

**HUBUNGAN PREEKLAMPSIA DENGAN PERDARAHAN POST
PARTUM DI RUMAH SAKIT UMUM HATI MULIA
TAHUN 2015-2017**



SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma IV Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari

OLEH

NI NYOMAN WIDIASTITI
P00312017076

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEBIDANAN
KENDARI
2018**

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERIKLAMAN DENGAN PERILAKUAN POST
PARTUM DI RUMAH SAKIT UNDAWATI MAREJA
TAHUN 2018/2017**

Dijjukan Oleh:

SILNYOLAN ANCHASTII
P00212017076

Telah disetujui dan disahkan oleh Tim Penguji Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Jurusan Kebidanan yang diujikan pada
tanggal 10 Agustus 2018

1. Hj. Syahrianti, S.Si.T, M.Kes
2. Hasmia Naningsi, SST, M.Keb
3. Yustiari, SST, M.kes
4. Arsulfa, S.Si.T, M.Keb
5. Sultina Sarita, SKM, M.Kes

Syahr
H.N.
Yustiari
Arsulfa
S.S.

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari



Sultina Sarita, SKM, M.Kes
Nip. 196806021992032003

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Ni Nyoman Widiastiti
NIM : P00312017076
Tempat / Tanggal Lahir : Atula, 08 Oktober 1975
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Hindu
Alamat : jl. Haeba Dalam, Wua-wua
Email : ninyomanwidiastiti75@gmail.com

B. Pendidikan Formal

1. SD Negeri Lamotau, tahun 1988
2. SMP Negeri Ladongi , tahun 1991
3. SPK Depkes Kendari, tahun 1994
4. D I Kebidanan PPNI Kendari, tahun 1995
5. D III Kebidanan Widiakarsa Jayakarta, tahun 2014
6. D IV Kebidana Politeknik Kemenkes Kendari tahun 2018

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017”.

Dalam proses penyusunan skripsi ini ada banyak pihak yang membantu, oleh karena itu sudah sepantasnya penulis dengan segala kerendahan dan keikhlasan hati mengucapkan banyak terima kasih sebesar-besarnya terutama kepada Ibu Arsulfa, S.Si.T, M.Kebselaku Pembimbing I dan Ibu Sultina Sarita, SKM, M.Kesselaku Pembimbing II yang telah banyak membimbing sehingga skripsi ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini pula penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Askrening, SKM. M.Kes sebagai Direktur Poltekkes Kendari.
2. Ibu Sultina Sarita, SKM, M.Kes sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari.
3. Ibu dr. Suhartini, Sp.OGselaku Direktur Rumah Sakit Hati Mulia.

4. Ibu Hj. Syahrianti, S.Si.T, M.Kesselaku penguji 1, Ibu Hasmia Naningsi, SST, M.Keb selaku penguji 2, Ibu Yustiari, SST, M.Kes selaku penguji 3 dalam skripsi ini.
5. Seluruh Dosen dan Staf Pengajar Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang telah mengarahkan dan memberikan ilmu pengetahuan selama mengikuti pendidikan yang telah memberikan arahan dan bimbingan.
6. Seluruh teman-teman D-IV Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari, yang senantiasa memberikan bimbingan, dorongan, pengorbanan, motivasi, kasih sayang serta doa yang tulus dan ikhlas selama penulis menempuh pendidikan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan skripsi ini serta sebagai bahan pembelajaran dalam penyusunan skripsi selanjutnya.

Kendari, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Keaslian Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Telaah Pustaka.....	7
B. Landasan Teori.....	25
C. Kerangka Teori.....	27
D. Kerangka Konsep.....	28
E. Hipotesis Penelitian.....	28
BAB III METODE PENELITIAN.....	29
A. Jenis Penelitian.....	29
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	29
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	29
D. Variabel Penelitian.....	30
E. Definisi Operasional.....	30
F. Jenis dan Sumber Data Penelitian.....	31
G. Instrumen Penelitian.....	31

H. Alur Penelitian	32
I. Pengolahan dan Analisis Data.....	32
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	36
A. Hasil Penelitian.....	36
B. Pembahasan.....	50
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	56
A. Kesimpulan.....	56
B. Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA.....	57
LAMPIRAN	

ABSTRAK

HUBUNGAN PREEKLAMPSIA DENGAN PERDARAHAN POST PARTUM DI RUMAH SAKIT UMUM HATI MULIA TAHUN 2015-2017

Ni Nyoman Widiastiti¹Melania Asi²Sultina Sarita²

Latar Belakang: Perdarahan postpartum merupakan penyebab utama tingginya angka kematian ibu (AKI). Kira-kira 14 juta wanita menderita perdarahan postpartum setiap tahunnya. Perdarahan postpartum menyebabkan kematian sebanyak 25-30% di negara berkembang.

Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan Untuk mengetahui hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017.

Metode Penelitian: Desain penelitian yang digunakan ialah observasional dengan rancangan *case control study*. Sampel penelitian adalah ibu bersalin yang mengalami perdarahan postpartum dan yang tidak mengalami perdarahan postpartum yang berjumlah 68 orang. Perbandingan sampel kasus kontrol 1:1 (34:34). Instrumen pengumpulan data berupa ceklist tentang kejadian preeklampsia dan perdarahan post partum. Data dianalisis dengan uji *Chi Square* dan untuk melihat besarnya risiko menggunakan uji *Odds Ratio* (OR).

Hasil Penelitian: Hasil penelitian menunjukkan Dari 1025 ibu bersalin terdapat 34 kasus (3,32%) kejadian perdarahan post partum di Rumah Sakit Hati Mulia Tahun 2015-2017. Dari 68 ibu bersalin terdapat 36 kasus (52,9%) kejadian preeklampsia Di Rumah Sakit Hati Mulia Tahun 2015-2017. Ada hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017 ($p=0,015$; $X^2=5,903$). Ibu hamil preeklampsia bersiko 3,378 kali untuk mengalami perdarahan post partum ($OR=3,378$; $CI95\%=1,246-9,157$).

Kata kunci : preeklampsia, perdarahan post partum

¹ Mahasiswa Prodi D-IV Kebidanan Poltekkes Kendari

² Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN POST PARTUM PREECLAMPSIA IN THE 2015-2017 GENERAL HOSPITALS

Ni Nyoman Widiastiti¹Melania Asi²Sultina Sarita²

Background: Hemorrhagic hemorrhage is the main cause of death mortality (AKI). Approximately 14 million women suffer from hemorrhagic bleeding every year. Bleeding postpartum causes pregnancy as much as 25-30% in developing countries
Objective: This study aims to determine the relationship between preeclampsia and post partum bleeding at Hati Mulia General Hospital in 2015-2017.

Research Method: The research design used was observational with a case control study design. The sample of the study were women who had postpartum hemorrhage and who did not experience postpartum hemorrhage, which amounted to 68 people. Comparison of 1: 1 case control samples (34:34). Data collection instruments were in the form of a checklist about the incidence of preeclampsia and post partum hemorrhage. Data were analyzed by Chi Square test and to see the magnitude of the risk using the Odds Ratio (OR) test.

Results: The results showed that out of 1025 maternity women there were 34 cases (3.32%) of post partum haemorrhagic events in Hati Mulia Hospital in 2015-2017. Of the 68 women giving birth, there were 36 cases (52.9%) of the incidence of preeclampsia at Hati Mulia Hospital in 2015-2017. There was a relationship between preeclampsia and post partum bleeding at Hati Mulia General Hospital in 2015-2017 ($p = 0.015$; $X^2 = 5.903$). Preeclamptic pregnant women have a risk of 3,378 times to experience post partum hemorrhage (OR = 3,378; CI95% = 1,246-9,157).

Keywords: preeclampsia, post partum hemorrhage

1 Student of D-IV Midwifery Study Program, Poltekkes Kendari

2 Lecturers of the Department of Midwifery, Poltekkes Kendari

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas merupakan masalah kesehatan utama bagi kesehatan wanita, karena merupakan penyebab terbesar kematian ibu dan bayi. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 585.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, sekitar satu perempuan meninggal setiap menitnya (Estina dkk, 2010). Penyebab terjadi kematian ibu adalah perdarahan postpartum, preeklampsia/eklampsia dan infeksi (WHO, 2013). Angka kejadiannya lebih banyak terjadi dinegara berkembang dibanding negara maju. Hal ini karena dinegara maju perawatan kehamilannya lebih baik.

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia berdasarkan hasil survey demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan adanya peningkatan AKI dari tahun sebelumnya 2007. AKI Indonesia pada tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup meningkat menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun tahun 2015 AKI di Indonesia berjumlah 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017). Jumlah kematian Ibu di Sulawesi tenggara pada tahun 2014 tercatat ada 65 kasus. Jumlah tersebut terus meningkat. Pada tahun 2015 jumlah sebanyak 67 kasus dan pada tahun

2017 tercatat 74 kasus kematian ibu (Dinkes Sultra, 2017). Penyebab utama yang menyumbang angka kematian ibu di Indonesia yaitu perdarahan sebanyak 32%, hipertensi dalam kehamilan 25%, infeksi 5%, partus lama 5%, penyebab lain 1%. Penyebab lain-lain yaitu 32% cukup besar, termasuk didalamnya penyebab penyakit non obstetric (BKKBN, 2013).

Perdarahan postpartum merupakan penyebab utama tingginya angka kematian ibu (AKI). Kira-kira 14 juta wanita menderita perdarahan postpartum setiap tahunnya. Perdarahan postpartum menyebabkan kematian sebanyak 25-30% di negara berkembang (Sosa, 2014). Pada tahun 2013, perdarahan yaitu terutama perdarahan postpartum menyebabkan kematian ibu sebanyak 30,3% di Indonesia. Selain perdarahan, penyebab kematian ibu tertinggi lainnya adalah hipertensi dalam kehamilan, infeksi, partus lama dan abortus (Kemenkes RI, 2017).

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 (Chunningham, 2012), 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 kehilangan darah antara 500 ml atau lebih selama bersalin ataupun masa nifas. Perdarahan postpartum pada 24 jam pertama menyebabkan kematian ibu sebesar 45%, 68-73% dalam satu minggu setelah bayi lahir, dan 82-88% dalam dua minggu setelah bayi lahir (Saifuddin, 2012). Perdarahan postpartum dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain perdarahan dari tempat implantasi plasenta yang terdiri dari hipotoni akibat anestesi, distensi berlebihan, atonia uteri, multiparitas, dan sisa plasenta. Perdarahan postpartum juga disebabkan oleh faktor robekan jalan lahir, ruptura uteri, preeklampsia, kasus trombofilia, solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan dan emboli air ketuban (Astuti, Mifbakhuddin dan Meikawati, 2014).

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin, 2012). Pada ibu dengan preeklampsia mengalami penurunan volume plasma yang mengakibatkan hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Vasospasme siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah. Keadaan seperti ini menyebabkan terjadinya hipofibrinogemia (kurangnya zat fibrinogen dalam darah). Jika fibrinogen dalam darah berkurang cukup banyak, maka perdarahan pada saat proses persalinan akan sulit dihentikan. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya perdarahan (Yuliawati, 2015).

Hasil penelitian Manik dkk (2015) menyatakan bahwa terdapat hubungan status preeklampsia dengan kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin di RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung periode 1 Juli 2014–30 Juni 2015. Demikian pula hasil penelitian Isnawati dan Rokhayati (2017) menyatakan ada hubungan usia dan riwayat preeklampsia dengan kejadian perdarahan *postpartum* pada ibu bersalin di RS PKU Muhammadiyah Bantul tahun 2014-2016. Hasil penelitian Yuliawati dan Anggraini (2015) juga menyatakan ada hubungan antara pre eklamsia, retensio plasenta, atonia uteri dan laserasi jalan lahir dengan perdarahan post partum pada ibu nifas di RSU Muhammadiyah Kota Metro tahun 2013.

Hasil studi awal di rumah sakit Hati Mulia Kendari jumlah ibu yang mengalami perdarahan post partum tahun 2015 sebanyak 11 ibu (3,39%) dari 324 ibu bersalin, tahun 2016 sebanyak 10 ibu (3,21%) dari 311 ibu bersalin dan tahun 2017 sebanyak 13 ibu (3,33%) dari 390 ibu bersalin. Ibu bersalin yang mengalami preeklamsia tahun 2015 sebanyak 44 orang (13,58%). Pada tahun 2016 sebanyak 34 orang (10,93%) yang mengalami preeklamsia. Pada tahun 2017 sebanyak 33 orang (8,46%) yang mengalami preeklamsia (Medikal Record RS Hati Mulia, 2018). Data tersebut menunjukkan bahwa kejadian perdarahan post patum dan preeklamsia mengalami peningkatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, dapat dirumuskan masalah penelitian adalah apakah ada hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi kejadian perdarahan post partum di Rumah Sakit Hati Mulia tahun 2015-2017.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Hati Mulia tahun 2015-2017.
- c. Menganalisis hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Ibu Hamil dan Bersalin

Untuk menambah wawasan ibu tentang perdarahan post partum sehingga faktor risiko kejadian perdarahan post partum dapat dihindari.

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Dapat mengetahui hubungan preeklamsia dengan kejadian perdarahan post partum sehingga dapat mengantisipasi kejadian perdarahan post partum.

3. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk dokumentasi agar dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian Satriyandari dan Hariyati (2017) yang berjudul faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian perdarahan *postpartum*. Perbedaan penelitian ini adalah variabel bebas penelitian. Variabel penelitian ini adalah preeklampsia, sedangkan Satriyandari dan Hariyati adalah paritas, anemia, oksitosin drip.
2. Penelitian Hazmi (2015) yang berjudul perdarahan *postpartum* di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta tahun 2013-2014. Perbedaan penelitian ini adalah variabel bebas penelitian. Variabel penelitian ini adalah preeklampsia, sedangkan Hazmi adalah paritas, umur, jarak kehamilan, frekuensi ANC.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Perdarahan Postpartum

a. Pengertian

Perdarahan postpartum (PPP) didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesaria (Wiknjosastro, 2016).

b. Etiologi Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum bisa disebabkan karena :

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 (Wiknjosastro, 2016). 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 (Rueda *et al.*, 2013). Atonia uteri merupakan penyebab paling banyak PPP, hingga sekitar 70% kasus. Atonia dapat terjadi setelah persalinan vaginal, persalinan operatif ataupun persalinan abdominal. Penelitian sejauh ini membuktikan bahwa atonia uteri lebih tinggi pada persalinan abdominal dibandingkan dengan persalinan vaginal (Edhi, 2013).

2) 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 forseps atau vakum ekstraksi,

atau karena versi ekstraksi (Prawirohardjo, 2015). 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 sfingter ani eksternal.

d. Derajat empat

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

3) 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 merupakan etiologi tersering kedua dari perdarahan postpartum (20-30% kasus). Kejadian ini harus didiagnosis secara dini karena retensio

plasenta sering dikaitkan dengan atonia uteri untuk diagnosis utama sehingga dapat membuat kesalahan diagnosis. Pada retensio plasenta, risiko untuk mengalami PPP 6 kali lipat pada persalinan normal (Ramadhani, 2011). Terdapat jenis retensio plasenta antara lain (Saifuddin, 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.

4) Koagulopati

Perdarahan postpartum juga dapat terjadi karena kelainan pada pembekuan darah. Penyebab tersering PPP

adalah atonia uteri, yang disusul dengan tertinggalnya sebagian plasenta. Namun, gangguan pembekuan darah dapat pula menyebabkan PPP. 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* (Wiknjosastro, 2016). 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 PPP dapat dilakukan sebelumnya (Anderson, 2015).

c. Klasifikasi Perdarahan Postpartum

Klasifikasi klinis perdarahan postpartum yaitu (Manuaba, 2014) :

1. Perdarahan Postpartum Primer yaitu 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 yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

d. Faktor Risiko

Faktor risiko PPP dapat ada saat sebelum kehamilan, saat kehamilan, dan saat persalinan. Faktor risiko sebelum kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, dan riwayat perdarahan postpartum. Faktor risiko selama kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, riwayat perdarahan postpartum, kehamilan ganda, plasenta previa, preeklampsia, dan penggunaan antibiotik. Sedangkan untuk faktor risiko saat persalinan meliputi plasenta previa anterior, plasenta previa mayor, peningkatan suhu tubuh $>37^{\circ}$, korioamnionitis, dan retensio plasenta (Briley *et al.*, 2014).

Meningkatnya usia ibu merupakan faktor independen terjadinya PPP. Pada usia lebih tua jumlah perdarahan lebih besar pada persalinan sesar dibanding persalinan vaginal. Secara konsisten penelitian menunjukkan bahwa ibu yang hamil kembar memiliki 3-4 kali kemungkinan untuk mengalami PPP (Anderson, 2012). Perdarahan postpartum juga berhubungan dengan obesitas. Risiko perdarahan akan meningkat dengan meningkatnya indeks massa tubuh. Pada wanita dengan indeks massa tubuh lebih dari 40 memiliki resiko sebesar 5,2% dengan persalinan normal (Blomberg, 2011).

e. Gejala Klinik Perdarahan Postpartum

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran PPP yang dapat menggecohkan 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, dan lain-lain (Wiknjosastro, 2016).

f. Penatalaksanaan

Penanganan pasien dengan PPP 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 (Edhi, 2013). 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 (WHO, 2012).

g. Pencegahan

Klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko 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 risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah PPP (Prawirohardjo, 2016). Pencegahan PPP 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 (Edhi, 2013).

Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selama kala III persalinan untuk mencegah perdarahan postpartum. Oksitosin (IM/IV10 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 (WHO, 2012).

2. Preeklampsia

a. Pengertian

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin,

2012). Preeklamsia adalah kumpulan gejala penyakit yang terdiri dari trias HPE atau disebut dengan hipertensi, proteinuria dan edema. Preeklamsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Saifuddin, 2012).

b. Etiologi

Penyebab preeklamsi sampai sekarang belum diketahui. Telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab-musabab penyakit tersebut, tetapi tidak ada yang memberi jawaban yang memuaskan. Ada teori yang menyebutkan tentang penyebab preeklamsia yaitu iskemia plasenta. Akan tetapi, dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit itu (Saifuddin, 2012).

c. Gejala-gejala preeklampsia

Preeklamsia digolongkan preeklamsia ringan dan preeklamsia berat dan gejala serta tanda sebagai berikut (Saifuddin, 2012):

1) Preeklamsia ringan.

- a) Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 Jam.
- b) Tekanan darah diastole 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan jam.
- c) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam satu minggu.

- d) Proteinuria (protein dalam urin) 0,3 gr setelah kehamilan 20 minggu dimana partikel protein yang padat ditemukan dalam urin sesudah urin dididihkan, sebagai akibat dari kerusakan yang sebenarnya pada ginjal, proteinuria merupakan tanda bahwa peristiwa preeklamsia tersebut serius.
- e) Edema pada wajah, tangan (menggunakan cincin yang terlalu ketat).

2. Preeklamsia berat

Sakit kepala, pandangan kabur, tidak dapat melihat cahaya yang terang, Kelelahan, mual/muntah, Sedikit buang air kecil (BAK), Sakit di perut bagian kanan atas, napas pendek dan cenderung mudah cedera.

d. Patofisiologi

Menurut Saifuddin (2012) perubahan pokok yang didapatkan pada preeklamsia adalah spasmus pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. spasmus yang hebat terjadi pada arteri glomerulus, kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan cairan yang berlebihan dalam ruang interstitial belum diketahui sebabnya, telah diketahui bahwa pada preeklamsia dijumpai kadar aldosteron yang rendah dan konsentrasi prolaktin yang tinggi dari pada kehamilan yang normal. Aldosteron penting untuk mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air dan

natrium.pada preeklamsia, permeabelitas pembuluh darah terhadap protein meningkat. Selain itu, perubahan fisiologi juga terjadi pada (Saifuddin, 2012) :

1) Plasenta dan uterus

Menurunnya darah keplasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta, kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap perangsangan sering didapat kan pada preeklamsia dan eklamsia sehingga mudah terjadi partus prematurus.

2) Ginjal

Perubahan pada ginjal disebabkan aliran darah pada ginjal menurun, sehingga menyebabkan filtrasi glomeurus mengurang. Kelainan pada ginjal yang penting ialah dalam hubungan dengan proteinuria dan mungkin sekali juga dengan retensi garam dan air.

3) Retina

Tampak edema retina, spasmus setempat/menyeluruh pada satu/beberapa arteri, jarang terlihat perdarahan/eksudat.

4) Paru-paru

Terjadi edema paru-paru yang disebabkan oleh dekompensasio kordis kiri.

5) Metabolisme air dan elektrolit

Terjadi hemokonsentrasi yang menyertai preeklamsia. Terjadi pergeseran cairan dari ruang intra vaskuler ke ruang interstisial

yang diikuti oleh kenaikan hematokrit, peningkatan protein serum, dan sering bertambahnya edema, menyebabkan volume darah berkurang, fiskositet darah meningkat, waktu peredaran darah tepi lebih lama. jumlah air dan natrium dalam badan lebih banyak pada penderita preeklamsia.

e. Diagnosis

Pada umumnya diagnosis pre-eklampsia didasarkan atas adanya 2 dari trias tanda utama yaitu hipertensi, edema dan proteinuria. Hal ini berguna untuk kepentingan statistik, akan tetapi dapat merugikan penderita karena tiap tanda dapat merupakan bahaya kematian. Adanya sesuatu tanda harus menimbulkan kewaspadaan, apalagi oleh karena cepat tidaknya penyakit meningkat tidak dapat diramalkan, dan bila eklampsia terjadi, maka prognosis bagi ibu maupun janin menjadi jauh lebih buruk. Tiap kasus pre-eklampsia oleh sebab itu harus ditangani dengan sungguh-sungguh diagnosis deferensial antara preeklamsia dengan hipertensi menahun atau penyakit ginjal tidak jarang menimbulkan kesukaran.pada hipertesi menahun adanya tekanan darah yang meninggi sebelum hamil dan kehamilan muda (Saifuddin, 2012).

f. Klasifikasi Preeklampsia

Preeklampsia digolongkan dalam preeklampsia ringan dan preeklampsia berat dengan gejala dan tanda (Saifuddin, 2012) sebagai berikut:

1) Preeklampsia ringan

- a) Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- b) Tekanan darah diastolik 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- c) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu.
- d) Edema umum, kaki, jari tangan dan muka.
- e) Proteinuria 0,3 gr atau lebih dengan tingkat kualitatif 1 sampai 2 pada urin kateter atau urin aliran pertengahan.

2) Preeklampsia berat

Diagnosa PEB ditegakkan apabila pada kehamilan >20 minggu didapatkan satu/lebih gejala/tanda di bawah ini:

- a) Tekanan darah 160/110 mmHg Ibu hamil dalam keadaan relaksasi (pengukuran tekanan darah minimal setelah istirahat 10 menit).
- b) Ibu hamil tidak dalam keadaan his.
- c) Oligouria, urin kurang dari 500 cc/24 jam.
- d) Proteinuria 5 gr/liter atau lebih atau 4+ pada pemeriksaan secara kuantitatif.

- e) Terdapat edema paru dan sianosis.
- f) Gangguan visus dan serebral.
- g) Keluhan subjektif Nyeri epigastrium.
- h) Gangguan penglihatan Nyeri kepala.
- i) Gangguan pertumbuhan janin intrauteri.
- j) Pemeriksaan trombosit.

g. Pencegahan kejadian Pre-eklampsia

Preeklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang berkelanjutan dengan penyebab yang sama. Oleh karena itu, pencegahan atau diagnosis dini dapat mengurangi kejadian dan menurunkan angka kesakitan dan kematian. Untuk mencegah kejadian pre eklampsia ringan dapat dilakukan nasehat tentang dan berkaitan dengan (Saifuddin, 2012):

1) Diet-makanan

Makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin dan rendah lemak. Kurangi garam apabila berat badan bertambah atau edema. Makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna. Untuk meningkatkan jumlah protein dengan tambahan satu butir telur setiap hari.

2) Cukup istirahat

Istirahat yang cukup pada saat hamil semakin tua dalam arti bekerja seperlunya disesuaikan dengan kemampuan. Lebih

banyak duduk atau berbaring kearah kiri sehingga aliran darah menuju plasenta tidak mengalami gangguan.

3) Pengawasan antenatal

Bila terjadi perubahan perasaan dan gerak janin dalam rahim segera datang ke tempat pemeriksaan. Keadaan yang memerlukan perhatian:

- 1) Uji kemungkinan Pre eklampsia: (1) Pemeriksaan tekanan darah atau kenaikannya. (2) Pemeriksaan tinggi fundus uteri (3) Pemeriksaan kenaikan berat badan atau edema. (4) Pemeriksaan protein dalam urin. (5) Kalau mungkin dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal, fungsi hati, gambaran darah umum dan pemeriksaan retina mata.
- 2) Penilaian kondisi janin dalam rahim. (1) Pemantauan tinggi fundus uteri. (2) Pemeriksaan janin: gerakan janin dalam rahim, denyut jantung janin, pemantauan air ketuban.

h. Penatalaksanaan

Untuk penatalaksanaan preeklamsia tergantung dengan preeklamsia ringan dan preeklamsia berat sebagai berikut:

- 1) Preeklamsia ringan ada 2 cara yaitu:
 - a) Dengan rawat jalan dilakukan dengan banyak tirah baring, diet cukup protein rendah karbohidrat lemak dan garam, sedative ringan yaitu diberikan tablet phenobarbital 3x30 mg/deazepam 3x2 mg per oral selama 7 hari, roborantia,

kunjungan ulang setiap 1 minggu sekali, pemeriksaan laboratorium.

- b) Preeklamsia ringan dengan rawat inap, setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala preeklamsia meliputi kenaikan berat badan ibu naik 1 kg/lebih per minggu selama 2 minggu berturut-turut (2 minggu).

2) Preeklampsia berat

Dilihat dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala preeklamsia berat selama perawatan maka perawatan dibagi menjadi:

- a) Perawatan aktif yaitu kehamilannya harus segera diakhiri dimana ada beberapa indikasi:
 1. Dari ibu antara lain usia kehamilan 37 minggu atau lebih, adanya tanda dan gejala impending eklamsia, kegagalan konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan medikasi terjadi kenaikan desakan darah atau setelah 24 jam setelah perawatan medisinal.
 2. Dari janin antara lain adanya tanda IUGR, hasil fetal assesment jelek (NST&USG).
- b) Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medisinal dengan indikasi bila kehamilan preterm kurang 37 minggu

tanpa disertai tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik.

- (1) MgSO₄ tidak diberikan intravenous cukup hanya intramuskuler dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan.
- (2) Pengobatan obstetri selama perawatan konservatif yaitu dengan observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi/pengakiran kehamilan, MgSO₄ dihentikan bila ibu sudah mempunyai tanda preeklamsia ringan selambat-lambatnya 24 jam, bila setelah 24 jam tidak ada perubahan maka pengobatan medisial dianggap gagal dan harus terminasi, bila sebelum 24 jam hendak dilakukan tindakan maka diberi lebih dahulu MgSO₄ 20% 2 gram intravenios (Saifuddin, 2012).

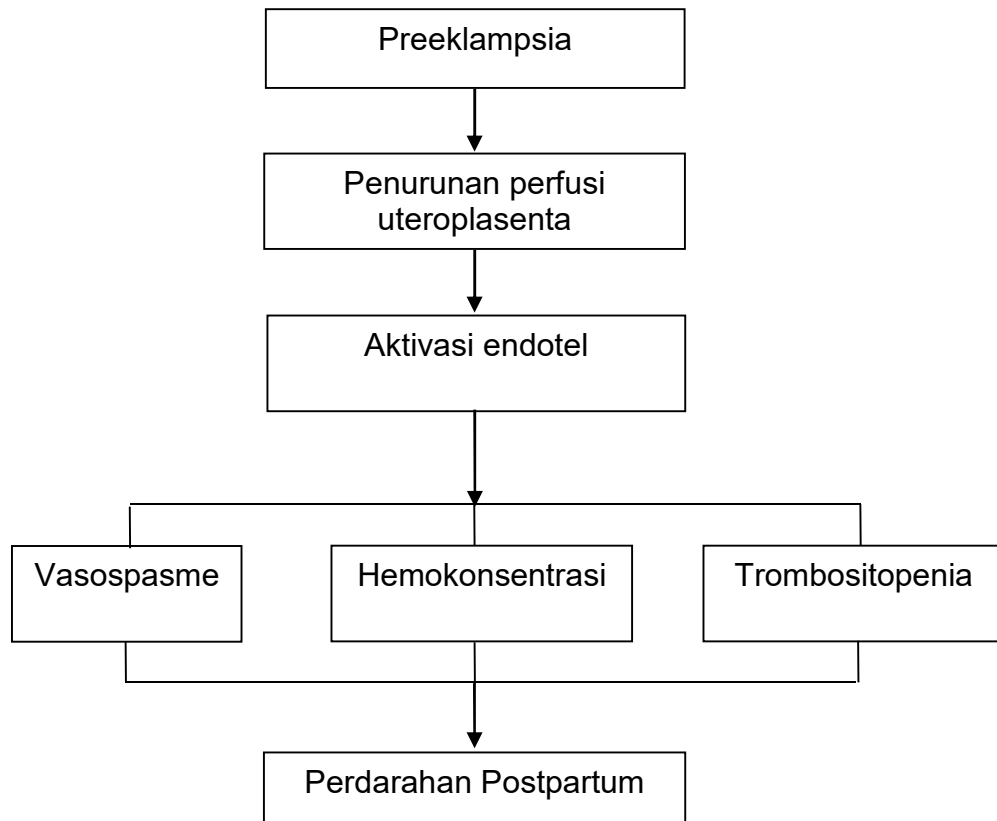
B. Landasan Teori

Perdarahan postpartum (PPP) didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesaria (Wiknjosastro, 2016). Penyebab perdarahan postpartum adalah atonia uteri, laserasi jalan lahir, retensio plasenta, koagulopati. Faktor risiko perdarahan postpartum dapat ada saat sebelum kehamilan, saat kehamilan, dan saat persalinan. Faktor risiko sebelum kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, dan riwayat perdarahan postpartum. Faktor risiko selama kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, riwayat perdarahan postpartum, kehamilan ganda, plasenta previa, preeklampsia, dan penggunaan antibiotik. Sedangkan untuk faktor risiko saat persalinan meliputi plasenta previa anterior, plasenta previa mayor, peningkatan suhu tubuh $>37^{\circ}$, korioamnionitis, dan retensio plasenta (Briley *et al.*, 2014).

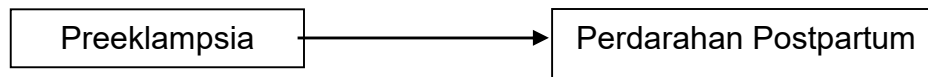
Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan. ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin, 2012). Pada ibu dengan preeklampsia mengalami penurunan volume plasma yang mengakibatkan hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Vasospasme siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah. Keadaan seperti ini menyebabkan terjadinya hipofibrinogemia (kurangnya zat fibrinogen dalam darah). Jika

fibrinogen dalam darah berkurang cukup banyak, maka perdarahan pada saat proses persalinan akan sulit dihentikan. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya perdarahan (Yuliawati, 2015).

C. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori dimodifikasi dari Yuliawati (2015); Saifuddin (2012); Briley *et al.*, (2014); Wiknjastro (2016)

D. Kerangka konsep

Keterangan

Variabel bebas: preeklamsia

Variable terikat: perdarahan postpartum

E. Hipotesis Penelitian

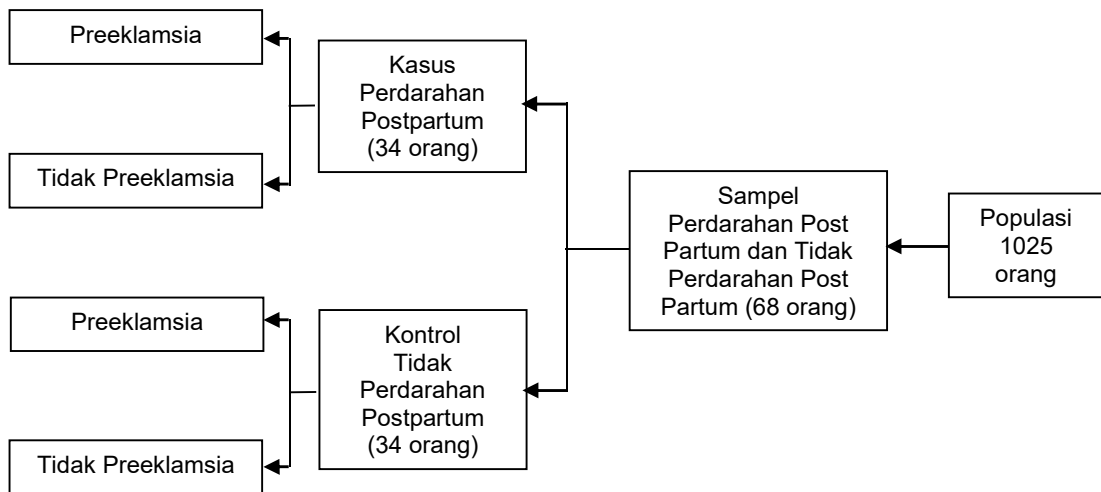
Ada hubungan preeklampsia dengan kejadian perdarahan postpartum di RS Hati Mulia.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik dengan rancangan *Case Control*.



Gambar 3. Skema rancangan penelitian

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Rumah Sakit Hati Mulia Kendari pada bulan Juli tahun 2018.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin di Rumah Sakit Hati Mulia Kendari tahun 2015-2017 berjumlah 1025 orang.
2. Sampel dalam penelitian adalah ibu bersalin yang mengalami perdarahan postpartum dan yang tidak mengalami perdarahan

postpartum yang berjumlah 68 orang. Perbandingan sampel kasus kontrol 1:1 (34:34).

a. Kasus: ibu bersalin yang mengalami Perdarahan postpartum pada tahun 2015-2017 yang berjumlah 34 orang. Teknik pengambilan sampel kasus secara total sampling, dimana seluruh ibu bersalin yang mengalami Perdarahan postpartum diambil sebagai kasus.

b. Kontrol: ibu bersalin yang tidak mengalami Perdarahan postpartum yang berjumlah 34 orang. Teknik pengambilan sampel kontrol secara sistematis random sampling, dimana seluruh ibu bersalin yang tidak mengalami Perdarahan postpartum diurut memakai nomor, lalu dari 991 orang ibu bersalin yang tidak mengalami Perdarahan postpartum dibagi jumlah kontrol yang diambil $991:34 = 29,15$, sehingga sampel untuk kontrol adalah kelipatan 29.

D. Variabel Penelitian

1. Variabel terikat (*dependent*) yaitu perdarahan postpartum.
2. Variabel bebas (*independent*) yaitu preeklamsia.

E. Definisi Operasional

1. Perdarahan postpartum adalah kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesaria sesuai dengan status ibu.

Kriteria objektif

- a. Perdarahan postpartum
- b. Tidak perdarahan postpartum

(Wiknjosastro, 2016)

Skala ukur adalah nominal.

- 2. Preeklamsia adalah keadaan ibu hamil dengan tekanan darah \geq 140/90 mmHg yang disertai adanya protein dalam urin sesuai dengan status ibu. Skala ukur adalah nominal.

Kriteria objektif

- a. Preeklamsia
- b. Tidak preeklamsia

(Wiknjosastro, 2016)

Skala ukur adalah nominal.

F. Jenis dan Sumber Data Penelitian

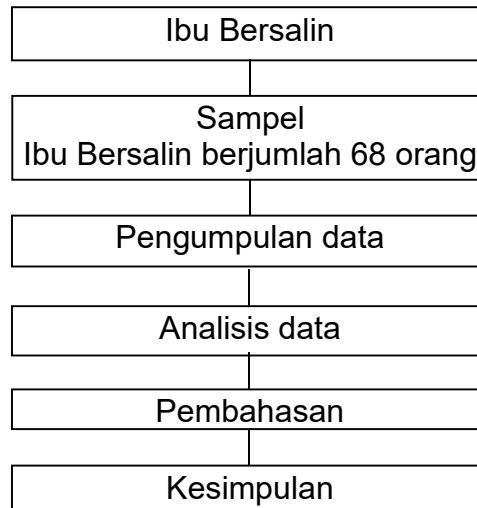
Jenis data adalah data sekunder. Data diperoleh dari buku register di Rumah Sakit Hati Mulia Kendari tahun 2015-2017.

G. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar *checklist* tentang kejadian perdarahan postpartum dan preeklamsia.

H. Alur Penelitian

Alur penelitian dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 5 : Alur Penelitian hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017

I. Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpul, diolah dengan cara manual dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Editing

Dilakukan pemeriksaan/pengecekan kelengkapan data yang telah terkumpul, bila terdapat kesalahan atau berkurang dalam pengumpulan data tersebut diperiksa kembali.

2. Coding

Hasil jawaban dari setiap pertanyaan diberi kode angka sesuai dengan petunjuk.

3. Tabulating

Untuk mempermudah analisa data dan pengolahan data serta pengambilan kesimpulan data dimasukkan ke dalam bentuk tabel distribusi.

b. Analisis data

1. Univariat

Data diolah dan disajikan kemudian dipresentasikan dan uraikan dalam bentuk table dengan menggunakan rumus:

$$X = \frac{f}{n} \times K$$

Keterangan :

f : variabel yang diteliti

n : jumlah sampel penelitian

K: konstanta (100%)

X : Persentase hasil yang dicapai

2. Bivariat

Untuk mendeskripsikan hubungan antara *independent variable* dan *dependent variable*. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square*. Adapun rumus yang digunakan untuk *Chi-Square* adalah :

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan :

Σ : Jumlah

X^2 : Statistik Shi-Square hitung

f_o : Nilai frekuensi yang diobservasi

f_e : Nilai frekuensi yang diharapkan

Pengambilan kesimpulan dari pengujian hipotesa adalah ada hubungan jika p value $< 0,05$ dan tidak ada hubungan jika p value $> 0,05$ atau X^2 hitung $\geq X^2$ tabel maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti ada hubungan dan X^2 hitung $< X^2$ tabel maka H_0 diterima dan H_1 ditolak yang berarti tidak ada hubungan.

Untuk mendeskripsikan risiko *independent variable* pada *dependent variable*. Uji statistik yang digunakan adalah perhitungan *Odds Ratio* (OR). Mengetahui besarnya OR dapat diestimasi factor risiko yang diteliti. Perhitungan OR menggunakan tabel 2x2 sebagai berikut:

Tabel 1
Tabel Kontegensi 2 x 2 *Odds Ratio* Pada Penelitian *Case Control Study*

Faktor risiko	Kejadian Perdarahan Postpartum		Jumlah
	Kasus	Kontrol	
Positif	a	b	a+b
Negatif	c	d	c+d

Keterangan :

a : jumlah kasus dengan risiko positif

b : jumlah kontrol dengan risiko positif

c : jumlah kasus dengan risiko negatif

d : jumlah kontrol dengan risiko negatif

Rumus *Odds ratio*:

Odds case : $a/(a+c) : c/(a+c) = a/c$

Odds control : $b/(b+d) : d/(b+d) = b/d$

Odds ratio : $a/c : b/d = ad/bc$

Estimasi *Confidence Interval* (CI) ditetapkan pada tingkat kepercayaan 95% dengan interpretasi:

Jika $OR > 1$: faktor yang diteliti merupakan faktor risiko

Jika $OR = 1$: faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko (tidak ada hubungan)

Jika $OR < 1$: faktor yang diteliti merupakan faktor protektif

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Letak Geografis

Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia terletak di bagian barat daya Kota Kendari, yang secara geografis berada di titik koordinat - 4° 1' 17.241" pada garis lintang dan 122° 30' 9.054" pada garis bujur, yang untuk lebih jelasnya Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia beralamat di Jalan D. I. Panjaitan Nomor 243, Kelurahan Wundudopi, Kecamatan Baruga, Kota Kendari, Provinsi Sulawesi Tenggara.

2. Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik adalah salah satu unsur yang harus diberdayakan sehingga menimbulkan rasa nyaman, tentram, dan dapat meningkatkan hasil kerja yang baik untuk meningkatkan kinerja organisasi (Sihombing, 2014). Lingkungan kerja fisik adalah segala sesuatu yang ada di sekitar para pekerja yang dapat mempengaruhi dirinya dalam menjalankan tugas-tugas yang dibebankan, misalnya penerangan, suhu udara, ruang gerak, keamanan, kebersihan, musik dan lain-lain (Nawawi, 2011). Adapun lingkungan fisik pada Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia dapat diuraikan sebagai berikut:

Rumah Rakit Bersalin Hati Mulia berdiri diatas lahan seluas \pm 3.204 M² dengan bangunan gedung seluas \pm 1.192 M² yang terdiri atas dua bagian bangunan yaitu bangunan lama (bawah) dan bangunan baru (atas). Bangunan lama (bawah) terdiri saat ini sementara dalam tahap renovasi yang rencananya terdiri dari ruangan Poli, Reception, VIP Umum, Apotik, IGD, Ruang Observasi, Rekam Medik, Ruang Persiapan Operasi 1, Ruang Persiapan Operasi 2, Ruang Operasi, Ruang Laboratorium, Ruang Radiologi, dan dapur. Adapun Bangunan baru (atas) adalah bangunan 2 (dua) lantai yang terdiri dari 19 kamar/ruangan yaitu Kantor, Ruang Poli, Ruang Kebidanan, Kantin, Kamar Kelas 3, Kelas 2, Kelas 1B, Kelas 1A, VIP V, VIP IV, VIP III, VIP II, dan VIP I pada lantai dasar, serta Ruang Bangsal, Ruang Karantina, Ruang Pertemuan, dan Ruang Senam Ibu Hami pada lantai 2.

Adapun variable upaya kesehatan lingkungan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

- a. Lantai dengan kondisi utuh, bersih, kedap air, rata, tidak licin, dan mudah dibersihkan;
- b. Dinding dengan kondisi rata, bersih, berwarna terang, dan mudah dibersihkan;
- c. Ventilasi 15% luas lantai, alam, mekanis/AC;
- d. Atap tidak bocor;

- e. Langit-langit 2,7 s.d 3,3 m dari lantai, kuat, dan berwarna terang;
 - f. Konstruksi Balkon berenda dan talang, tidak ada genangan air, dan tidak ada jentik nyamuk;
 - g. Pintu dengan kondisi baik dan kuat;
 - h. Pagar dengan kondisi aman dan kuat;
 - i. Halaman, taman ,dan tempat parker dengan kondisi bersih, tidak berdebu, tidak becek, dan mampu menampung kendaraan;
 - j. Jaringan instalasi dengan kondisi aman dan terlindung;
 - k. Saluran air limbah dengan kondisi lancar dan tertutup.
2. Ruang Bangunan
- a. Ruang perawatan berdasarkan ratio luas lantai dengan jumlah tempat tidur, tidak berbau, pencahayaan baik/cukup, suhu kamar rata-rata 28°C, dan tidak bising;
 - b. Lingkungan Rumah Sakit yang bebas asap rokok, saluran limbah tertutup, drainase mengalir lancar, dan penerangan yang baik;
 - c. Ruang operasi yang bebas kuman pathogen, dinding terbuat dari porselin, pintu selalu tertutup, lantai tidak bercelah, tinggi langit-langit 2,7 s.d 3,3 m dari lantai, dan suhu serta kelembaban baik;

- d. Ruang laboratorium dengan dinding porselin/keramik, lantai dan meja tahan terhadap bahan kimia dan getaran, dilengkapi dengan dapur, toilet dan kamar mandi, tinggi langit-langit dari lantai standar;
- e. Toilet dan kamar mandi dengan ratio 1:10 dengan tempat tidur tersedia pada setiap ruang/ unit.

3. Penyehatan Makanan dan Minuman

- a. Bahan makanan, minuman jadi dan minuman memenuhi syarat/standar;
- b. Tersedia tempat penyiapan bahan makanan dan minuman;
- c. Penyajian makanan dan minuman diantar langsung oleh petugas gizi/dapur kepada pasien;
- d. Ruang pengelolaan makanan (dapur) dengan lantai yang bersih, pencahayaan baik, serta dilengkapi dengan sungkup dan eks house (sementara renovasi);
- e. Penjamahan makanan dan minuman tidak boleh berkuku panjang dan menggunakan pakaian pelindung.

4. Penyehatan Air

- a. Kuantitas air bersih dan air minum mencukupi;
- b. Kualitas air bersih dan air minum baik;
- c. Sumber air yaitu PDAM, air tanah yang diolah, distribusi tidak bocor dengan penampungan tertutup.

5. Pengolahan Limbah cair dengan menggunakan IPAL sederhana.
6. Tempat penyimpanan Linen menggunakan kran air dengan memisahkan infeksius dan non infeksius.
7. Pengendalian serangga dan tikus dengan menggunakan insektisida dan toksisitas rendah.
8. Dekontaminasi melalui disinfeksi dan sterilisasi. Alat perlengkapan di sterilkan terlebih dahulu dengan menggunakan autoclave dan microwave, dikalibrasi minimal 1 tahun.
9. Penyuluhan kesehatan lingkungan dilakukan secara langsung dan tidak langsung terhadap karyawab, pasien, dan pengunjung.

3. Status Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia

Sebagaimana amanat pasal 21 Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit maka Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia saat ini berada di bawah PT.Hati Mulia Sejahtera, dan berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/1/2010 tentang Ijin Rumah Sakit, maka Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia adalah rumah sakit khusus yang memberikan pelayanan utama pada bidang kebidanan dan kandungan, yang berstatus badan hukum dengan Ijin Pendirian dari Walikota Kendari Nomor 56/IZN/XII/2010/001 tanggal 17

Desember 2010, dan Ijin Operasional Rumah Sakit Nomor 56/IZN/II/ 2014/001 tanggal 24 Pebruari 2014, berupa jenis ijin penyelenggaraan sementara yang telah diperpanjang dengan masa berlaku sampai dengan tanggal 24 Pebruari 2015, dan dengan Kode Rumah Sakit Nomor 7471002S.

4. Organisasi Dan Manajemen

Dengan berpedoman pada Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1045/Menkes/Per/Xi/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.

Manajemen pada Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia lebih diarahkan pada 3 (tiga) aspek yaitu ketatausahaan, pelayanan medis dan non medis, dan penunjang pelayanan barang, yang dilakukan secara terintegrasi dan koordinatif sehingga diharapkan mampu mencapai tujuan manajemen itu sendiri (efektivitas dan efisiensi), dan sekaligus mampu mewujudkan pencapaian tujuan organisasi.

5. Tugas Pokok Dan Fungsi

Selaras dengan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, maka Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan utama di bidang

kandungan dan kebidanan. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud di atas maka Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia mempunyai fungsi :

- a. Pelayanan medik persalinan dan perawatan bayi baru lahir;
- b. Pelayanan medik rawat jalan dan rawat inap ibu hamil dan keluarga berencana;
- c. Pelayanan medik rawat jalan khusus anak;
- d. Pelayanan medik kegawat daruratan sebelum dirujuk ke pusat rujukan yang lebih tinggi.

6. Sarana Dan Prasarana

Sarana yang tersedia pada Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia antara lain sebagai berikut:

- a. Ruang Perawatan Intensif;
- b. Ruang Bayi Bermasalah;
- c. Ruang Rawat Inap;
- d. Ruang Gawar Darurat;
- e. Ruang Operasi;
- f. Ruang Farmasi;
- g. Ruang Radiologi (sementara pembangunan);
- h. Ruang Laboratorium;
- i. Ruang Persalinan;
- j. Ruang Poliklinik Kandungan, Anak, dan Umum;
- k. Ruang Senam Ibu Hamil;

- l. Ruang Menyusui;
- m. Ruang Kantor;
- n. Ruang Kantin;
- o. Ruang Dapur;
- p. Ruang Laundry; dan
- q. Ruang Pertemuan.

Adapun prasarana pada Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia antara lain sebagai berikut:

- 1. Instalasi Air Bersih;
 - 2. Instalasi Listrik dan Elektrikal;
 - 3. Instalasi Pengolahan Limbah (cair dan padat);
 - 4. Instalasi Komunikasi (Telepon, Interkom, dan HT);
 - 5. Alat Pemadam Api Ringan (APAR); dan
 - 6. Kendaraan Ambulance.
7. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia antara lain sebagai Berikut:

- a. Radiologi berupa Ultra Sonography (USG): merupakan salah satu unit penunjang medik yang melakukan pemeriksaan dengan hasil berupa gambar dengan tujuan membantu dokter dalam menegakkan diagnose.

- b. Farmasi: Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia dilengkapi dengan Instalasi Farmasi untuk memudahkan pasien mendapatkan obat dan alat kesehatan yang dibutuhkan.
 - c. Pelayanan Umum dan Spesialis: Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan menyediakan pelayanan spesialis dan umum berupa poliklinik kandungan, anak, umum, dan gawat darurat.
 - d. Laboratorium: Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia memeberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan menyediakan pelayanan Patologi Klinik yang walaupun masih sederhana dan terbatas pada kimia klinik, imunoligi dan serologi, hematologi, dan urinalisasi;
 - e. Ambulance: Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia menyediakan pelayanan ambulance kepada pasien untuk mengantar pasien ke rumahnya atau mengantar pasien rujukan ke rumah sakit rujukan.
 - f. Perawatan: Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia menyediakan pelayanan pelayanan kepada pasien berupa rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
8. Fasilitas Tempat Tidur

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia, menyediakan fasilitas tempat tidur sebanyak 62 buah yang terdiri dari tempat tidur dewasa sebanyak 46

buah dan tempat tidur bayi (box) sebanyak 16 buah, dan untuk lebih jelasnya dapat diuraikan sebagai berikut:

1. VIP : 7 buah tempat tidur
2. Kelas I : 4 buah tempat tidur
3. Kelas II : 3 buah tempat tidur
4. Kelas III : 4 buah tempat tidur
5. Bangsal anak : 5 buah tempat tidur
6. Bangsal Dewasa : 14 buah tempat tidur
7. Kebidanan / VK : 5 buah tempat tidur
8. Isolasi : 3 buah tempat tidur
9. Poli Anak : 1 buah tempat tidur
10. Poli Kandungan : 1 buah tempat tidur
11. Observasi IGD : 2 buah tempat tidur
12. Pemulihan Operasi : 2 buah tempat tidur

9. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia pada Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia adalah totalitas jumlah tenaga kerja/orang yang bekerja atau memberikan pelayanan kepada masyarakat di Rumah Sakit Hati Mulia, yang secara keseluruhan berjumlah sebanyak 53 orang, dengan spesifikasi tenaga adalah sebagai berikut:

1. Tenaga pelayanan medis spesialistik, terdiri dari:
 - a. Kesehatan anak : 2 orang (dokter spesialis anak/part time);

- b. Bedah : 1 orang (dokter spesialis bedah/part time);
 - c. Kebidanan : 2 orang (dokter spesialis obgin/ 1 full time dan 1 part time);
 - d. Anastesi : 1 orang (dokter spesialis anastesi/part time);
2. Tenaga pelayanan penunjang medis, terdiri dari:
- a. Laboratorium : 1 orang;
 - b. Farmasi : 4 orang (1 apoteker, 3 asisten apoteker, 2 part time);
3. Tenaga Dokter Umum : 1 orang (part time);
4. Tenaga paramedic/Tenaga Kesehatan Masyarakat/Gizi/Analisis Kesehatan/Staf Lainnya, dengan uraian sebagai berikut:
- a. D3 Perawat : 11 orang
 - b. Bidan/D3 Kebidanan : 13 orang (2 part time);
 - c. Tenaga Kesehatan Masy : 1 orang (S1 Kesehatan Masy/full time);
 - d. Gizi : 1 orang (full time);
 - e. Penunjang lainnya.

10. Sumber Pembiayaan

Pembiayaan Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia bersumber dari anggaran PT. Hati Mulia Sejahtera dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit Bersalin Hati Mulia.

B. Hasil Penelitian

Penelitian hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017 telah dilaksanakan pada bulan pada bulan Juli 2017. Sampel penelitian adalah ibu bersalin yang mengalami perdarahan postpartum dan yang tidak mengalami perdarahan postpartum yang berjumlah 68 orang. Perbandingan sampel kasus kontrol 1:1 (34:34). Data yang telah terkumpul diolah dan dianalisis. Hasil penelitian terdiri dari analisis univariabel dan bivariabel. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut

1. Analisis Univariabel

Analisis univariabel adalah analisis tiap variabel. Analisis univariabel dilakukan untuk memperoleh gambaran setiap variabel baik variabel terikat maupun variabel bebas yang kemudian ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisis univariabel pada penelitian ini, yaitu analisis kejadian preeklampsia, perdarahan post partum. Hasil analisis univariabel sebagai berikut:

a. Distribusi Frekuensi Kejadian Perdarahan Post Partum Di Rumah Sakit Hati Mulia Tahun 2015-2017

Perdarahan post partum adalah kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesaria sesuai dengan status ibu. Perdarahan post partum pada penelitian ini dibagi mejadi dua yaitu perdarahan

post partum dan tidak perdarahan post partum. Hasil penelitian kejadian perdarahan post partum dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Kejadian Perdarahan Post Partum Di Rumah Sakit Hati Mulia Tahun 2015-2017

Kejadian Perdarahan Post Partum	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Perdarahan Post Partum	34	3,32
Tidak Perdarahan Post Partum	991	96,68
Total	1025	100

Sumber : Data Sekunder 2015-2017

Dari 1025 ibu, jumlah kejadian perdarahan post partum di Rumah Sakit Hati Mulia Tahun 2015-2017 sebanyak 34 kasus (3,32%).

b. Distribusi Frekuensi Kejadian Preeklamsia Di Rumah Sakit Hati Mulia Tahun 2015-2017

Preeklamsia adalah keadaan ibu hamil dengan tekanan darah \geq 140/90 mmHg yang disertai adanya protein dalam urin sesuai dengan status ibu. Preeklamsia pada penelitian ini dibagi dua yaitu preeklamsia dan tidak preeklamsia. Hasil penelitian tentang kejadian preeklamsia dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Kejadian Preeklampsia Di Rumah Sakit Hati Mulia
Tahun 2015-2017

Preeklampsia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Preeklampsia	36	52,9
Tidak Preeklampsia	32	47,1
Total	68	100

Sumber : Data Sekunder 2015-2017

Hasil penelitian menyatakan bahwa dari 68 responden, ibu yang mengalami preeklampsia sebanyak 36 orang (52,9%).

2. Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan untuk menganalisis hubungan dua variabel. Analisis bivariabel bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dapat digunakan *Uji Kai Kuadrat* atau *Chi Square*. Untuk melihat besarnya risiko, uji yang digunakan adalah *Odds Ratio* (OR). Analisis bivariabel pada penelitian ini yaitu analisis hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017. Hasil analisis bivariabel dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3
Hubungan Preeklampsia Dengan Perdarahan Post Patum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017

Preeklampsia	Perdarahan Post Patum				$X^2(p)$	OR (CI95%)
	Perdarahan Post Patum		Tidak Perdarahan Post Patum			
	n	%	n	%		
Preeklampsia	23	67,6	13	38,2	5,903	3,378
Tidak Preeklampsia	11	32,4	21	61,8	(0,015)	(1,246-9,157)

Sumber: Data Sekunder 2015-2017
 $p < 0,05$

Hasil analisis *Chi Square* dan nilai OR pada tabel 3 diperoleh hasil bahwa ada hubungan preeklampsia dengan perdarahan post patum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017 ($p=0,015$; $X^2=5,903$). Ibu hamil preeklampsia bersiko 3,378 kali untuk mengalami perdarahan post partum ($OR=3,378$; $CI95\%=1,246-9,157$).

C. Pembahasan

Hasil penelitian menyatakan bahwa ada hubungan preeklampsia dengan perdarahan post patum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017 ($p=0,015$; $X^2=5,903$). Ibu hamil preeklampsia bersiko 3,378 kali untuk mengalami perdarahan post partum ($OR=3,378$; $CI95\%=1,246-9,157$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Manik dkk (2015) menyatakan bahwa terdapat hubungan status preeklampsia dengan kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin di RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung periode 1 Juli 2014–30 Juni 2015. Demikian

pula hasil penelitian Isnawati dan Rokhayati (2017) menyatakan ada hubungan usia dan riwayat preeklampsia dengan kejadian perdarahan *postpartum* pada ibu bersalin di RS PKU Muhammadiyah Bantul tahun 2014-2016. Hasil penelitian Yuliawati dan Anggraini (2015) juga menyatakan ada hubungan antara preeklampsia, retensio plasenta, atonia uteri dan laserasi jalan lahir dengan perdarahan post partum pada ibu nifas di RSU Muhammadiyah Kota Metro tahun 2013.

Preeklampsia adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hipertensi, proteinuria dan edema yang timbul selama kehamilan atau sampai 48 jam postpartum. Umumnya terjadi pada trimester III kehamilan. Preeklampsia dikenal juga dengan sebutan *Pregnancy Induced Hypertension* (PIH) gestosis atau toksemia kehamilan (Maryunani, dkk, 2012). Menurut Chapman (2014) preeklampsia adalah merupakan kondisi khusus dalam kehamilan ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD) dan proteinuria. Bisa berhubungan dengan kejang (eklampsia) dan gagal organ ganda pada ibu, sementara komplikasi pada janin meliputi restriksi pertumbuhan dan abrapsio plasenta. Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada triwulan Ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa. Preeklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat (Abdul, dkk, 2016).

Menurut Mansjoer dkk (2014) preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Preeklampsia menurut Achdiat (2014) adalah suatu sindroma klinis dalam kehamilan (usia kehamilan >20 minggu dan/atau berat janin 500 gram) yang ditandai dengan hipertensi, proteinuria dan edema. Gejala ini dapat timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu bila terjadi penyakit trofoblastik. Preeklampsia adalah kondisi khusus dalam kehamilan, ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Bisa berhubung atau berlanjut menjadi kejang (eklampsia), sementara komplikasi pada janin meliputi restriksi pertumbuhan dan abrapsio plasenta/solusio plasenta (Maryunani, dkk, 2012).

Preeklampsia didefinisikan sebagai gangguan yang terjadi pada trimester kedua kehamilan dan mengalami regresi setelah kelahiran, ditandai dengan kemunculan sedikitnya dua dari tiga tanda utama, yaitu hipertensi, edema, dan proteinuria (Mary dan Mandy, 2014). Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2012). Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian preeklampsia dengan

memberikan penanganan dini pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2014).

Pada ibu dengan preeklampsia mengalami penurunan volume plasma yang mengakibatkan hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Vasospasme siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah. Keadaan seperti ini menyebabkan terjadinya hipofibrinogemia (kurangnya zat fibrinogen dalam darah). Jika fibrinogen dalam darah berkurang cukup banyak, maka perdarahan pada saat proses persalinan akan sulit dihentikan. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya perdarahan (Yuliawati, 2015).

Preeklampsia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya perdarahan post partum. Perdarahan postpartum juga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain perdarahan dari tempat implantasi plasenta yang terdiri dari hipotoni akibat anestesi, distensi berlebihan, atonia uteri, multiparitas, dan sisa plasenta, robekan jalan lahir, ruptura uteri, preeklampsia, kasus trombofilia, solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan dan emboli air ketuban (Astuti, Mifbakhuddin dan Meikawati, 2014).

Faktor risiko perdarahan postpartum dapat digolongkan menjadi tiga yaitu sebelum kehamilan, saat kehamilan, dan saat persalinan. Faktor risiko sebelum kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, dan riwayat perdarahan postpartum. Faktor risiko selama kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, riwayat perdarahan postpartum, kehamilan ganda,

plasenta previa, preeklampsia, dan penggunaan antibiotik. Sedangkan untuk faktor risiko saat persalinan meliputi plasenta previa anterior, plasenta previa mayor, peningkatan suhu tubuh $>37^{\circ}$, korioamnionitis, dan retensio plasenta (Briley *et al.*, 2014).

Perdarahan postpartum adalah kehilangan darah antara 500 ml atau lebih selama bersalin ataupun masa nifas. Perdarahan postpartum pada 24 jam pertama menyebabkan kematian ibu sebesar 45%, 68-73% dalam satu minggu setelah bayi lahir, dan 82-88% dalam dua minggu setelah bayi lahir (Saifuddin, 2012). 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 (Chunningham, 2012), 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 merupakan penyebab utama tingginya angka kematian ibu (AKI). Kira-kira 14 juta wanita menderita perdarahan postpartum setiap tahunnya. Perdarahan postpartum menyebabkan kematian sebanyak 25-30% di negara berkembang (Sosa, 2014). Pada tahun 2013, perdarahan yaitu terutama perdarahan postpartum menyebabkan kematian ibu sebanyak 30,3% di Indonesia. Selain

perdarahan, penyebab kematian ibu tertinggi lainnya adalah hipertensi dalam kehamilan, infeksi, partus lama dan abortus (Kemenkes RI, 2017).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Dari 1025 ibu bersalin terdapat 34 kasus (3,32%) kejadian perdarahan post partum di Rumah Sakit Hati Mulia Tahun 2015-2017.
2. Dari 68 ibu bersalin terdapat 36 kasus (52,9%) kejadian preeklampsia Di Rumah Sakit Hati Mulia Tahun 2015-2017.
3. Ada hubungan preeklampsia dengan perdarahan post partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia tahun 2015-2017 ($p=0,015$; $X^2=5,903$). Ibu hamil preeklampsia bersiko 3,378 kali untuk mengalami perdarahan post partum ($OR=3,378$; $CI95\%=1,246-9,157$).

B. Saran

1. Ibu hamil diharapkan untuk selalu menjaga kehamilannya terutama asupan gizinya selama kehamilan.
2. Petugas kesehatan diharapkan selalu memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang perdarahan post partum serta faktor yang mempengaruhi kejadian perdarahan post partum terutama preeklampsia.
3. Agar ibu hamil selalu memeriksakan kehamilannya sesuai dengan standar ANC.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, D., Mifbakhuddin, Meikawati, W. (2014) Faktor risiko perdarahan pasca persalinan (Studi di RSUP Dr. Karyadi Semarang). *Tesis*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Badan Pusat Statistik, Kantor Menteri Negara Kependudukan/Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, & Macro International Inc. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta.
- Bennet, V. R., Brown, L. K. (2014). *Miles Textbook of Midwives*. Toronto: Churchill Livingstone.
- Boejang, RF. (2012) Neonatus dari ibu preeklamsi dan eklamsi di RSCM. *Seminar dan lokakarya penanganan preeklamsi*. Jakarta: RSCM.
- Chunningham. F.G. (2012). *Obstetri williams*. Ed.23, Jakarta: EGC.
- Estina, Vania C, Rina, I. (2010) Karakteristik Penderita Preeklamsi dan Eklamsi yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung Periode Tahun 2006–2008. *Jurnal Kesehatan*.
- Guyton AC, Hall JE. (2012) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 11*. Penerjemah: Irawati, Ramadani D, Indriyani F. Jakarta: EGC.
- Hidayati, R. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hazmi, I.S (2015) Perdarahan Postpartum di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta tahun 2013-2014. *Jurnal Kebidanan Solo*.
- Jones, D. L. (2015). *Setiap Wanita*. Jakarta: Delapratasa Publishing.
- Karkata MK (2015). Perdarahan postpartum (PPP). Dalam: Saifuddin AB, Rachimhadhi T, Winkjosastro GH. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Ed 4, Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, pp: 522-529.
- Kemendes RI (2017) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kemendes RI.

- Kramer, M.S. (2013) The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. *J Nutr*;133(5 Suppl 2):1592S–1596S.
- Mansjoer, A., (2011) *Kapita Selekt Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapsius.
- Manuaba, IBG, (2011) *Ilmu Kebinanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Maulana, M. (2008) *Penyakit Kehamilan dan Pengobatannya*. Jogyakarta: KATA HATI.
- Mesics, S. (2008). Hyperemesis Gravidarum. http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=10939, diperoleh tanggal 28 Januari 2018.
- Medical Record RS Hati Mulia (2018) *Rekapitulasi Kejadian Preeklampsia Dan Perdarahan Postpartum Tahun 2015-2017*. Kendari: RS Hati Mulia.
- National Health Standard. National Institute for Clinical Excellence. (2010) Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. *Clin Guideline*. August;29:163–79.
- Robson.S.E., Waugh, J. (2012) *Patologi Pada Kehamilan*, Alih Bahasa: Devi Yulianti. Jakarta: EGC.
- Saifuddin, (2012) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjdo.
- Satriyandari, M.U., Hariyati, A. (2017) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Perdarahan Postpartum. *Naskah Publikasi*
- Silomba, Wahyuni (2013). Karakteristik dan Luaran Preeklampsia di RSUP Prof. Dr. Kandau Manado. <http://jurnal.preeklampsia.co.id>. diakses tanggal 9 Maret 2018.
- Smith, (2015). Treatment Option for Nausea and Vomiting During Pregnancy. *Pharmacotherapy*: 26(9) 1273-1287.
- Sosa, C.G., Althabe, F., Belizan, J.M., Buekens, P. (2014). Risk factor for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in Latin-American population. *Obstetric and Gynecology Journal*,113(6): 1313-19.
- Taber, B. (2014). *Kapita Selekt Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.

- The World Health Report, (2013) *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- Wegierek, D.S (2014) Intrauterine nutrition: long-term consequences for vascular health. *International Journal of Women's Health*;6: 647–656.
- Wesson, N. (2012). *Morning Sickness: Panduan Lengkap Memahami Penyebab dan Perawatan Mual dan Muntah Ketika Hamil*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher.
- Williams. (2014). *Williams Obstetrics, 21 Ed, Vol 2*. Jakarta: EGC.
- WHO Study Group. (2013) The hypertensive disorders of pregnancy. *WHO technical report series no 758*. Geneva: World Health Organization.
- Yuliawati, Anggraini, Y. (2015) Hubungan riwayat preeklamsia, retensio plasenta, atonia uteri dan laserasi jalan lahir dengan kejadian perdarahan post partum pada ibu nifas. *Jurnal Kesehatan*, 6(1), 75-82.
- Zhang, Z., Kris-Etherton, P.M., Hartman, T.J. (2013) Birth weight and risk factors for cardiovascular disease and type 2 diabetes in US Children and adolescents: 10 year results from NHANES. *Matern Child Health J*. Epub.

NO	NAMA	PERDARAHAN AKIBAT	UMUR	KATEGORI	KODE	PARITAS	KATEGORI
001.	Ny. S	Retensio plasenta	20 tahun	umur tidak berisiko	2	G ₁ P ₀ A ₀	paritas berisiko
002.	Ny. I	Ruptur perineum	23 tahun	umur tidak berisiko	2	G ₁ P ₀ A ₀	paritas berisiko
003.	Ny. H	Atonia uteri	40 tahun	umur berisiko	1	G _V P _{II} A _{II}	paritas berisiko
004.	Ny. N	Retensio plasenta	20 tahun	umur tidak berisiko	2	G ₁ P ₀ A ₀	paritas berisiko
005.	Ny. N	Ruptur perineum	24 tahun	umur tidak berisiko	2	G ₁ P ₀ A ₀	paritas berisiko
006.	Ny. M	Atonia uteri	39 tahun	umur berisiko	1	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
007.	Ny.P	Sisa plasenta	24 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
008.	Ny. PS	Atonia uteri	39 tahun	umur berisiko	1	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
009.	Ny. H	Sisa plasenta	31 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
010.	Ny. S	Retensio plasenta	35 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
011.	Ny. P	Ruptur perineum	24 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
012.	Ny. A	Retensio plasenta	29 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
013.	Ny. N	Atonia uteri	25 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
014.	Ny. D	Atonia uteri	29 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
015.	Ny. A	Ruptur perineum	19 tahun	umur berisiko	1	G ₁ P ₀ A ₀	paritas berisiko
016.	Ny. S	Atonia uteri	35 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
017.	Ny. R	Sisa plasenta	30 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
018.	Ny. S	Atonia uteri	45 tahun	umur tidak berisiko	2	G _X P _{VII} A _{II}	paritas berisiko
019.	Ny. C	Retensio plasenta	28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
020.	Ny. Y	Sisa plasenta	30 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
021.	Ny. N	Ruptur perineum	23 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
022.	Ny. A	Atonia uteri	42 tahun	umur berisiko	2	G _{VI} P _V A ₀	paritas berisiko
023.	Ny. F	Sisa plasenta	27 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
024.	Ny. D	Atonia uteri	26 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
025.	Ny. S	Atonia uteri	34 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
026.	Ny. R	Atonia uteri	45 tahun	umur berisiko	1	G _V P _{IV} A ₀	paritas berisiko

027.	Ny. M	Ruptur perineum	19 tahun	umur berisiko	1	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
028.	Ny. W	Atonia uteri	39 tahun	umur berisiko	1	G _V P _{IV} A ₀	paritas berisiko
029.	Ny. R	Ruptur perineum	18 tahun	umur berisiko	1	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
030.	Ny. E	Atonia uteri	47 tahun	umur berisiko	1	G _{VIII} P _{VI} A _I	paritas berisiko
031.	Ny. D	Sisa plasenta	20 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
032.	Ny. K	Retensio plasenta	20 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
033.	Ny. J	Ruptur perinenum	18 tahun	umur berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
034.	Ny. S	Atonia uteri	24 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
035.	Ny. T	Sisa plasenta	29 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{II} A _I	paritas berisiko
036.	Ny. H	Atonia uteri	32 tahun	umur tidak berisiko	2	G _V P _{IV} A ₀	paritas berisiko
037.	Ny. S	Atonia uteri	35 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
038.	Ny. W	Atonia uteri	41 tahun	umur berisiko	1	G _V P _{IV} A ₀	paritas berisiko
039.	Ny. H	Sisa plasenta	33 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
040.	Ny. R	Retensio plasenta	35 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
041.	Ny. s		23 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
042.	Ny. K		31 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{II} A _I	paritas berisiko
043.	Ny. M		24 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
044.	Ny. R		28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
045.	Ny. N		23 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
046.	Ny. I		23 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
047.	Ny. S		22 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
048.	Ny. A		28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
049.	Ny. M		32 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
050.	Ny. I		22 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
051.	Ny. J		27 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
052.	Ny. S		28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
053.	Ny. H		28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
054.	Ny. R		31 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko

055.	Ny. H		38 tahun	umur berisiko	1	G _{VI} P _V A ₀	paritas berisiko
056.	Ny. J		19 tahun	umur berisiko	1	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
057.	Ny. D		33 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
058.	Ny. H		35 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
059.	Ny. L		20 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
060.	Ny. H		33 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
061.	Ny. N		28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _V P _{II} A _{II}	paritas berisiko
062.	Ny. F		25 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
063.	Ny. D		20 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
064.	Ny. L		23 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
065.	Ny. M		26 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
066.	Ny. K		32 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
067.	Ny. I		28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
068.	Ny. H		29 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
069.	Ny. I		30 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{IV} P _{III} A ₀	paritas berisiko
070.	Ny. D		26 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
071.	Ny. E		15 tahun	umur berisiko	1	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
072.	Ny. S		29 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
073.	Ny. D		28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
074.	Ny. R		21 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
075.	Ny. H		27 tahun	umur tidak berisiko	2	G _I P ₀ A ₀	paritas berisiko
076.	Ny. H		30 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
077.	Ny. F		26 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{III} P _{II} A ₀	paritas tidak berisiko
078.	Ny. R		23 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
079.	Ny. A		28 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko
080.	Ny. S		29 tahun	umur tidak berisiko	2	G _{II} P _I A ₀	paritas tidak berisiko

Keterangan : umur ibu 1 paritas berisiko:
berisiko :

umur ibu tidak 2
berisiko:

paritas tidak
berisiko:

.BEL

KODE	JARAK KELAHIRAN	KATEGORI	KODE	JUMLAH PERDARAHAN		PERDARAHAN	
				< 500 CC	>500 CC	YA	TIDAK
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
2	2 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
2	9 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
2	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	6 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
2	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
2	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
2	2 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	2 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
2	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	6 tahun	jarak kelahiran berisiko	2		√	√	
2	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
2	2 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
2	1,5 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	7 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
2	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	1 tahun	jarak kelahiran berisiko	2		√	√	
1	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	10 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	

1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	1		√	√	
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	7 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
2	1, 6 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
2	1, 8 bulan	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
2	1, 4 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	1,5 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
1	8 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
2	6 tahun	jarak kelahiran berisiko	1		√	√	
1	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2		√	√	
2	2 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	√			√
1	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	√			√
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	√			√
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	√			√
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	√			√
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	√			√
2	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	√			√
2	8 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	√			√
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	√			√
2	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	√			√
2	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	√			√
2	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	√			√
2	6 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	√			√

1	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	1 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
2	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
2	10 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
1	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
2	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	6 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
2	4 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
1	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
2	6 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
2	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	2 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
1	0 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓
2	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	3 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	2 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	5 tahun	jarak kelahiran tidak berisiko	2	✓		✓
2	6 tahun	jarak kelahiran berisiko	1	✓		✓

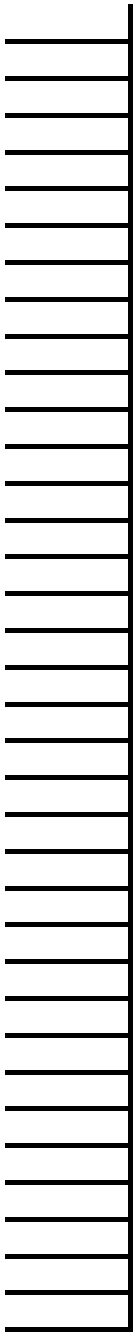
1

jarak kelahiran berisiko:

1

2

jarak kelahiran 2
tidak berisiko:



MASTER TABEL PENELITIAN

No	Nama	Umur (tahun)	Kategori		Kode	Paritas	Kategori		Kode	Jarak kelahiran (tahun)	Kategori		Kode	Preeklampsia		perdarahan		Kelompok	
			Berisiko	Tidak berisiko			Berisiko	Tidak berisiko			Berisiko	Tidak berisiko		ya	tidak	<500 cc	>500 cc	Kasus	Kontrol
1	Ny. S	20		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√	
2	Ny. I	23		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√	
3	Ny. H	40	√		1	G _V P _{II} A _{II}	√		1	5		√	2	√			√	√	
4	Ny. N	20		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√	
5	Ny. N	24		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1		√		√	√	
6	Ny. M	39	√		1	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	4		√	2	√			√	√	
7	Ny.P	24		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	2		√	2	√			√	√	
8	Ny. PS	39	√		1	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	9	√		1		√		√	√	
9	Ny. H	31		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	5		√	2	√			√	√	
10	Ny. S	35		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	6	√		1		√		√	√	
11	Ny. P	24		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	3		√	2	√			√	√	
12	Ny. A	29		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	4		√	2		√		√	√	
13	Ny. N	25		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	2		√	2	√			√	√	
14	Ny. D	29		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	2		√	2	√			√	√	
15	Ny. A	19	√		1	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√	
16	Ny. S	35		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	4		√	2	√			√	√	
17	Ny. R	30		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	5		√	2	√			√	√	
18	Ny. S	45		√	2	G _X P _{VII} A _{II}	√		1	6		√	2		√		√	√	
19	Ny. C	28		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	3		√	2	√			√	√	
20	Ny. Y	30		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	2		√	2		√		√	√	
21	Ny. N	23		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	1.5	√		1		√		√	√	
22	Ny. A	42		√	2	G _{VI} P _V A ₀	√		1	7	√		1	√			√	√	
23	Ny. F	27		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	3		√	2		√		√	√	
24	Ny. D	26		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	1		√	2	√			√	√	
25	Ny. S	34		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	4		√	2	√			√	√	
26	Ny. R	45	√		1	G _V P _{IV} A ₀	√		1	10	√		1		√		√	√	
27	Ny. M	19	√		1	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√	

28	Ny. W	39	√		1	$G_V P_{IV} A_0$	√		1	5	√		1	√			√	√	
29	Ny. R	18	√		1	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√		√	√	
30	Ny. E	47	√		1	$G_{VIII} P_{VI} A_I$	√		1	7	√		1	√			√	√	
31	Ny. D	20		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	1, 6	√		1		√		√	√	
32	Ny. K	20		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	1, 8	√		1	√			√	√	
33	Ny. J	18		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1	√			√	√	
34	Ny. S	24		√	2	$G_{III} P_{II} A_0$		√	2	1, 4	√		1	√			√	√	
35	Ny. T	29		√	2	$G_{IV} P_{II} A_I$	√		1	3		√	2		√	√			√
36	Ny. H	32		√	2	$G_V P_{IV} A_0$	√		1	1.5	√		1	√		√			√
37	Ny. S	35		√	2	$G_{IV} P_{III} A_0$	√		1	5		√	2		√	√			√
38	Ny. W	41	√		1	$G_V P_{IV} A_0$	√		1	8	√		1		√	√			√
39	Ny. H	33		√	2	$G_{III} P_{II} A_0$		√	2	6	√		1		√	√			√
40	Ny. R	35		√	2	$G_{IV} P_{III} A_0$	√		1	4		√	2	√		√			√
41	Ny. s	23		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	2		√	2		√	√			√
42	Ny. K	31		√	2	$G_{IV} P_{II} A_I$	√		1	3		√	2	√		√			√
43	Ny. M	24		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√			√
44	Ny. R	28		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√			√
45	Ny. N	23		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√			√
46	Ny. I	23		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√			√
47	Ny. S	22		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1	√		√			√
48	Ny. A	28		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	4		√	2		√	√			√
49	Ny. M	32		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	8	√		1		√	√			√
50	Ny. I	22		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√			√
51	Ny. J	27		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	3		√	2		√	√			√
52	Ny. S	28		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	4		√	2	√		√			√
53	Ny. H	28		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	5		√	2		√	√			√
54	Ny. R	31		√	2	$G_{II} P_I A_0$		√	2	6	√		1		√	√			√
55	Ny. H	38	√		1	$G_{VI} P_V A_0$	√		1	4		√	2	√		√			√
56	Ny. J	19	√		1	$G_{II} P_I A_0$		√	2	1	√		1		√	√			√
57	Ny. D	33		√	2	$G_{III} P_{II} A_0$		√	2	3		√	2		√	√			√
58	Ny. H	35		√	2	$G_{III} P_{II} A_0$		√	2	4		√	2		√	√			√
59	Ny. L	20		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√			√
60	Ny. H	33		√	2	$G_{III} P_{II} A_0$		√	2	10	√		1		√	√			√

61	Ny. N	28		√	2	$G_V P_{II} A_{II}$	√		1	5		√	2	√		√		√
62	Ny. F	25		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√		√
63	Ny. D	20		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1	√		√		√
64	Ny. L	23		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1	√		√		√
65	Ny. M	26		√	2	$G_{II} P_1 A_0$		√	2	4		√	2		√	√		√
66	Ny. K	32		√	2	$G_{II} P_1 A_0$		√	2	5		√	2	√		√		√
67	Ny. I	28		√	2	$G_{II} P_1 A_0$		√	2	6	√		1		√	√		√
68	Ny. H	29		√	2	$G_{II} P_1 A_0$		√	2	4		√	2	√		√		√

MASTER TABEL PENELITIAN

No	Nama	Perdarahan akibat	Umur (tahun)	Kategori		Kode	Paritas	Kategori		Kode	Jarak kelahiran (tahun)	Kategori		Kode	Preeklampsia		perdarahan		Kelompok		
				Berisiko	Tidak berisiko			Berisiko	Tidak berisiko			Berisiko	Tidak berisiko		ya	tidak	<500 cc	>500 cc	Kasus	Kontrol	
1	Ny. S	Retensio plasenta	20		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√		
2	Ny. I	Ruptur perineum	23		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√		
3	Ny. H	Atonia uteri	40	√		1	G _V P _{II} A _{II}	√		1	5		√	2	√			√	√		
4	Ny. N	Retensio plasenta	20		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√		
5	Ny. N	Ruptur perineum	24		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1		√		√	√		
6	Ny. M	Atonia uteri	39	√		1	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	4		√	2	√			√	√		
7	Ny. P	Sisa plasenta	24		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	2		√	2	√			√	√		
8	Ny. PS	Atonia uteri	39	√		1	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	9	√		1		√		√	√		
9	Ny. H	Sisa plasenta	31		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	5		√	2	√			√	√		
10	Ny. S	Retensio plasenta	35		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	6	√		1		√		√	√		
11	Ny. P	Ruptur perineum	24		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	3		√	2	√			√	√		
12	Ny. A	Retensio plasenta	29		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	4		√	2		√		√	√		
13	Ny. N	Atonia uteri	25		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	2		√	2	√			√	√		
14	Ny. D	Atonia uteri	29		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	2		√	2	√			√	√		
15	Ny. A	Ruptur perineum	19	√		1	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√		
16	Ny. S	Atonia uteri	35		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	4		√	2	√			√	√		
17	Ny. R	Sisa plasenta	30		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	5		√	2	√			√	√		
18	Ny. S	Atonia uteri	45		√	2	G _X P _{VII} A _{II}	√		1	6		√	2		√		√	√		
19	Ny. C	Retensio plasenta	28		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	3		√	2	√			√	√		
20	Ny. Y	Sisa plasenta	30		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	2		√	2		√		√	√		

21	Ny. N	Ruptur perineum	23		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	1.5	√		1		√		√	√	
22	Ny. A	Atonia uteri	42		√	2	G _{VI} P _V A ₀	√		1	7	√		1	√			√	√	
23	Ny. F	Sisa plasenta	27		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	3		√	2		√		√	√	
24	Ny. D	Atonia uteri	26		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	1		√	2	√			√	√	
25	Ny. S	Atonia uteri	34		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	4		√	2	√			√	√	
26	Ny. R	Atonia uteri	45	√		1	G _V P _{IV} A ₀	√		1	10	√		1		√		√	√	
27	Ny. M	Ruptur perineum	19	√		1	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√	
28	Ny. W	Atonia uteri	39	√		1	G _V P _{IV} A ₀	√		1	5	√		1	√			√	√	
29	Ny. R	Ruptur perineum	18	√		1	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1		√		√	√	
30	Ny. E	Atonia uteri	47	√		1	G _{VIII} P _{VI} A _I	√		1	7	√		1	√			√	√	
31	Ny. D	Sisa plasenta	20		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	1,6	√		1		√		√	√	
32	Ny. K	Retensio plasenta	20		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	1,8	√		1	√			√	√	
33	Ny. J	Ruptur perineum	18		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√	√	
34	Ny. S	Atonia uteri	24		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	1,4	√		1	√			√	√	
35	Ny. T		29		√	2	G _{IV} P _{II} A _I	√		1	3		√	2		√	√			√
36	Ny. H		32		√	2	G _V P _{IV} A ₀	√		1	1.5	√		1	√			√		√
37	Ny. S		35		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	5		√	2		√	√			√
38	Ny. W		41	√		1	G _V P _{IV} A ₀	√		1	8	√		1		√	√			√
39	Ny. H		33		√	2	G _{III} P _{II} A ₀		√	2	6	√		1		√	√			√
40	Ny. R		35		√	2	G _{IV} P _{III} A ₀	√		1	4		√	2	√			√		√
41	Ny. s		23		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	2		√	2		√	√			√
42	Ny. K		31		√	2	G _{IV} P _{II} A _I	√		1	3		√	2	√			√		√
43	Ny. M		24		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1		√	√			√
44	Ny. R		28		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1		√	√			√
45	Ny. N		23		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1		√	√			√
46	Ny. I		23		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1		√	√			√
47	Ny. S		22		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1	√			√		√
48	Ny. A		28		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	4		√	2		√	√			√
49	Ny. M		32		√	2	G _{II} P _I A ₀		√	2	8	√		1		√	√			√
50	Ny. I		22		√	2	G _I P ₀ A ₀	√		1	0	√		1		√	√			√

51	Ny. J		27		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	3		√	2		√	√		√
52	Ny. S		28		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	4		√	2	√		√		√
53	Ny. H		28		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	5		√	2		√	√		√
54	Ny. R		31		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	6	√		1		√	√		√
55	Ny. H		38	√		1	$G_{VI}P_VA_0$	√		1	4		√	2	√		√		√
56	Ny. J		19	√		1	$G_{II}P_1A_0$		√	2	1	√		1		√	√		√
57	Ny. D		33		√	2	$G_{III}P_{II}A_0$		√	2	3		√	2		√	√		√
58	Ny. H		35		√	2	$G_{III}P_{II}A_0$		√	2	4		√	2		√	√		√
59	Ny. L		20		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√		√
60	Ny. H		33		√	2	$G_{III}P_{II}A_0$		√	2	10	√		1		√	√		√
61	Ny. N		28		√	2	$G_V P_{II} A_{II}$	√		1	5		√	2	√		√		√
62	Ny. F		25		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√		√
63	Ny. D		20		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√		√
64	Ny. L		23		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1	√		√		√
65	Ny. M		26		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	4		√	2		√	√		√
66	Ny. K		32		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	5		√	2		√	√		√
67	Ny. I		28		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	6	√		1		√	√		√
68	Ny. H		29		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	4		√	2	√		√		√
69	Ny. I		30		√	2	$G_{IV}P_{III}A_0$	√		1	3		√	2		√	√		√
70	Ny. D		26		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√		√
71	Ny. E		15	√		1	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√		√
72	Ny. S		29		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	6	√		1		√	√		√
73	Ny. D		28		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	5		√	1	√		√		√
74	Ny. R		21		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	2		√	2		√	√		√
75	Ny. H		27		√	2	$G_I P_0 A_0$	√		1	0	√		1		√	√		√
76	Ny. H		30		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	5		√	2		√	√		√
77	Ny. F		26		√	2	$G_{III}P_{II}A_0$		√	2	3		√	2		√	√		√
78	Ny. R		23		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	2		√	2	√		√		√
79	Ny. A		28		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	5		√	2		√	√		√
80	Ny. S		29		√	2	$G_{II}P_1A_0$		√	2	6	√		1		√	√		√

LAMPIRAN

HASIL ANALISIS

Statistics

		PREEKLAMSIA	PERDARAHAN
N	Valid	68	68
	Missing	0	0

PREEKLAMSIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PREEKLAMSIA	36	52,9	52,9	52,9
	TIDAK PREEKLAMPSIA	32	47,1	47,1	100,0
	Total	68	100,0	100,0	

PERDARAHAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PERDARAHAN	34	50,0	50,0	50,0
	TIDAK PERDARAHAN	34	50,0	50,0	100,0
	Total	68	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PREEKLAMSIA * PERDARAHAN	68	100,0%	0	0,0%	68	100,0%

PREEKLAMSIA * PERDARAHAN Crosstabulation

		PERDARAHAN		Total
		PERDARAHAN	TIDAK PERDARAHAN	
PREEKLAMSIA	Count	23	13	36
	% within PERDARAHAN	67,6%	38,2%	52,9%
	% of Total	33,8%	19,1%	52,9%
	Count	11	21	32
	TIDAK PREEKLAMPSIA % within PERDARAHAN	32,4%	61,8%	47,1%
	% of Total	16,2%	30,9%	47,1%
Total	Count	34	34	68
	% within PERDARAHAN	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,903 ^a	1	,015		
Continuity Correction ^b	4,781	1	,029		
Likelihood Ratio	5,993	1	,014		
Fisher's Exact Test				,028	,014
N of Valid Cases	68				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PREEKLAMSIA (PREEKLAMSIA / TIDAK PREEKLAMPSIA)	3,378	1,246	9,157
For cohort PERDARAHAN = PERDARAHAN	1,859	1,085	3,183
For cohort PERDARAHAN = TIDAK PERDARAHAN	,550	,333	,909
N of Valid Cases	68		

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini, saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai peraturan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kendari.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Politeknik Kesehatan Kendari kepada saya.

Kendari, Agustus 2018



Ni Nyoman Widiastiti

NIM. P00312017076

DOKUMENTASI







**KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : DL.11.02/1/ 2612 /2018
Lampiran : -
Hal. : Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Rumah Sakit Umum Hati Mulia
di-

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Ni Nyoman Widiastiti
NIM : P00312017076
Jurusan/Prodi : D-IV Kebidanan
Judul Penelitian : Hubungan Preeklampsia Dengan Perdarahan Post Partum
Di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2015-2017

Untuk diberikan izin pengambilan data awal penelitian di Rumah Sakit Hati Mulia Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 15 Mei 2018


P/Plh. Direktur

A k h m a d, SST., M.Kes
NIP. 196802111990031003



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail. poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : DL.11.02/1/ 3082/2018
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sultra
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Ni Nyoman Widiastiti
NIM : P00312017076
Jurusan/Prodi : D-IV Kebidanan
Judul Penelitian : Hubungan Preeklampsia Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Di Rumah Sakit Hati Mulia

Untuk diberikan izin penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 10 Juli 2018

An. Direktur



A k h m a d, SST., M.Kes
NIP.196602111990031003



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 3136256 Kendari 93231
Website : balitbang sulawesi tenggara prov.go.id Email: badan litbang sultra01@gmail.com

Kendari, 10 juli 2018

Normor : 070/4791/Balitbang/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Direktur RS. Hati Mulia
di-
Kendari

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL. 11.02/II/3082/2018
Tanggal 10 Juli 2018 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : Ni Nyoman Widiastiti
NIM : P00312017076
Prog. Studi : D-III Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RS. Hati Mulia

Bermaksud untuk Melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Kantor
Saudara, dalam rangka penyusunan KTI, Skripsi, Tesis, Disertasi dengan judul :

**"HUBUNGAN PREEKLAMPSIA DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POST
PARTUM DI RUMAH SAKIT HATI MULIA"**

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 11 Juli 2018 sampai selesai.

Sehubungan dengan tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan
dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta menaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati Adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sultra Cq. Kepala Badan penelitian dan pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak menaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN PROVINSI.


Dr. Ir. SUKANTO TODING, MSP, MA
Pembina Utama Muda. Gol. IV/c
NIP. 19680720 199301 1 003

Tembusan:

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari
2. Walikota Kendari di Kendari
3. Direktur RS. Hati Mulia Kendari di Kendari
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Kendari
5. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari
6. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari di Kendari
7. Mahasiswa yang Bersangkutan



RUMAH SAKIT UMUM HATI MULIA
JL D.I PANJAITAN NO 243 KENDARI
TELP 0401 - 3196433

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

No : 014/SB/RSUHM/VII/2018

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Dr. Suhartini, Sp.OG
Nip : -
Jabatan : Direktur RSB. Hati Mulia

Dengan ini menyatakan Bahwa :

Nama : Nyoman Widiastiti
Nim : P00312017076
Program Studi : D-IV Kebidanan Politeknik Kesehatan

Benar-benar telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kendari dari tanggal 11 Juli 2018 sampai selesai dengan judul :

" Hubungan Preeklampsia Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum di Rumah Sakit Umum Hati Mulia

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 31 Juli 2018

Direktur RSU. Hati Mulia



Dr.Hj SUHARTINI, Sp.OG



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax(0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

NO: 424/PP/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Ni Nyoman Widiastiti
NIM : P00312017076
Tempat Tgl. Lahir : Atula, 08 Oktober 1975
Jurusan : D IV Kebidanan
Alamat : Jl Haeba Dalam

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan D.IV Kebidanan Tahun 2018

Kendari, 15 Agustus 2018

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari


Amaluddin, S. Sos
NIP. 1961123119820310

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini, saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai peraturan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kendari.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Politeknik Kesehatan Kendari kepada saya.

Kendari, Agustus 2018



Ni Nyoman Widiastiti

NIM. P00312017076