**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Kehamilan yang berhubungan dengan kematian maternal secara langsung di Amerika serikat diperkirakan 7-10 wanita tiap100.000 kelahiran hidup. Data statistik Nasional Amerika Serikat menyebutkan sekitar 8 % dari kematian ini disebabkan oleh perdarahan *post partum*. Di negara industri, perdarahan *post partum* biasanya terdapat pada 3 peringkat teratas penyebab kematian maternal, bersaing dengan embolisme dan hipertensi. Di beberapa negara berkembang angka kematian maternal melebihi 1000 wanita tiap 100.000 kelahiran hidup dan menurut data Organisasi Kesehatan Dunia WHO menunjukkan bahwa 25% dari kematian maternal disebabkan oleh perdarahan *post partum* dan diperkirakan 100.000 kematian maternal tiap tahunnya (Marmi, 2012).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010, angka kematian ibu masih berada pada angka 226 per 100.000 kelahiran hidup, Jika dibandingkan dengan angka kematian ibu tahun 2007 sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup, angka kematian ibu tersebut sudah mengalami penurunan tetapi masih belum mencapai target Nasional (Depkes RI, 2010).

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara penyebab utama kematian ibu belum ada survei khusus, tetapi secara nasional disebabkan karena komplikasi persalinan  (45%), *retensio plasenta* (20%), robekan jalan lahir  (19%), partus lama (11%), perdarahan dan *eklampsia* masing-masing (10%), komplikasi  selama nifas (5%) dan demam nifas (4%) (Siregar, R , 2011).

Perdarahan *post partum* adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Termasuk perdarahan karena retensio plasenta. Perdarahan *post partum* adalah perdarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir (Rukiyah, Dkk,2010).

Diperkirakan ada 14 juta kasus perdarahan dalam kehamilan setiap tahunnya paling sedikit 128.000 wanita mengalami perdarahan sampai meninggal. Sebagian besar kematian tersebut terjadi dalam waktu 4 jam setelah melahirkan dan separuh kematian ibu hamil akibat perdarahan disebabkan oleh perdarahan *post partum* (Nizam, 2010).

Perdarahan *post partum* yang dapat menyebabkan kematian ibu 45 % terjadi pada 24 jam pertama setelah bayi lahir, 68-73 % dalam satu minggu setelah bayi lahir dan 82-88 % dalam dua minggu setelah bayi lahir (Prawihardjo, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian Rahmi di RSUD Dr. Pirngadi Medan, jumlah kasus perdarahan *post partum* pada tahun 2004 tercatat sebanyak 11 kasus, tahun 2005 sebanyak 18 kasus, tahun 2006 sebanyak 38 kasus, tahun 2007 sebanyak 38 kasus (Rahmi, 2009).

Berdasarkan survei awal yang peneliti lakukan pada tanggal 04 April 2013 di RSUD Dr. Pirngadi Medan, ditemukan 51 kasus perdarahan Ibu *post partum* *primer* tahun 2009-2012. Berdasarkan data di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2009-2012.

* 1. **Perumusan Masalah**

Dari uraian latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Gambaran Karakteristik Perdarahan Ibu *Post partum* *Primer* di RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2009- 2012?”.

**1.3. Tujuan Penelitian**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui Gambaran Karakteristik Perdarahan Ibu *Post partum* *Primer* di RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2009-2012.

* + 1. **Tujuan Khusus**
       1. Untuk mengetahui distribusi perdarahan ibu *post partum primer* berdasarkan umur di RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2009-2012.
       2. Untuk mengetahui distribusi perdarahan ibu *post partum primer* berdasarkan paritas di RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2009-2012.

**1.4. Manfaat Penelitian**

**1.4.1. Bagi Peneliti**

Untuk menambah pengetahuan dan menjadi pengalaman pertama dalam pembuatan karya tulis ilmiah serta mengaplikasikan ilmu yang telah penulis peroleh di bangku kuliah khususnya dalam mata kuliah metodologi penelitian.

**1.4.2. Bagi RSUD Dr. Pingadi Medan**

Sebagai bahan masukan dan informasi mengenai kasus perdarahan *post partum* yang terjadi di RSUD Dr. Pirngadi Medan, Sehingga pihak rumah sakit dapat mengetahui dan menangani sedini mungkin kasus perdarahan *post partum* yang terjadi pada pasien.

**1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan referensi di perpustakaan Prodi D-III Kebidanan Medan dan sebagai bahan masukan serta perbandingan bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian selanjutnya.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Perdarahan *Post partum***

Perdarahan *post partum* adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Termasuk perdarahan karena *retensio plasenta*. Perdarahan *post partum* adalah perdarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir (Rukiyah, Dkk, 2010).

Perdarahan *post partum* merupakan penyebab kematian maternal terbanyak. Semua wanita yang sedang hamil 20 minggu memiliki risiko perdarahan *post partum*. Walaupun angka kematian maternal telah turun secara drastis di negara - negara berkembang, perdarahan *post partum* tetap merupakan penyebab kematian maternal terbanyak dimama-mana (Marmi, 2012).

Perdarahan pasca persalianan *(post partum)* adalah perdarahan yang melebihi 500ml. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi kerena bercampur dengan air ketuban, serapan kain dan alat tempat tidur. Oleh karena itu, ditentukan batasan operasional untuk periode pasca persalinan yaitu setelah bayi lahir, bukan berdasarkan batasan kala persalinan yang terdiri dari kala I dan kala II. Maka, menurut saifudin dkk (2006) batasann operasional perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan setelah bayi lahir, jumlah perdarahan yang lebih dari normal, yang menyebabkan perdarahan tanda-tanda vital yaitu pasien mengeluh lemah, limbung, keringat dingin, menggigil, hiperpnea,TD sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih 100 kali per menit, kadar Hb kurang dari 8 gram %. Oleh karena itu walaupun terdapat masalah-masalah dalam mendefinisikan perdarahan *post partum*, semua ibu bersalin / pasca persalinan harus dipantau dengan ketat untuk mewaspadai adanya perdarahan pasca persalinan (Maryunani, Dkk, 2009).

Perdarahan *post partum* merupakan penyebab kematian maternal di negara berkembang karena faktor-faktor: grandemultipara, jarak persalianan pendek kurang dari 2 tahun, persalinan dengan tindakan (pertolongan kala uri sebelum waktunya,pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan mukosa) (Solikhah, 2011)

Perdarahan *post partum* adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam setelah persalinan berlangsung. perdarahan *post partum* dibagi menjadi perdarahan *post partum primer* dan sekunder. Perdarahan *post partum primer* terjadi dalam 24 jam pertama, penyebab utamanya *atonia uteri*, *retensio plasenta*, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir, terbanyak dalam 24 jam pertama, penyebab utamanya robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membran (Solikhah, 2011).

*Hemoragi post partum* (HPP) dapat terjadi sampai 24 jam setelah kelahiran dan biasanya melibatkan kehilangan banyak darah melalui saluran genital. Ini memiliki tiga penyebab , 3T; tonus, trauma jaringan dan yang jarang adalah trombin (masalah pembekuan). Ibu yang menderita HPP biasanya merasakan pengalamannya menakutkan dan traumatik. Ketakutan, nyeri dan ketidak nyamanan dirasakan karena kejadian itu sendiri memang menakutkan yang menimbulkan kecemasan dimasa datang tentang kemungkinan besar bisa terjadi pada kelahiran berikutnya (Chapman, 2006).

Perdarahan pasca persalinan (PPP) adalah perdarahan yang masih yang berasal dari tempat implementasi plasenta, robekan pada jalan lahir dan jaringan disekitarnya dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu disamping perdarahan karena hamil *ektopik* dan *abortus* (Prawirohardjo, 2010).

Perdarahan *post partum* adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi ,maka batasan jumlah perdarahan desebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 x/menit, kadar Hb <8g/dL (Nugroho, 2010).

**2.2. Klasifikasi**

**2.1.1. Perdarahan *Post Partum Primer***

Perdarahan *post partum primer* adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah kala II. Perdarahan *post partum* pada masa nifas/perdarahan *post partum sekunder* (*late post partum hemorrhage*) adalah yang terjadi pada masa nifas (*puerperium*) tidak termasuk 24 jam pertama setelah kala III (Marmi, 2012).

Perdarahan *post partum primer* adalah mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran. Perdarahan *post partum* sekunder adalah mencakup semua perdarahan *post patum* yang terjadi antara 24 jam setelah kelahiran bayi dan 6 minggu masa *post partum* (Wulandari, Dkk, 2011).

Perdarahan *post partum primer* terjadi dalam 24 jam pertama, penyebab utamanya *atonia uteri*, *retensio plasenta*, sisa plasenta, robekan jalan lahir, terbanyak dalam 2 jam pertama. Perdarahan post partum sekunder terjadi setelah 24 jam pertama, penyebab utamanya robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membran (Solikhah, 2011).

Perdarahan pasca persalinan adalah suatu kejadian mendadak dan tidak dapat diramalkan yang merupakan penyebab kematian ibu diseluruh dunia. Sebab yang paling umum dari perdarahan pasca persalinan dini yang berat (yang terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan) adalah *atonia uteri* (kegagalan rahim untuk berkontraksi sebagaimana mestinya setelah melahirkan). Plasenta yang tertinggal, vagina atau mulut rahim yang terkoyak dan uterus yang turun atau inversi, juga merupakan sebab dari pendarahan pasca persalinan.

**2.1.2. Penyebab**

1. *Uterus atonik* (terjadi karena misalnya : plasenta atau selaput ketuban tertahan).
2. Trauma genital (meliputi penyebab spontan dan trauma akibat penatalaksanaan atau gangguan, misalnya kelahiran yang menggunakan peralatan termasuk sectio sesrea, episiotomi).
3. Koagulasi intravascular diseminata
4. Inversi uterus (Suherni, 2010).

**2.2.2. Perdarahan Post Partum Sekunder**

Perdarahan pasca persalinan lanjut (*late postpartum haemorhage*), yaitu perdarahan yang terjadi pada masa nifas ( puerperium), tidak termasuk 24 jam pertama bayi lahir (disebaut juga perdarahan sekunder) (Maryunani, 2009). Perdarahan pasca persalinan lanjut (terjadi lebih dari 24 jam setelah melahirkan bayi) sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta (Yanti, 2009).

Perdarahan pada masa nifas / Perdarahan *post partum sekunder (late* *post partum hemorrhage)* : Perdarahan pada masa nifas adalah perdarahan yang terjadi pada masa nifas (*puerperium*) tidak termasuk 24 jam pertama setelah kala III (Nugroho, 2010).

**2.2.2.1. Peyebab**

1. Fragmen plasenta atau selaput ketuban tertahan
2. Pelepasan jaringan mati setelah persalinan macet (dapat terjadi di serviks, vagina, kandung kemih, rektum).
3. Terbukanya luka pada uterus (setelah sectio caesaria, ruptur uterus) (Suherni, 2010).
   1. **Etiologi**

Penyebab umum perdarahan *post partum*, antara lain :

**2.3.1. Atonia Uteri**

Atonia uteri adalah kegagalan serabut – serabut otot *miometrium* uterus untuk berkontraksi dan memendek. Hal ini merupakan penyebab perdarahan post partum yang paling penting dan biasa terjadi segera setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan. *Atonia uteri* dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah terjadinya syok hipovolemik (Marmi, 2012).

**2.3.2. Faktor Predisposisi**

*Atonia uteri* dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang ) seperti :

1. *Polihidramnion*, kehamilan kembar, *makrosomia* (janin besar).
2. Persalinan lama
3. Persalinan terlalu cepat
4. Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
5. Persalinan yang sering (multipara/paritas tinggi)
6. Anastesi yang dalam
7. Persalinan dengan induksi atau akselerasi oksitosin
8. Dapat juga terjadi bila ada usaha mengeluarkan plasenta dengan memijat dan,
9. Mendorong uterus kebawah sementara plasenta belum lepas dari uterus (Maryunani, 2009).

Overdistensi uterus, baik absolut maupun relatif, merupakan faktor resiko mayor terjadinya *atonia uteri*. Overdistensi uterus dapat disebabkan oleh kehamilan ganda, janin makrosomia, polohidramion atau abnormalis janin (misal hidrosefalus berat), kelainan struktur uterus atau kegagalan untuk melahirkan plasenta atau distensi akibat akumulasi darah diuterus baik sebelum maaupun sesudah plasenta lahir.

Lemahnya kontraksi miometrium merupakan aakibat kelelahan karena persalinan lama atau persalinan dengan tenaga besar, terutama bila mendapatkan stimulasi. Hal ini dapat pula terjadi sebagai akibat dari inhibisi kontraksi yang disebabkan oleh obat-obatan, seperti agen anastesi terhalogenisasi, nitrat, obat- obat antiinflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, beta-simpatomimetik dan nifedifin. Penyebab lain yaitu plasenta letak rendah, toksin bakteri (korioamnionitis, endometritis, septikemia), hipoksia akibat hipoperfusi atau uterus couvelaire pada abruptio palsenta dan hipotermia akibat resusitasi masif (Marmi,2012).

**2.3.2. *Retensio Plasenta***

*Retensio plasenta* adalah keadaan dimana plasenta belum lahir selama setengah jam setelah janin lahir (Maryunani 2009). *Retensio plasenta* adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus (Marmi, 2012).

**2.3.2.1. Jenis-Jenis *Retensio Plasenta***

1. *Plasenta Adhesive* : Implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
2. *Plasenta Akreta* : Implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
3. *Plasenta Inkreta* : Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
4. *Plasenta Prekreta* : Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan serosa dinding uterus hingga ke peritonium.
5. *Plasenta Inkarserata* : Tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstriksi ostium uteri (Marmi, 2012).

**2.3.2.2. Penyebab *Retensio Plasenta***

Penyebab *retensio plasenta* sebagai berikut :

1. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena melekat dan tumbuh lebih dalam. Menurut tingkat perlekatannya :
2. Bila plasenta belum terlepas sama sekali, tidak akan terjadi perdarahan tetapi bila sebagian plasenta sudah lepas maka akan terjadi bila sebagian perdarahan. Ini merupakan indikasi untuk segera mengeluarkannya.
3. Plasenta mungkin pula tidak keluar karena kandung kemih atau rektum penuh. Oleh karena itu keduanya harus dikosongkan.
4. Melalui periksa dalam /tarikan pada tali pusat dapat diketahui apakah plasenta sudah lepas atau belum dan bila lebih dari 30 menit maka dapat dilakukan plasenta manual (Maryunani, 2009).

Faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta adalah plasenta previa, bekas seksio sesarea, pernah kuret berulang dan multiparitas. Bila sebagian kecil plasenta masih tertinggal dalam uterus disebut rest plasenta dan dapat menimbulkan perdarahan *post partum primer* atau (lebih sering) sekunder (Prawirohardjo, 2010).

Dari Secara fungsional dapat terjadi karena his kurang kuat (penyebab terpenting),dan plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi disudut tuba),bentuknya (plasenta membranasea,plasenta anularis),dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil). Plasenta yang sangat sukar lepas karena penyebab diatas disebut plaenta adhesive (Rukhiyah, 2010).

**2.3.3. Robekan Jalan Lahir**

Robekan jalan lahir selalu memberiakan 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, servik, dan robekan uterus (rupture uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dengan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arteril atau pecahnya pembuluh darah vena.

Perdarahan karena robekan jalan lahir banyak dijumpai para pertolongan persalinan oleh dukun karena tanpa dijahit.Pertolongan persalinan dengan resiko rendah mempunyai komplikasi ringan sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu maupun perinatal (Marmi, 2012).

Robekan jalan lahir bersumber dari berbagai organ diantaranya vagina, perineum, porsio, serviks dan uterus. Ciri yang khas dari robekan jalan lahir yaitu kontraksi uterus kuat, keras dan mengecil, perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir. Perdarahan ini terus–menerus setelah dilakukan masase atau pemberian uterotonika langsung mengeras tapi perdarahan tidak berkurang. Dalam keadaan apapun, robekan jalan lahir harus dapat diminimalkan karena tak jarang perdarahan terjadi karena robekan dan ini menimbulkan akibat yang fatal seperti terjadinya syok (Rukhiyah, 2010).

**3.3.4. Gangguan pembekuan darah**

**3.3.4.1. Penyebab**

Pada periode *post partum* awal, kelainan sistem koagulasi biasanya tidak menyebabkan perdarahan yang banyak, hal ini bergantung pada kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan. Defosit fibrin pada tempat pelaekatan plasenta yang memiliki peran penting beberapa jam hingga beberapa hari setelah persalinan. Kelaianan pada daerah ini dapat menyebabkan perdarahan post partum sekunder atau perdarahan eksaserbasi dari sebab lain, terutama trauma.

Abnormalitas dapat muncul sebelum persalinan atau didapat saat persalinan. Trombositopenia dapat berhubungan dengan penyakit sebelumnya, seperti ITP atau sindroma HELLP sekunder, solusio plasenta, DIC atau sepsis. Abnormalitas platelet dapat saja terjadi, tetapi hal ini jarang. Sebagian besar merupakan penyakit sebelumnya, walaupun sering tak terdiagnosis.

Abnormalitas sistem pembekuan yang muncul sebelum persalinan yang berupa hipofibrinogenemia familial, dapat saja terjadi, tetapi abnormalitas yang didapat biasanya yang menjadi masalah. Hal ini dapat berupa DIC yang berhubungan dengan solusio plasenta, sindroma HELLP, IUFD, emboli air ketuban dan sepsis. Kadar fibrinogen meningkat pada saat hamil, sehingga kadar fibrinogen pada kisaran normal seperti pada wanita yang tidak hamil harus mendapat perhatian. Selain itu, koagulopati dilusional dapat terjadi setelah perdarahan post partum masif yang mendapat resusiatsi cairan kristaloid dan transfusi PRC.

DIC (*Disseminated Intravaskular Coagulation*) yaitu gangguan mekanisme pembekuan darah yang umumnya disebabkan oleh hipo atau afibrinigenemia atau pembekuan intravascular merata. DIC (*Disseminated Intravaskular Coagulation*) juga dapat berkembang dari syok yang ditunjukkan oleh hipoperfusi jaringan, yang menyebabkan kerusakan dan pelepasan tromboplastin jaringan. Pada kasus ini terdapat peningkatan kadar D-dimer dan penurunan fibrinogen yang tajam, serta pemanjangan waktu trombin (thrombin time) (Marmi, 2012).

Kasual perdarahan *post partum* karena gangguan pembekuan darah baru dicurigai bila penyebab yang lain dapat disingkirkan disertai ada riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalian sebelumnya.Akan ada tendensi mudah terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan dan perdarahan akan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan dari gusi, rongga hidung dan lain- lain (Prawirohardjo, 2008).

**2.4. Karakteristik Perdarahan Ibu *Post partum***

**2.4.1. Umur**

Umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Hamil yang sehat dianjurkan paling muda umur 20 tahun, karena pada umur 20 tahun alat kandungan dan penyangganya sudah matang. Namun, hamil terakhir sebaiknya tidak melebihi umur 35 tahun. Ibu hamil yang berusia 20 tahun (usia muda), berusia >20-35 tahun (usia menengah), dan berusia > 35 tahun (usia tua). Usia yang paling tepat untuk hamil adalah 20 – 35 tahun. Jika melebihi 35 tahun, risiko kehamilan dan kelahiran akan lebih tinggi (Damayanti, 2012)

Umur reproduksi yang aman untuk melahirkan dan persalinan adalah umur 20 – 30 tahun umur diatas dan dibawah usia tersebut dapat meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Kematian maternal pada ibu yang berusia muda (< 20 tahun) 2- 5 kali lebih tinggi daripada usia 20 – 29 tahun dan kematian tersebut akan meningkat kembali sesudah usia 35 tahun (Rahmi, 2009).

Puluhan tahun lalu, wanita berusia seperempat abad yang belum menikah dianggap sebagai “ perawan tua’’. Kini yang sudah menikah pun banyak yang tak ingin segera punya anak demi karir. Bahkan sampai umur kepala tiga. Padahal kehamilan diatas usia 35 tahun tergolong bersiko. Penelitian U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tahun 2006 silam menyatakan adanya kenaikan resiko kematian saat persalinan, hampir tiga kali lipat pada wanita berusia lebih dari 35 tahun. Penyebab utama kematian ibu saat melahirkan diantaranya perdarahan, emboli darah (sumbatan yang berasal dari pecahan trombus atau bekuan darah dalam sistem pembuluh darah jantung) serta kelainan tekanan darah (Damayanti, 2012).

Yang mengalami perdarahan postpartum adalah ibu-ibu yang berusia lebih dari usia 35 tahun. Hal ini disebabkan fungsi alat reproduksi sudah mulai menurun untuk kehamilan dan melahirkan sedangkan usia dibawah 20 tahun juga beresiko mengalami perdarahan disebabkan karena fungsi alat reproduksi masih belum matang untuk kehamilan dan melahirkan (Indrawati,2008).

Penyebab utama kematian maternal adalah perdarahan, infeksi dan eklamsi. Faktor – faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian maternal antara lain adalah : faktor umum dimana masih banyak terjadi perkawinan, kehamilan dan persalinan diluar kurun waktu reproduksi yang sehat, terutama pada usia muda. Resiko kematian pada kelompok umur dibawah 20 tahun dan pada kelompok umur > 35 tahun adalah 3 x lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat ( 20 – 34 tahun) (Mochtar, 1998).

**2.4.2. Paritas**

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari atau sama dengan 500 gram yang pernah dilahirkan hidup maupun mati. Bila berat badan tak diketahui maka dipakai umur kehamilan, yaitu 24 minggu.

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2006). Menurut Prawirohardjo (2009), paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara.

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (JHPIEGO, 2008). Sedangkan menurut Manuaba (2008), paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm.

Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian perdarahan postpartum karena pada setiap kehamilan dan persalinan terjadi perubahan serabut otot pada uterus yang dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi sehingga sulit untuk melakukan penekanan pembuluh – pembuluh darah yang membuka setelah lepasnya plasenta. Resiko terjadinya akan meningkat setelah persalinan ketiga atau lebih yang mengakibatkan terjadinya perdarahan *post partum (*Rahmi, 2009).

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

Lebih tinggi paritas lebih tinggi angka kematian maternal. Ibu-ibu dengan kehamilan lebih dari satu kali atau yang termasuk multipara mempunyai resiko lebih tinggi terhadap terjadinya perdarahan pasca persalinan dibandingkan dengan ibu-ibu yang termasuk golongan *primipara*.

Perdarahan post partum merupakan penyebab kematian maternal di Negara berkembang kerena faktor – faktor : Grandemultipara,jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, persalinan dengan tindakan (pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa) (Solikhah, 2011).

Tingkat paritas telah menarik perhatian para peneliti dalam hubungan kesehatan si ibu maupun si anak. Terdapat kecenderungan kesehatan ibu yang berparitas renndah lebih baik dari yang berparitass tinggi, terdapat asosiasi antara tingkat paritas dan penyakit-penyakit tertentu, seperti bronchiale, ulcus peptikum, pilorik, stenosis dan seterusnya (Notoatmodjo,2011).

Penyebab utama kematian maternal adalah perdarahan, infeksi dan eklamsi. Faktor – faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian maternal antara lain adalah faktor paritas Grandemultipara, yaitu ibu dengan jumlah kehamilan dan persalinan lebih dari 6 kali masih banyak terdapat. Resiko kematian maternal dari golongan ini adalah 8 kali lebih tinggi dari lainnya (Mochtar, 1998).

**2.4.2.1. Klasifikasi**

1. Nullipara adalah wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang mampu hidup.
2. *Primipara* adalah wanita yang pernah satu kali melahirkan bayi yang telah mencapai tahap mampu hidup.
3. *Multipara* adalah wanita yang telah melahirkan dua janin viabel atau lebih.
4. *Grandemultipara* adalah wanita yang telah melahirkan lima anak atau lebih.
   1. **Kerangka Konsep**

Kerangka konsep penelitian berjudul “Gambaran karakteristik perdarahan Ibu *post partum primer* di RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2009-2012” adalah :

**Bagan 2.5**

**Variabel Penelitian**

* Umur
* Paritas

Perdarahan ibu *post partum*

**2.6. Defenisi Operasional**

**2.6.1. Umur**

Umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan sampai saat penelitian dilakukan,

Dengan kategori :

1. < 20 tahun
2. 20-35 tahun
3. > 35 tahun

**2.6.2. Paritas**

Paritas adalah seseorang wanita sehubungan dengan kelahiran anak yang hidup maupun meninggal.

Dengan kategori :

1. Primipara (paritas 1)
2. Multipara (paritas 2-5)
3. Grandemultipara (paritas > 5)

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

**3.1. Jenis Dan Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan tujuan untuk mengetahui Gambaran Karakteristik perdarahan Ibu *post partum primer* di RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2009-2012.

.

**3.2. Lokasi dan waktu penelitian**

**3.2.1. Lokasi penelitian**

Lokasi yang dipilih sebagai tempat penelitian ini yaitu di RSUD Dr.Pirngadi Medan karena masih didapati kasus perdarahan dalam jumlah yang relatif banyak.

* + 1. **Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan mulai penyusunan proposal penelitian pada bulan Februari 2013 sampai dengan bulan Juli 2013. Dengan kegiatan pengajuan judul, penyusunan proposal, pengolahan data dan seminar hasil.

**3.3. Populasi dan Sampel**

**3.3.1. Populasi**

Adapun yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah semua perdarahan ibu *post partum* yang tercatat di rekam medis RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2009 – 2012.

**3.3.2. Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu *post partum* yang mengalami perdarahan di RSUD Dr.Pirngadi Medan sebanyak 51 orang *(total sampling)*.

* 1. **Jenis dan Cara Pengumpulan Data**
     1. **Jenis Data**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pengumpulan data yakni data sekunder, data diperoleh dari catatan rekam medis di RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2009-2012 dan menggunakan lembar checklist yang telah disiapkan.

* + 1. **Cara Pengumpulan Data**

Adapun cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data adalah menggunakan daftar cheklis.

**3.5. Pengolahan dan Analisa Data**

**3.5.1. Pengolahan Data**

Data yang telah dikumpul di olah dengan cara manual dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pengeditan (Editing)

Data yang diambil dari rekam medik telah lengkap.

1. Pengkodean (coding)

Setelah data dipastikan kelengkapannya pada proses *editing*, penulis melakukan pengkodean pada sub variabel yang diteliti. Misalnya:pada variabel umur. Maka sub variabelnya diberikan kode 1 untuk umur < 20 tahun, kode 2 untuk umur 20-35 tahun, kode 3 untuk umur > 35 tahun.

1. Pentabulasian (tabulating)

Setelah data diberi kode kemudian dimasukkan dalam master tabel kemudian dilanjutkan ke dammy tabel.

**3.5.2. Analisis Data**

Analisa data yang dilakukan adalah dengan mendeskripsikan masing-masing data atau sub variabel yang ada dalam tabel distribusi. Berdasarkan variabel yang telah ditetapkan dalam penelitian ini.

**BAB IV**

**HASIL PENELITIAN**

* 1. **Hasil Penelitian**

Dari penelitian yang penulis lakukan yang berjudul “Gambaran karakteristik perdarahan ibu post partum primer di RSUD Dr.Pirngadi Medan tahun 2009 – 2012”, diperoleh hasil dan disajikan dalam tabel distribusi sebagai berikut:

**4.1.1. Perdarahan Ibu P*ost Partum primer* Berdasarkan Umur**

**Tabel 4.1.**

**Distribusi Perdarahan Ibu *Post partum Primer* berdasarkan umur**

**di RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2009-2012**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO Umur** | **Jumlah** | **Persentase** |
| 1 < 20 tahun | 1 | 2,0 |
| 2 20 – 35 tahun | 24 | 47,0 |
| 3 >35 tahun | 26 | 51,0 |
| Jumlah | 51 | 100 |

Dari tabel A.1 diatas dapat diketahui bahwa dari 51 ibu post partum primer, mayoritas ibu yang umur > 35 tahun sebanyak 26 orang (51,0 %) dan minoritas umur < 20 tahun sebanyak 1 orang (2,0%).

**4.1.2. Perdarahan Ibu *Post Partum Primer* Berdasarkan Paritas**

**Tabel 4.2.**

**Distribusi perdarahan Ibu *Post partum primer* berdasarkan paritas**

**di RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2009-2012**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO Paritas** | **Jumlah** | **Persentase** |
| 1 Primipara | 10 | 19,6 |
| 2 Multipara | 33 | 64,7 |
| 3 Grandemultipara | 8 | 15,7 |
| Jumlah | 51 | 100 |

Dari tabel A.2 diatas dapat diketahui bahwa dari 51 ibu post partum primer, mayoritas Multipara (paritas 2 – 5) sebanyak 33 orang (64,7 %) dan minoritas Grandemultipara (paritas > 5) sebanyak 8 orang (15,7 %).

* 1. **Pembahasan**

Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan judul Gambaran karakteristik perdarahan ibu post partum Primer di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2009 - 2012, maka diperoleh sebagai berikut :

**4.2.1. Menurut Umur**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan penulis mengenai perdarahan ibu post partum primer berdasarkan umur di RSUD Dr.Pirngadi Medan tahun 2009 – 2012, mayoritas pada umur > 35 tahun sebanyak 26 orang (51,0%) dan minoritas umur < 20 tahun sebanyak 1 orang (2,0%) Umur mempunyai pengaruh terhadap terjadinya perdarahan postpartum karena pada usia > 35 tahun fungsi organ reproduksi yang sudah menurun. Hal ini sejalan dengan pendapat Indrawati, 2008.

Hal ini sejalan dengan teori Damayanti (2012) menyatakan adanya kenaikan resiko kematian saat persalinan, hampir tiga kali lipat pada wanita berusia lebih dari 35 tahun. Penyebab utama kematian ibu saat melahirkan diantaranya perdarahan, emboli darah (sumbatan yang berasal dari pecahan trombus atau bekuan darah dalam sistem pembuluh darah jantung) serta kelainan tekanan darah.

Menurut asumsi peneliti, usia >35 tahun ibu post partum cenderung mengalami perdarahan post partum karena fungsi organ reproduksi yang sudah menurun. Hal ini sejalan dengan pendapat Damayanti yang menyatakan adanya kenaikan resiko kematian saat persalinan, hampir tiga kali lipat pada wanita berusia lebih dari 35 tahun.

**4.2.2. Menurut Paritas**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan penulis mengenai perdarahan ibu post partum primer berdasarkan paritas di RSUD Dr.Pirngadi Medan tahun 2009 – 2012, mayoritas multipara (paritas 2 – 5) sebanyak 33 kasus (64,7%) dan minoritas grandemultipara sebanyak 8 kasus (15,7%). Paritas mempunyai pengaruh terhadap terjadinya perdarahan postpartum karena pada setiap kehamilan dan persalinan terjadi perubahan otot pada uterus yang dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi sehingga sulit untuk melakukan penekanan pembuluh – pembuluh darah yang membuka setelah lepasnya plasenta. Resiko terjadi akan meningkat setelah persalinan ketiga atau lebih yang mengakibatkan terjadinya perdarahan postpartum. Hal ini sejalan dengan pendapat Rahmi, 2009.

Hal ini tidak sejalan dengan teori Solikhah (2011) Perdarahan post partum merupakan penyebab kematian maternal di Negara berkembang kerena faktor – faktor : Grandemultipara,jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun,persalinan dengan tindakan (pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa).

Menurut asumsi peneliti, adanya kesenjangan antara teori dan penelitian karena faktor yang mempengaruhi perdarahan ibu postpartum primer tidak hanya terdapat pada grandemultipara (paritas >5), tetapi terdapat pada multipara (paritas 2 – 5) seperti pada data yang diteliti oleh penulis.

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* 1. **Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai “Gambaran karakteristik perdarahan ibu post partum primer dan sekunder di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2009 – 2012 maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

5.1.1. Perdarahan ibu post partum primer berdasarkan umur (51,0 %)

5.1.2. Perdarahan ibu post partum primer berdasarkan paritas (64,7 %)

* 1. **Saran**

Adapun saran yang dapat penulis sampaikan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

* + 1. **Bagi Petugas RSUD Dr. Pirngadi Medan**

Diharapkan bagi pihak rumah sakit agar dapat memberikan penanganan perdarahan postpartum yang cepat dan tepat untuk mencegah kematian dan kepada bidan melalui pihak rumah sakit agar mingkatkan pengawasan terhadap ibu setelah melahirkan.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan bacaan di Perpustakaan Poltekkes Kemenkes RI Medan Jurusan Kebidanan dan sebagai bahan masukan bagi mahasiwa.

* + 1. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya agar menjadi informasi ataupun bahan referensi bagi peneliti selanjutnya.

**DAFTAR PUSTAKA**

Chapman, V. 2006. Asuhan Kebidanan Persalinan & Kelahiran. Jakarta: EGC.

Damayanti, E. 2012. Kehamilan Dan Persalinan Yang Sehat & Menyenangkan Diatas Usia 30 Tahun.Yogyakarta : Araska.

Machfoeds, I. 2009. Metodologi Penelitian. Yogyakarta: Fitramaya.

Marmi, S. 2012. Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Maryunani, A, dkk. 2009. Asuhan Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan. Jakarta: Trans Info Media.

Nogroho, T. 2010. Kasus Emergency Kebidanan.Yogyakarta: Muha Medika.

Notoatmodjo, S. 2011. Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan. 2012. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Medan.

Prawirohardjo, S. 2010. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Bina Pustaka.

Rukiyah, Y, dkk. 2010. Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan). Jakarta:

Trans Info Media.

Solikhah, U. 2011. Asuhan Keperawatan Gangguan Kehamilan, Persalinan, dan Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sulistyawati, A. 2009. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Yogyakarta: C.V Andi Offset.

Suherni, dkk. 2010. Perawatan Masa Nifas. Yogyakarta: Fitramaya

Yanti, 2009. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan.Yogyakarta: Pustaka Rihana.

Wulandari,S. Dan Sri,H. 2011 Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas.Yogyakarta:

Gosyen Publishing.

Depkes RI, 2010. [*http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf\_thesis/unud-290-270711906-bab%20i.terbaru.pdf*](http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf_thesis/unud-290-270711906-bab%20i.terbaru.pdf)*.* *11 April 2013.*

Indrawati,D.2008.*httpwww.4shared.comgethUZ9g36W08\_Perdarahan\_post\_partum.html*  *17 Juli 2013.*

Rahmi, 2009. *httprepository.usu.ac.idbitstream12345678914633109E02707.pdf*. *15 April 2013.*

Siswosudarmo,2008.[*http://www.sarjanaku.com/2012/12/pengertian-paritas-pada-ibu-hamil.html*](http://www.sarjanaku.com/2012/12/pengertian-paritas-pada-ibu-hamil.html)*.* *11 April 2013.*