melemah atau menurun, sehingga dapat menyebabkan perdarahan postpartum (Artini, 2011).

Berdasarkan survey awal di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang terhadap 10 ibu bersalin dengan perdarahan post partum, diketahui 4 orang ibu (40%) disebabkan oleh retensio plasenta, 3 orang disebabkan oleh atonia uteri (30%) dan 1 orang (10%) disebabkan karena laserasi jalan lahir, 1 orang (10%) disebabkan karena laserasi umur > 35 tahun dan 1 orang (10%) disebabkan karena melahirkan anak > 4 kali. Berdasarkan data diatas penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “faktor-faktor yang berhubungan dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020“

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka rumusan masalah penelitian adalah bagaimanakah “

1. Apakah ada hubungan retensio plasenta dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020?”
2. Apakah ada hubungan atonia uteri dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020?”
3. Apakah ada hubungan laserasi jalan lahir dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020?
4. Apakah ada hubungan umur dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020?
5. Apakah ada hubungan paritas dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi kejadian retensio plasenta, atonia uteri, laserasi jalan lahir, umur, paritas dan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020.

- b. Mengetahui hubungan retensio plasenta dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020.
- c. Mengetahui hubungan atonia uteri dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020.
- d. Mengetahui hubungan laserasi jalan lahir dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang
- e. Mengetahui hubungan umur dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020.
- f. Mengetahui hubungan paritas dengan perdarahan post partum di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang tahun 2020.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah yang berhubungan dengan perdarahan post partum.

2. Aspek Praktis

a. Bagi Calon Ibu dan Keluarga

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan bagi ibu dan keluarga mengenai faktor penyebab terjadinya perdarahan post partum pada ibu bersalin

b. Bagi Tenaga Kesehatan

Sebagai masukan untuk dapat meningkatkan upaya pencegahan terhadap perdarahan postpartum dengan memperhatikan faktor penyebab yang ada di RSUD

c. Bagi Lembaga eksekutif dan legislatif

Penelitian dapat memberikan masukan-masukan data dan acuan untuk menghasilkan kebijakan dan program-program pelayanan kesehatan ibu sehingga dapat meningkatkan pelayanan kebidanan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teoritis

1. Perdarahan Post Partum

a. Defenisi Perdarahan Postpartum

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi segera setelah persalinan melebihi 500 cc setelah anak lahir. perdarahan dapat terjadi sebelum atau sesudah lahirnya plasenta (Winkjosastro, 2009).

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir pada persalinan pervaginam dan melebihi 1000 ml, atau melebihi dari perdarahan normal yang terus menyebabkan perubahan tanda vital. Seperti : menurunnya kesadaran, pucat, limbung, berkeringat dingin, sesak nafas serta tekanan darah < 90 mmhg dan nadi lebih dari 100/menit (Made kk. 2009).

b. Klasifikasi Perdarahan Postpartum

Perdarahan terbagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorage*) yang terjadi pada 24 jam setelah persalinan
- 2) Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorage*) yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan Postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal. (Ambarwati, 2012).

c. Etiologi Perdarahan Postpartum

Faktor penyebab utama perdarahan baik secara primer maupun sekunder adalah grande multipara, jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, persalinan yang dilakukan dengan tindakan, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkoba (Rukiyah, 2010).

d. Faktor Risiko Perdarahan Postpartum

Ada beberapa faktor yang diduga kuat sebagai faktor risiko yang mengakibatkan perdarahan postpartum

1) Faktor Medis

Faktor medis yang dipengaruhi oleh status reproduksi dan status kesehatan ibu antara lain: umur, paritas, jarak kehamilan dan penyakit ibu, anemia dan kurang gizi.

a) Umur Ibu

Umur ibu saat kehamilan terakhir dihitung dalam tahun berdasarkan tanggal lahir atau ulang tahun terakhir yang ada hubungannya dengan faktor risiko dalam kehamilan. Indeks kehamilan risiko tinggi adalah usia ibu pada waktu hamil terlalu muda yaitu kurang dari 16 tahun atau lebih dari 35 tahun (Fortney dalam Manuaba, 2001).

Total Fertility Rate (TFR) adalah jumlah total anak yang mungkin akan dimiliki oleh seorang wanita sampai akhir periode reproduksinya selama usia suburanya 15-49 tahun, atau

disebut juga dengan rata-rata jumlah kelahiran per wanita. (Merrill RM, 2014).

Wanita yang melahirkan anak dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan persalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum siap untuk menerima kehamilan dan kelahiran. Alat-alat reproduksi yang belum siap itu antara lain organ dalam seperti liang vagina, bibir kemaluan, muara saluran kencing dan perineum (batas antara liang vagina dan anus) tidak siap bekerja untuk mendukung persalinan. Begitu pula halnya dengan organ luar seperti rahim, saluran rahim dan indung telur. Kehamilan dan persalinan di usia tersebut meningkatkan angka kematian ibu dan janin 4-6 kali lipat dibanding wanita yang hamil dan bersalin di usia 20-30 tahun (Rosa 2012).

Berbeda dengan wanita usia 20-30 tahun yang dianggap ideal untuk menjalani kehamilan dan persalinan. Dientang usia ini kondisi fisik wanita dalam keadaan prima. Rahim sudah mampu memberi perlindungan atau kondisi yang maksimal untuk kehamilan. Sedangkan usia 30-35 tahun sebenarnya merupakan masa transisi. Kehamilan pada usia ini masih bisa diterima asal kondisi tubuh dan kesehatan wanita yang

bersangkutan, termasuk gizinya dalam keadaan baik. Setelah usia 35 tahun, sebagian wanita digolongkan pada kehamilan beresiko tinggi karena kondisi organ-organ reproduksi berbanding terbalik dengan yang dibawah 20 tahun. Organ-organ reproduksinya mulai kendor dan kaku, sehingga sangat terpengaruh pada penerimaan kehamilan dan proses melahirkan serta kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan akan lebih besar. Perdarahan persalinan yang mengakibatkan kematian maternal pada wanita yang melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2–5 kali lebih tinggi dari pada penderita pasca persalinan pada usia 20-29 tahun. Perdarahan pasca persalinan meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun.

Usia merupakan variabel yang selalu diperhatikan didalam epidemiologi. Angka kesakitan maupun kematian hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan dengan usia (Notoadmojo, 2010). Kategori umur adalah:

- a) Berisiko, umur < 20 tahun dan > 35 tahun
- b) Tidak berisiko, umur 20-35 tahun
- b) Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami oleh ibu baik lahir hidup maupun lahir mati. Paritas multipara merupakan paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal,

paritas primipara dan paritas grandemultipara mempunyai angka kematian tinggi.

Paritas adalah kadaan wanita berkaitan dengan jumlah anak yang di lahirkan. Paritas anak kedua dan anak ketiga merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal (Walyani, 2015).

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita. Menurut Prawiroharjo (2010), paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara, dan grandemultipara. Sedangkan menurut ledewig (2010) paritas kelahiran setelah getasi 20 minggu tanpa memerhatikan apakah bayi hidup atau mati. Paritas yang beresiko mengalami abortus < dari 2 tahun.

Menurut Manuaba (2010) paritas yang berisiko pada paerdarahn post partum adalah paritas grandemultipara. 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 melakukan penekanan pembuluh-pembuluh darah yang terbuka setelah lepasnya plasenta. Hasil ukur paritas adalah:

- a) Berisiko, jika paritas ≥ 3
- b) Tidak berisiko, paritas < 3 .

c) Jarak kehamilan

Jarak kehamilan yang terlalu dekat atau kurang dari dua tahun berisiko terhadap kematian maternal dan tergolong dalam kelompok risiko tinggi untuk mengalami perdarahan postpartum. Jarak kehamilan yang disarankan pada umumnya adalah dua tahun agar memungkinkan tubuh wanita dapat pulih dari kebutuhan pada masa kehamilan dan laktasi (Djaja, (2011).

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 2-5 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. Hasil ukur jarak kehamilan adalah:

- a) Berisiko, jarak kehamilan < 2 tahun
- b) Tidak berisiko, jarak kehamilan ≥ 2 tahun (Fitri, 2017).

d) Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Hal ini disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan.

Retensio plasenta berkaitan dengan sukarnya pelepasan plasenta pada kala tiga. Saat ini sedang digencarkan tindakan manajemen aktif kala tiga, hal ini karena sebagian besar tertinggalnya sisa plasenta (retensio plasenta) dalam uterus dapat disebabkan karena kontraksi uterus yang melemah. Penyebab terjadinya retensio plasenta terjadi banyak faktor risiko diantaranya umur yang berisiko. Umur ibu yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun perlu dilakukan pemeriksaan sesuai standar yang meliputi keadaan umum ibu (Manuaba, 2010).

Retensio plasenta merupakan salah satu faktor risiko timbulnya kejadian perdarahan post partum dan dapat terjadi 16-17% (Mochtar, 2011: 206). Hal ini dapat berkaitan dengan manajemen aktif kala tiga pelepasan plasenta. Sepanjang plasenta belum terlepas tidak akan menimbulkan perdarahan dan apabila sebagian plasenta sudah terlepas dapat menimbulkan perdarahan. Tertinggalnya sisa plasenta dalam uterus dapat menimbulkan kontraksi yang melemah. Akibatnya pembuluh darah yang terbuka pada saat proses persalinan tidak dapat cepat tertutup sehingga dapat menyebabkan terjadinya perdarahan post partum (Winkjosastro, 2010).

Sebagian besar kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan yang dimana

sebagian besar disebabkan oleh retensio plasenta yang sebenarnya dapat dicegah melalui manajemen aktif kala III. Retensio plasenta disebabkan karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva) plasenta melekat erat pada dinding uterus dan sebab villi korialis menembus desidua sampai miometrium sampai dibawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta) plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III (Muchtar, 2012).

Retensio plasenta menjadi penyebab utama terjadinya perdarahan postpartum, ini sesuai mengenai apa yang disampaikan dalam penelitian penyebab perdarahan postpartum paling tinggi yaitu retensio plasenta selanjutnya atonia uteri, laserasi jalan lahir dan kelainan pembekuan darah ditemukan ada satu kasus. Hal tersebut dikarenakan kurang maksimalnya manajemen aktif kala III, padahal penggunaan manajemen aktif kala III yang efisien akan mencegah 60% kejadian perdarahan postpartum.

Retensio sebagian atau seluruh plasenta dalam rahim akibat mengganggu kontraksi dan retraksi menyebabkan sinus-sinus darah tetap terbuka, bagian plasenta yang masih melekat akan menghalangi retraksi miometrium dan perdarahan berlangsung

terus menerus sampai sisa organ tersebut terlepas dan dikeluarkan yang bisa menyebabkan perdarahan post partum, akan tetapi tidak ada hubungan antara plasenta yang masih melekat dengan banyaknya jumlah perdarahan (Oxorn, 2013).

Salah satu upaya yang diharapkan petugas kesehatan adalah selalu melakukan tindakan manajemen aktif kala tiga, selain itu jika terdapat ibu dengan usia kurang dari 20 tahun atau lebih 35 tahun perlu dilakukan pemeriksaan sesuai dengan standar yang meliputi keadaan umum ibu dan menganjurkan mengkonsumsi nutrisi yang baik dan menjaga stamina ibu menghadapi persalinan serta perlu dilakukan motivasi pada ibu untuk mencegah kehamilan usia muda dan menghindari kehamilan diusia tua dengan mengikuti program KB (Oxorn, 2013)..

e) Laserasi Jalan Lahir

Perdarahan yang cukup banyak dapat terjadi dari robekan yang dialami selama proses melahirkan baik yang normal maupun dengan tindakan. Jalan lahir harus di inspeksi sesudah tiap kelahiran selesai sehingga sumber perdarahan dapat dikendalikan.

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindari 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 (Prawirohardjo, 2010).

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan yaitu (Rohani, Saswita dan Marisah, 2011).

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 sfingterani eksternal.

d) Derajat empat

Robekan mengenai mukosa vagina, vagina, kulit perineum, otot sfingterani eksternal, dan mukosa rektum.

laserasi jalan lahir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada

sirkumferensia suboksipito bregmatika. Perdarahan pada ruptur perineum dapat terjadi hebat khususnya pada ruptur derajat dua dan tiga atau jika ruptur meluas kesamping atau naik ke vulva mengenai klitoris (Oxorn, 2010)

Laserasi jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan pascapersalinan. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina (Saifuddin, 2010).

Laserasi jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan berasal dari jalan lahir harus selalu dievaluasi, yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (ruptur uteri) (Prawirohardjo, 2010).

f) 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 disekitar pembuluh darah yang mesuplai darah pada tempat perlekatan plasenta (Wiknjastro, 2011).

Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana uterus gagal untuk berkontraksi dan mengecil sesudah janin keluar dari rahim. Perdarahan postpartum secara fisiologis di control oleh kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlengketan 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 dapat ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir terdapat perdarahan aktif, bergumpal, banyak, dan pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lemah (Ramadhani, 2018).

Ketidakmampuan miometrium untuk berkontraksi menyebabkan otot-otot rahim tidak segera berkontraksi (mengerut) dan berkontraksi (memendek) dalam rangka proses pengeluaran ari-ari. Hal ini akan menyebabkan pembuluh pembuluh darah yang berada diantara anyaman otototot rahim tidak terjepit, proses ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan (Anggraini, 2016).

Sumarni (2012) mengatakan bahwa penyebab perdarahan post partum paling banyak menimbulkan morbiditas dan mortalitas ibu yaitu disebabkan oleh karena atonia uteri yang terjadiannya berkisar 1-3% dari seluruh persalinan. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Sari (2011) di Rumah Sakit dr. H. Anshari Shaleh Banjarmasin didapatkan proporsi perdarahan postpartum karena atonia uteri sebesar 48,8%, dan terdapat hubungan antara perdarahan post partum dengan antonia uteri dengan p value 0,001.

2) Faktor Non Medis

Faktor non medis berkaitan dengan perilaku kesehatan ibu, status ibu dalam keluarga, status sosial ekonomi dan budaya yang menghambat upaya penurunan kesakitan dan kematian ibu adalah sebagai berikut: Kurangnya kesadaran ibu untuk mendapatkan pelayanan ANC/ante natal care, terbatasnya pengetahuan ibu tentang bahaya kehamilan resiko tinggi, ketidak berdayaan sebagian besar ibu hamil di daerah terpencil maupun di perkotaan dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk.

1) Perilaku kesehatan ibu

Perilaku kesehatan ibu (*health behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi

sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan dan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

2) Status ibu dalam keluarga

Status ibu dalam keluarga berkaitan dengan status pendidikan, pekerjaan dan pendapatan begitu juga berkaitan dengan ketidakmampuan ibu mengambil keputusan dalam keluarga. Pengambilan keputusan dalam keluarga sangat mempengaruhi keterlambatan dalam merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih baik. Masih sering ditemukan kasus yang terlambat dirujuk karena masalah ketersediaan transportasi dan biaya yang merupakan kendala dalam upaya penyelamatan dan rujukan ke Rumah Sakit sehingga pemanfaatan pusat rujukan primer masih rendah (Manuaba, 2010).

3) Status kesehatan ibu

Status kesehatan ibu hamil merupakan suatu proses yang membutuhkan perawatan khusus agar dapat berlangsung dengan baik. Resiko kehamilan ini bersifat dinamis karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba-tiba dapat berisiko tinggi. Jika status kesehatan ibu hamil buruk, misalnya penderita anemia maka anemia ini akan meningkatkan risiko pendarahan pada saat persalinan dan pasca persalinan,

gangguan kesehatan bahkan resiko kematian (Kusmiyati, 2009).

Menurut Lubis (2003) ibu hamil yang menderita Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan anemia mempunyai risiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester ke tiga kehamilan di bandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mereka mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR, kematian saat persalinan, perdarahan, pasca persalinan yang sulit karena lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan. Bayi yang dilahirkan dengan BBLR umumnya kurang mampu meredam tekanan lingkungan yang baru, sehingga dapat berakibat pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan, bahkan dapat mengganggu kelangsungan hidupnya. (Najoan dkk, 2011).

3) Faktor Sistim Pelayanan Kesehatan

Menurut Dubois dan Miley (2005), sistem pelayanan kesehatan merupakan jaringan pelayanan interdisipliner, komprehensif dan kompleks, terdiri dari aktivitas diagnosis, treatment, rehabilitasi, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan untuk masyarakat pada seluruh kelompok umur dan dalam berbagai keadaan. Pelayanan kesehatan adalah sebuah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan,

mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan baik secara perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

1) Jangkauan pelayanan kesehatan

Adalah keterjangkauan lokasi pelayanan kesehatan dimana tempat pelayanan yang tidak strategis sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan. Akses terhadap tempat pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa faktor seperti lokasi dimana ibu dapat memperoleh pemeriksaan ANC, pelayanan kontrasepsi, pelayanan kesehatan primer atau pelayanan kesehatan rujukan yang tersedia di masyarakat. Pemeriksaan ANC dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan belum 14 minggu) 1 kali selama trimester kedua (usia kehamilan antara 14 sampai 28 minggu) dan 2 kali selama trimester ketiga (usia kehamilan antara 28 sampai dengan 36 minggu). Pemeriksaan ANC dilakukan dengan standar “ 7 T ” yaitu meliputi timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundusuteri, pemberian imunisasi Tetanus Toxoid, pemberian tablet zat besi, tes terhadap penyakit menular seksual dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. (Depkes RI, 2014).

e. Tanda dan Gejala

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. (Wiknjoastro, 2011). Gambaran klinis hipovolemia adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Gambaran Klinis Perdarahan Obstetri

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (Sistolik)	Tanda gejala	Derajat syok
500-1000 mL (<15-20%)	Normal	Tidak ditemukan	Aman
1000-1500 mL (20-25%)	80-100 mmHg	Takikardi (<100 kali/menit) Berkeringat Lemah	Ringan
1500-2000 mL (25-35)	70-80 mmHg	Takikardi (100-120 kali/menit) Oliguria Gelisah	Sedang
2000-3000 mL (35-50%)	50-70 mmHg	Takikardi (>120 kali/menit) Anuria	Berat

Menurut Retnowaty tanda-tanda perdarahan postpartum bisa diklasifikasikan berdasarkan perdarahan pervaginam, konsultasi rahim lunak, fundus uteri naik, dan terdapatnya tanda-tanda syok.

1) Pendarahan pervaginam

Pendarahan yang terjadi pada kasus atonia uteri sangat banyak darah dan tidak merembes. yang sering terjadi adalah darah keluar sekitar kumpalan hal ini terjadi karena trombloplastin sudah tidak lagi sebagai anti pembeku darah.

2) Konsultasi rahim lunak

Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab pendarahan lain.

3) Fundus uteri naik

Disebabkan adanya darah yang terperangkap dalam cavum uteri dan menggumpal

4) Terdapat tanda – tanda syre

Tekanan darah rendah, dengan nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain - lain (Retnowaty, 2016)

f. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan perdarahan post partum adalah sebagai berikut:

1) Masase dan kompresi bimanual

Masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan pendarahan. Pemijatan fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta maximal 15 detik.

a) Bersihkan vulva dan perineum dari cairan antiseptik

b) Kosongkan kandung kemih

- c) Mengeluarkan semua bekuan darah atau selaput yang mungkin masih tertinggal
- d) Segera memenuhi kompresi bimanual internal
- e) Masukkan tangan yang memakai sarung tangan kedalam vagina secara obstetrik
- f) Kepalkan tangan pada forniks anterior
- g) Tekankan tangan luar pada perut dan gunakan tekanan melawan kepalan tangan yang berada di dalam vagina secara bersamaan
- h) Kontraksi pertahankan tekanan selama 2 menit.
- i) Lalu dengan perlahan tariklah tangan keluar jika uterus berkontraksi teruskan pemantauan (Retna Ningsih, 2013).

Penanganan perdarahan post partum pada prinsipnya adalah hentikan perdarahan, cegah/atasi syok, ganti darah yang hilang dengan diberi infus cairan (larutan garam fisiologis, plasma ekspander, Dextran-L, dan sebagainya), transfusi darah, kalau perlu oksigen. Walaupun demikian, terapi terbaik adalah pencegahan. Mencegah atau sekurang-kurangnya bersiap siaga pada kasus kasus yang disangka akan terjadi perdarahan adalah penting (Fahmi, 2016).

2. Penelitian Terkait

Penelitian yang dilakukan oleh Kartika (2017) dengan karakteristik ibu bersalin yang mengalami perdarahan postpartum pada ibu bersalin di RSUD M. Djamil Padang. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya karakteristik ibu

bersalin yang mengalami perdarahan postpartum pada ibu bersalin di RSUD M. Djamil Padang. Jenis penelitian ini adalah deskriptif, jumlah sampel yang digunakan berjumlah 43 ibu bersalin yang mengalami perdarahan postpartum disebabkan umur, usia kehamilan dan paritas. Analisa data yang digunakan adalah analisis univariat dengan hasil berupa prosentase (%).

Hasil penelitian didapatkan didapatkan faktor umur sebesar 21 (43,0%) retensio plasenta 16 (25,2%) dan paritas berjumlah 13 (19,8%).

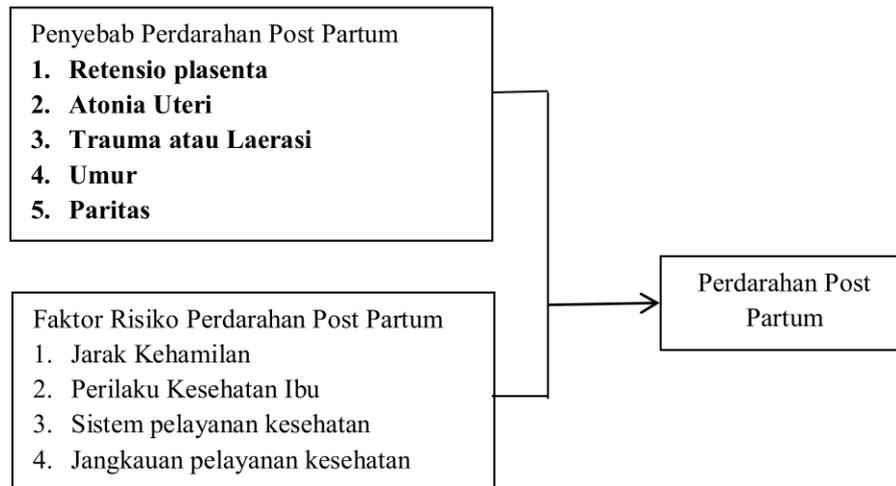
Perbedaan dengan penelitian ini terletak pada variabel penelitian, jumlah sampel, judul, lokasi dan waktu penelitian, sedangkan persamaannya terletak pada rancangan penelitian dan analisa data.

Penelitian yang dilakukan oleh Anggraini (2016) dengan judul hubungan antara riwayat pre eklampsia, retensio plasenta, atonia uteri dan laserasi jalan lahir dengan kejadian perdarahan post partum pada ibu nifas di RSU Muhammadiyah Kota Metro. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara riwayat pre eklampsia, retensio plasenta, atonia uteri dan laserasi jalan lahir dengan kejadian perdarahan post partum pada ibu nifas di RSU Muhammadiyah Kota Metro. Desain penelitian ini adalah case control, dengan jumlah populasi 92 responden dan populasi kontrol 880 responden, dengan teknik sistymatic random sampling yang analisis dengan chi- square.

Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara pre eklamsia dengan perdarahan post partum pada ibu nifas dengan p-value 0,019 dan OR=6,417, ada hubungan antara retensio plasenta dengan perdarahan post partum pada ibu nifas dengan p-value 0,033, ada hubungan antara antara atonia

uteri dengan perdarahan post partum pada ibu nifas dengan p-value 0,033 dan serta ada hubungan antara antara laserasi jalan lahir dengan perdarahan post partum pada ibu nifas dengan p-value 0,000.

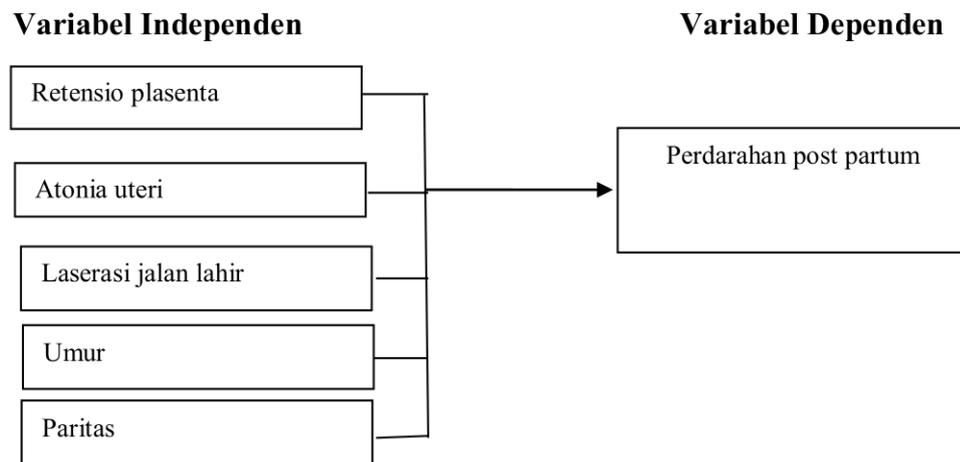
B. Kerangka Teori



Skema 2.1
Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan antara konsep yang ingin diukur melalui penelitian yang dilakukan (Notoatmodjo, 2010). Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Skema 2.2
Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- Ha:
1. Ada hubungan retensio plasenta dengan perdarahan post partum
 2. Ada hubungan atonia uteri dengan perdarahan post partum
 3. Ada hubungan laserasi jalan lahir dengan perdarahan post partum
 4. Ada hubungan umur dengan perdarahan post partum
 5. Ada hubungan paritas dengan perdarahan post partum

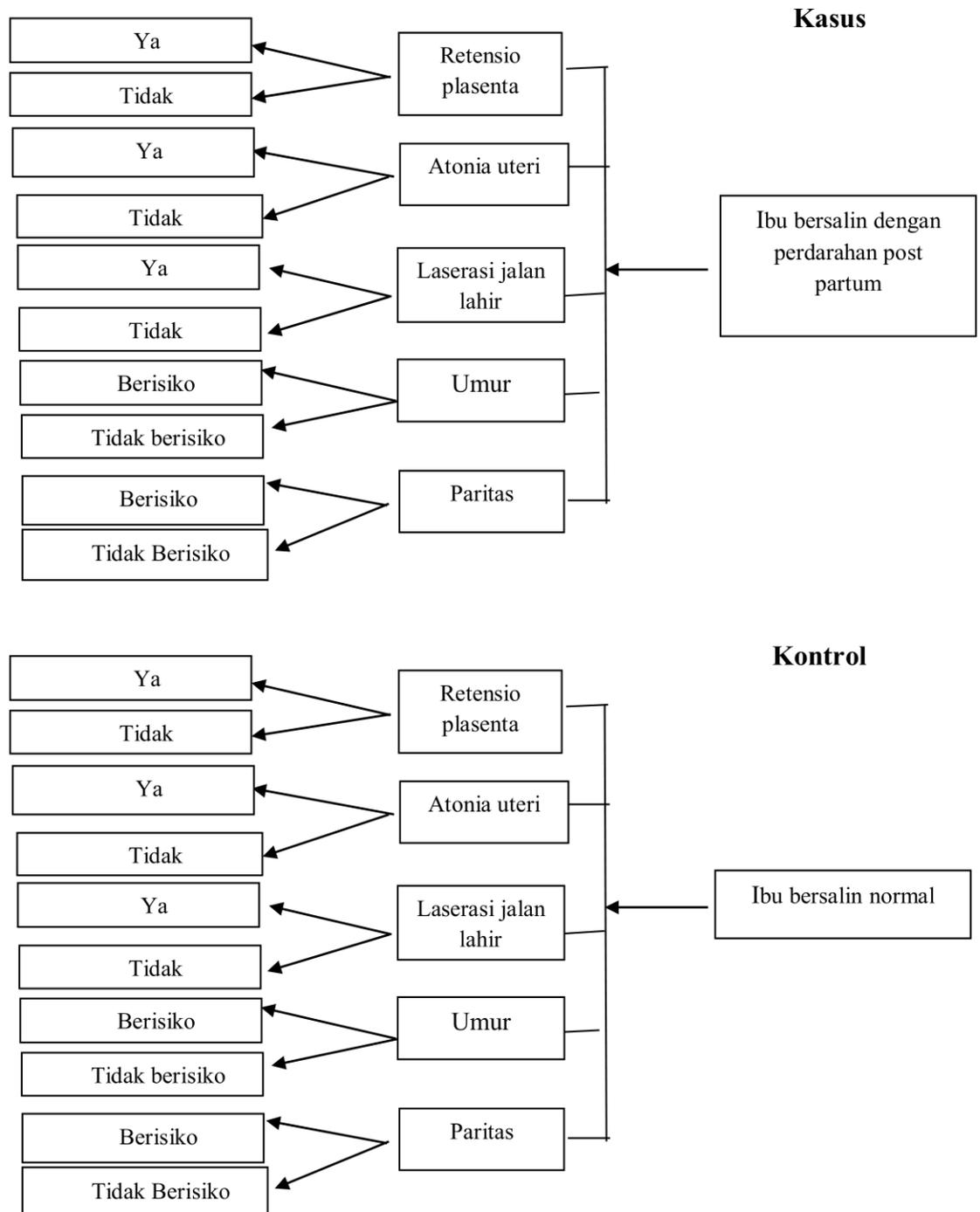
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *analitik* dengan menggunakan desain penelitian *case control* yang bersifat *retrospektif*. Case control adalah penelitian yang dilakukan dengan cara membandingkan antara dua kelompok yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus kontrol dilakukan dengan mengidentifikasi kelompok kasus dan kelompok kontrol, kemudian secara retrospektif diteliti faktor-faktor resiko yang mungkin dapat menerangkan apakah kasus dan kontrol dapat terkena paparan atau tidak. Sedangkan skema rancangan penelitiannya adalah:

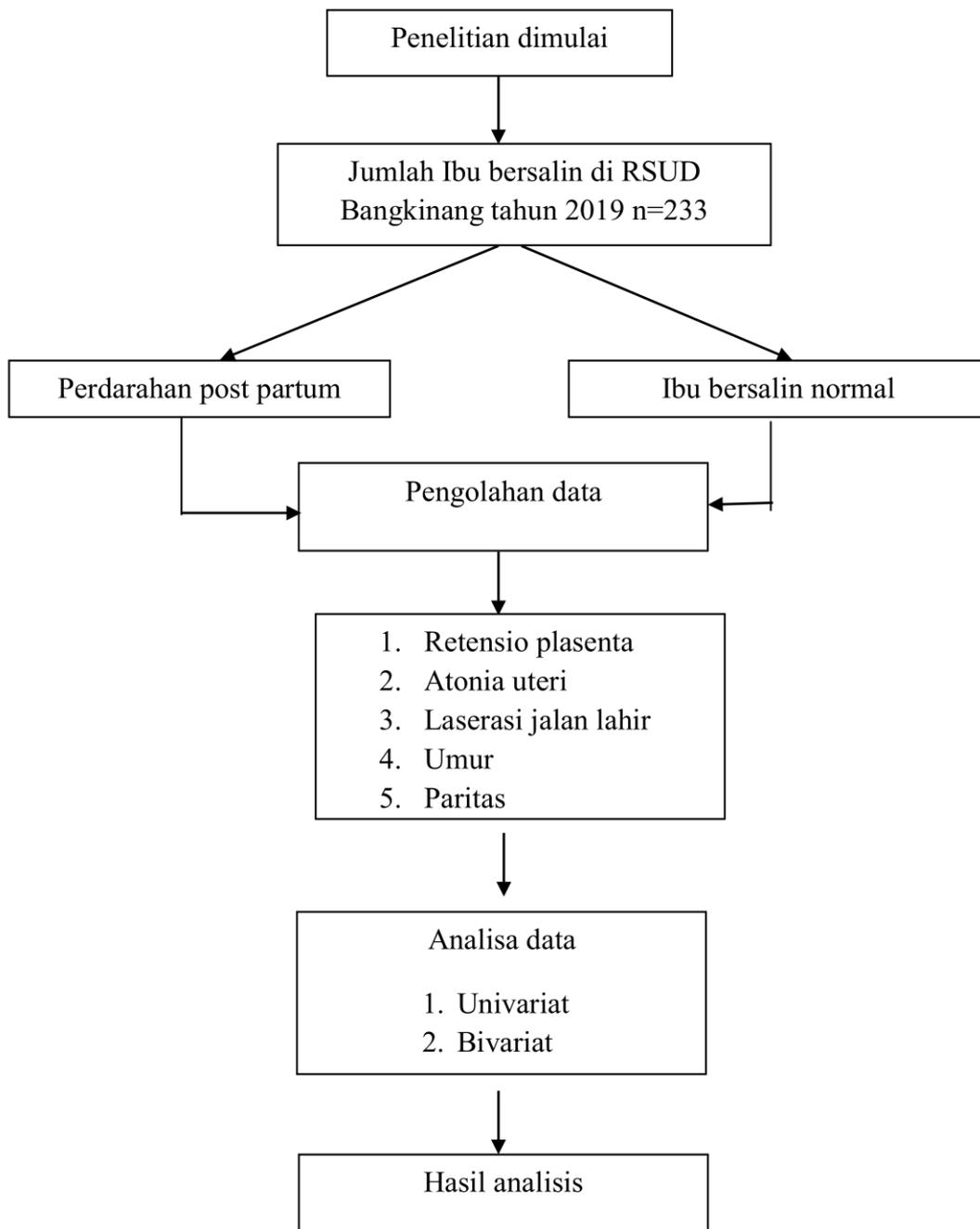
1. Rancangan Penelitian



*Skema 3.1 Rancangan Penelitian
(Notoatmodjo, 2012)*

2. Alur Penelitian

Secara sistematis, rencana penelitian dapat dilihat pada skema 3.2



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur penelitian

Hal-hal yang perlu dipersiapkan dalam prosedur penelitian akan diuraikan sebagai berikut:

- a. Proposal penelitian sudah selesai dilakukan seminar dan acc melakukan penelitian oleh pembimbing
- b. Mengajukan permohonan surat izin pengambilan data pada program studi DIV Kebidanan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
- c. Setelah mendapatkan surat izin tersebut diserahkan kepada Bagian Diklat RSUD Bangkinang untuk di proses perizinan.
- d. Pengambilan data kejadian perdarahan post partum di rekam medis di RSUD Bangkinang yang meliputi kasus perdarahan post partum (variabel independen yaitu atonia uteri, laserasi jalan lahir, retensio plasenta, umur dan paritas)) dan variabel dependen (perdarahan post partum)
- e. Data ditabulasi dan diolah melalui komputerisasi
- f. Konsultasi ke pembimbing untuk melihat hasil penelitian
- g. Membuat seminar hasil penelitian.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Kebidanan RSUD Bangkinang Kabupaten Kampar, tepatnya di ruangan rekam medik RSUD Bangkinang.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 15-18 Juli tahun 2020

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh data ibu bersalin tahun 2019 sebanyak 233 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 66 orang menggunakan perbandingan 1:1, dimana untuk membandingkan kelompok sampel kasus dan kelompok sampel kontrol. Sampel kasus dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin yang mengalami perdarahan post partum tahun 2019 sebanyak 33 orang dan sampel kontrol yaitu ibu bersalin di RSUD Banginang tahun 2019 sebanyak 33 orang. Jumlah sampel setiap variabel dengan $\alpha=0,05$ perbandingan 1 kasus dan 1 kontrol dapat dihitung besar sampel minimal sebaia berikut:

3. Besar Sampel

Adapun teknik pengambilan sampel dengan rumus Lemoshow sebagai berikut:

$$n = \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{(U1 - U2)^2}$$

Keterangan :

- n = jumlah sampel tiap kelompok
- $Z_{1-\alpha/2}$ = nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan tingkat kemaknaan α (untuk $\alpha=0,05$ adalah 1,96)
- $Z_{1-\beta}$ = nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan kuasa (*power*) sebesar diinginkan (untuk $\beta=0,10$ adalah 1,28)
- σ = standar deviasi kesudahan (*outcome*)
- U1 = *mean outcome* kelompok tidak terpapar
- U2 = *mean outcome* kelompok terpapar

Dari persamaan diatas dan berdasarkan pada perhitungan P2 dan OR hasil penelitian yang dilakukan penelitian terdahulu dimana jumlah sampel setiap variabel dengan $\alpha=,05$ perbandingan 1 kasus dan 1 kontrol dapat dihitung besar sampel minimal dapat dihitung pada tabel 3.1 berikut:

No	Variabel	Peneliti	P2	OR	P1	P	N
1	Atonia uteri	Sinta (2016)	0,011	2,31	0,02	0,02	32
2	Retensio plasenta	Fatma (2014)	0,008	3,14	0,03	0,02	32
3	Laserasi jalan lahir	Lestari (2015)	0,015	3,56	0,01	0,02	32
4	Umur	Rahmi (2017)	0,023	4,10	0,03	0,02	32
5	Paritas	Yulpi (2018)	0,032	3,56	0,04	0,02	32

4. Teknik Pengambilan Sampel

a. Sampel kasus

Sampel kasus di ambil dari rekam medik RSUD Bangkinang . jumlah sampel kasus sebanyak 33 orang. Teknik pengambilan sampel adalah sebagai berikut:

- 1) Buat list atau daftar tabel kasus
- 2) Ambil nomor dari medikal record RSUD Bangkinang

b. Sampel kontrol

Sampel kontrol di ambil dari rekam medik RSUD Bangkinang. jumlah sampel kontrol sebanyak 200 orang. Teknik pengambilan sampel kontrol adalah sebagai berikut:

- 1) Buat list atau daftar tabel kontrol seluruh ibu besalin dikurangi jumlah kasus (33 orang)
- 2) Ambil nomor dari medikal record
- 3) Buat nomor 200 responden

5. Kriteria Sampel

a. Sampel kasus

1) Kriteria Inklusi

Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a) Data Ibu bersalin dengan kasus (perdarahan post partum)
- b) Data Ibu bersalin dengan perdarahan post partum yang memuat variabel yang diteliti seperti umur, paritas, atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir dan perdarahan post partum)

2) Kriteria Eksklusi

Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Data rekam medik ibu bersalin yang mengalami kejadian perdarahan post partum yang tidak lengkap (rusak, tidak dapat dibaca dan hilang)

b. Sampel kontrol

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang tidak mengalami perdarahan post partum saat melakukan penelitian yang berada di Rekam Medis RSUD Bangkinang tahun 2019 yang mencantumkan secara lengkap variabel yang diteliti.

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang tidak mengalami perdarahan post partum dan catatan rekam medik tidak lengkap di RSUD Bangkinang tahun 2019 yang mencantumkan secara lengkap variabel yang di teliti.

D. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan suatu sistem nilai atau norma yang harus dipatuhi oleh peneliti pada saat melakukan penelitian yang melibatkan responden (Polit & Hungler, 2011). Etika penelitian yang digunakan pada penelitian ini merujuk pada prinsip etik yaitu sebagai berikut:

1. Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas oleh subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberi nomor kode pada masing-masing lembar tersebut.

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek dijamin oleh peneliti disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

E. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data (instrument) yang digunakan dalam penelitian ini berupa lembar *checklist*. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder yang diperoleh dari rekam medik RSUD Bangkinang kemudian dicatat sesuai variabel yang diteliti, data yang digunakan adalah data pada tahun 2019.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Data penelitian merupakan data sekunder yang diperoleh dari *Medical Record* RSUD Bangkinang pada tahun 2019. Metode pengumpulan data yaitu dengan pencatatan. Dalam penelitian ini instrument yang digunakan adalah: catatan medis yang digunakan untuk memperoleh data yang diperlukan, lembar ceklis berisi tentang (judul, nama inisial, atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir).

G. Pengolahan Data

Data yang diperoleh kemudian diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1) *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan, misalnya bila terdapat data yang kurang atau salah maka langsung diperbaiki dengan memeriksa atau melakukan pendataan kembali di lokasi penelitian.

2) *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode *numeric* (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Misalnya yang mengalami

perdarahan post partum diberi kode 1 dan yang tidak mengalami perdarahan post partum diberi kode 0.

3) *Cleaning*

Cleaning merupakan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak. *Data cleaning* adalah proses pembersihan data secara sistematis mencakup pemeriksaan konsistensi dan perawatan respon yang hilang.

4) *Entry*

Data *entry* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau *data base computer*, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana (Hidayat, 2011).

5) *Tabulating*

Tabulasi adalah kegiatan memasukkan data dalam bentuk tabel, hal ini dilakukan untuk memudahkan analisa dan pengolahan data serta mengambil kesimpulan. Data dipindahkan ke master tabel selanjutnya data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

H. Definisi Operasional

Defenisi operasional adalah mendefenisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati. Sehingga memungkinkan penelliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2014). Defenisi operasional pada penelitian ini untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Independent					
1	Retensio plasenta	Plasenta yang menutupi jalan lahir	Lembar ceklist	Ordinal	0. Ya, mengalami retensio plasenta 1. Tidak, tidak mengalami retensio plasenta
2	Atonia uteri	Ketidakmampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir	Lembar ceklist	Ordinal	0. Ya, mengalami atonia uteri 1. Tidak, tidak mengalami atonia uteri
3	Laserasi jalan lahir	Robekan jalan lahir yang disebabkan oleh persalinan	Lembar ceklist	Ordinal	0. Ya, mengalami laserasi jalan lahir 1. Tidak, tidak mengalami laserasi jalan lahir
4	Umur	Umur ibu bersalin yang terapat pada data rekam medic	Lembar ceklist	Ordinal	0=Berisiko <20->35 Tahun 1=Tidak, Berisiko 20-35 tahun
5	Paritas	Jumlah persalinan yang telah dialami ibu pada data rekam medic	Lembar ceklist	Ordinal	0= Berisiko Paritas >3 1=Tidak Berisiko: Paritas ≤ 3
Dependen					
1	Perdarahan post partum		Lembar ceklist	Ordinal	0. Ya, jika responden mengalami perdarahan post partum 1. Tidak, jika responden tidak mengalami perdarahan post partum

I. Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah pada penelitian ini akan diuraikan seperti berikut ini:

a. Analisis Univariat

Analisis *univariat* dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel, sehingga diketahui variasi dari masing-masing variabel, dengan rumus:

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

Keterangan:

P = hasil persentase

F = frekuensi hasil pencapaian

N = total seluruh observasi.

b. 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 mengestimasi frekuensi yang diselidiki atau menganalisa hasil observasi untuk mengetahui apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan dengan tingkat kepercayaan 95% menggunakan bantuan sistem komputerisasi yaitu nilai ($\alpha = 0,05$).

Analisa bivariat akan menggunakan uji *Chi-Square* (X^2) dengan menggunakan komputerisasi. Dasar pengambilan keputusan yaitu berdasarkan Probabilitas :

- a. Jika Probabilitas $(p) \leq \alpha$ (0,05) H_a diterima dan H_0 ditolak
- b. Jika Probabilitas $(p) > \alpha$ (0,05) H_a tidak terbukti dan H_0 gagal ditolak

Menurut Sudigdo dan Sofyan (2014) untuk mengetahui besarnya faktor risiko maka digunakan analisis odds ratio/or dengan interpretasi sebagai berikut:

- a. Bila nilai $OR = 1$ berarti variable yang digunakan faktor risiko tersebut tidak ada pengaruhnya dalam terjadinya efek, atau dengan kata lain bersifat netral.
- b. Bila nilai $OR > 1$ dan rentang interval kepercayaan tidak mencakup angka 1, berarti exposure tersebut merupakan faktor risiko terjadinya efek.
- c. Bila nilai $OR < 1$ dan rentang interval kepercayaan tidak mencakup angka 1 berarti exposure yang diteliti dapat mengurangi terjadinya efek (faktor pencegah).