

**HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DAN PARITAS DENGAN
PERDARAHAN POST PARTUM DI PUSKESMAS NAMBO
TAHUN 2015-2016**



SKRIPSI

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

OLEH

YOHANA DEWI ANDRIANI
P00312016104

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEBIDANAN
KENDARI
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DAN PARITAS DENGAN
PERDARAHAN POST PARTUM DI PUSKESMAS NAMBO
TAHUN 2015-2016**

Diajukan Oleh:

YOHANA DEWI ANDRIANI
P00312016104

Telah disetujui untuk dipertahankan dalam ujian skripsi dihadapan Tim
Penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan
Kebidanan.

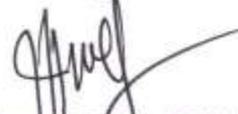
Kendari, Desember 2017

Pembimbing I



Dr. Kartini, S.Si.T, M.Kes
Nip. 198004202001122002

Pembimbing II



Fitriyanti, SST, M.Keb
Nip. 198007162001122001

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari



Sultina Sarita, SKm, M.Kes
Nip. 196806021992032003

HALAMAN PENGESAHAN

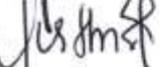
HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DAN PARITAS DENGAN PERDARAHAN POST PARTUM DI PUSKESMAS NAMBO TAHUN 2015-2016

Disusun dan diajukan oleh :

YOHANA DEWI ANDRIANI
NIM. P00312016104

Skripsi ini telah diperiksa dan disahkan oleh Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan Prodi D-IV yang dilaksanakan tanggal 28 Desember 2017

Tim Penguji:

- | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|
| 1. Dr. Nurmiaty, S.Si.T, MPH | (|  |) |
| 2. Elyasari, SST, M.Keb | (|  |) |
| 3. Yustiari, S.Si.T, M.Kes | (|  |) |
| 4. Dr. Kartini, S.Si.T, M.Kes | (|  |) |
| 5. Fitriyanti, S.Si.T, M.Keb | (|  |) |

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kemenkes Kendari


Sultina Sarita, SKM, M.Kes
Nip. 196806021992032003

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Penulis

- a. Nama : Yohana Dewi Andriani
- b. Tempat Tanggal Lahir : Kendari, 9 Januari 1993
- c. Agama : Islam
- d. Suku Bangsa : Tolaki / Indonesia
- e. Alamat : Jl. Cendrawasi Kel. Nambo
Kec. Nambo

2. Riwayat Pendidikan

- a. SD Negeri 28 Poasia, Tamat Tahun 2004
- b. SMP Negeri 11 Kendari, Tamat Tahun 2007
- c. SMA Negeri 8 Kendari, Tamat Tahun 2010
- d. Akademi Kebidanan Syekh Yusuf Gowa Makassar Jurusan
DIII Kebidanan, Tamat Tahun 2013
- e. Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan DIV Kebidanan,
Masuk tahun 2016 hingga sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “hubungan anemia dalam kehamilan dan paritas dengan perdarahan post partum di Puskesmas Nambo tahun 2015-2016”.

Dalam proses penyusunan skripsi ini ada banyak pihak yang membantu, oleh karena itu penulis dengan segala kerendahan dan keikhlasan hati mengucapkan banyak terima kasih sebesar-besarnya terutama kepada Ibu **Dr. Kartini, S.Si.T, M.Kes** selaku Pembimbing I dan Ibu **Fitriyanti, S.Si.T, M.Keb** selaku 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. Bapak **Delisan, SKM** selaku Kepala Puskesmas Nambo Kota Kendari.
4. Ibu **Dr. Nurmiaty, S.Si.T, MPH** selaku penguji 1, Ibu **Elyasari, SST, M.Keb** selaku penguji 2, Ibu **Yustiari, S.Si.T, 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, Desember 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
ABSTRAK	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.....	8
A. Telaah Pustaka.....	8
B. Landasan Teori.....	32
C. Kerangka Teori.....	34
D. Kerangka Konsep.....	35
E. Hipotesis Penelitian.....	35
BAB III METODE PENELITIAN.....	36
A. Jenis Penelitian.....	36
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	36
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	37
D. Variabel Penelitian.....	37
E. Definisi Operasional.....	38
F. Jenis dan Sumber Data Penelitian.....	39
G. Instrumen Penelitian.....	39
H. Alur Penelitian.....	39

I. Pengolahan dan Analisis Data.....	40
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	43
A. Hasil Penelitian.....	43
B. Pembahasan.....	51
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	60
A. Kesimpulan.....	60
B. Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA.....	62
LAMPIRAN	

ABSTRAK**HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DAN PARITAS DENGAN
PERDARAHAN POST PARTUM DI PUSKESMAS NAMBO
TAHUN 2015-2016**Yohana Dewi Andriani¹ Kartini² Fitriyanti²

Perdarahan post partum merupakan salah satu penyebab kematian ibu. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa penyebab terbanyak kematian ibu di dunia adalah perdarahan post partum (25%)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan anemia dalam kehamilan dan paritas dengan perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.

Desain penelitian yang digunakan ialah analitik dengan rancangan *case control*. Sampel penelitian adalah ibu bersalin berjumlah 81 orang. Instrumen pengumpulan data berupa master tabel tentang perdarahan post partum, anemia dalam kehamilan, paritas. Data dianalisis dengan uji *Chi Square*.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Abeli Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016. Ibu yang mengalami anemia dalam kehamilan berisiko mengalami perdarahan post partum sebesar 2,7 kali dibandingkan yang tidak mengalami anemia dalam kehamilan ($p=0,037$; $X^2=4,365$; $OR=2,721$; $CI95\%=1,050-7,048$). Ada hubungan paritas dengan kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Abeli Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016. Ibu dengan paritas berisiko akan mengalami perdarahan post partum sebesar 6,78 kali dibandingkan paritas tidak berisiko ($p=0,000$; $X^2=14,727$; $OR=6,786$; $CI95\%=2,432-18,932$).

Kata kunci :perdarahan post partum, anemia dalam kehamilan, paritas

¹ Mahasiswa Prodi D-IV Kebidanan Poltekkes Kendari

² Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perdarahan post partum merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Angka kematian ibu (AKI) merupakan indikator utama dalam pelayanan kesehatan dan salah satu tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs). Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100 ribu kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara persemakmuran (WHO, 2015).

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa penyebab terbanyak kematian ibu didunia adalah perdarahan post partum (25%), lalu diikuti oleh penyebab tidak langsung (20%), infeksi (15%), aborsi yang tidak aman (13%), eklamsia (12%), penyulit persalinan (8%) dan penyebab lainnya (7%) (WHO, 2015). Data statistik nasional Amerika Serikat menyebutkan sekitar 8% dari kematian ibu disebabkan oleh perdarahan post partum. Di Negara industri, perdarahan post partum biasanya terdapat pada 3 peringkat teratas penyebab kematian maternal, bersaing dengan embolisme dan hipertensi. Dibeberapa Negara

berkembang angka kematian maternal melebihi 1000 wanita tiap 100.000 kelahiran hidup. Frekuensi perdarahan post partum berdasarkan laporan-laporan baik di Negara maju maupun di negara berkembang angka kejadian berkisar antara 5% sampai 15%. Dari angka tersebut, diperoleh gambaran penyebab antara lain atonia uteri (50–60%), sisa plasenta (23–24%), retensio plasenta (16–17%), lacerasi jalan lahir (4–5%) dan kelainan darah (0,5–0,8%) (Nugroho, 2015).

Di Indonesia diperkirakan ada 30% kasus perdarahan post partum setiap tahunnya. Setiap tahun paling sedikit 128.000 perempuan mengalami perdarahan yang berakhir pada kematian (Cunningham, 2014). Angka kematian ibu di Indonesia berdasarkan data survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 sebesar 359/100.000 kelahiran hidup (BKKBN, 2013) dan pada tahun 2015 berdasarkan data SUPAS sebesar 305/100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian terbesar adalah penyebab lain sebesar 40,8% dan perdarahan sebesar 30,3% (Kemenkes, 2016). Jumlah kematian ibu di propinsi Sulawesi Tenggara pada tahun 2016 sebanyak 131 kasus, dimana penyebab kematian ibu yang utama adalah perdarahan, keracunan kehamilan dan infeksi. Kondisi ini diperparah lagi dengan status gizi yang buruk, persalinan terlalu muda, paritas tinggi, anemia dalam kehamilan, pengetahuan yang kurang tentang pemanfaatan fasilitas kesehatan, sebagian ibu hamil terlambat mendapat pertolongan persalinan difasilitas kesehatan, pertolongan persalinan oleh dukun

(Dinkes Sultra, 2016). Penyebab langsung perdarahan postpartum antara lain atonia uteri 50-60%, retensio plasenta 16-17%, sisa plasenta 23-24%, laserasi jalan lahir 4-5%, kelainan darah 0,5-0,8% (Saifuddin, 2012).

Faktor risiko terjadinya perdarahan post partum salah satunya adalah anemia dalam kehamilan dan paritas ibu. Semakin sering ibu melahirkan maka semakin berisiko mengalami perdarahan post partum (Manuaba, 2015). Anemia pada ibu bersalin dapat meningkatkan rendahnya kemampuan ibu untuk bertahan pada saat persalinan, ibu dengan kadar Hb rendah cenderung dapat mengurangi daya tahan tubuh dan meningkatkan frekuensi komplikasi persalinan yang menyebabkan peningkatan risiko perdarahan pasca persalinan (Lestriana, 2013). Menurut *WorldHealth Organization (WHO)* 36% atau sebesar 1400 juta orang dari populasi 3800 juta orang dinegara yang sedang berkembang menderita anemia, dan menyebabkan terjadinya perdarahan sebesar 25%, sedangkan prevalensi dinegara maju. Anemia pada ibu hamil merupakan masalah kesehatan terkait dengan insidennya yang tinggi dan komplikasi yang dapat timbul baik pada ibu maupun pada janin. Didunia 34% ibu hamil dengan anemia dimana 75% berada di negara sedang berkembang (Syafa,2015). DiIndonesia, 63,5% ibu hamil dengan anema (Saifuddin, 2012). Ibu hamil dengan anemia sebagian besar sekitar 62,3% berupa anemia defisiensi besi (ADB) (Saifuddin, 2012).

Pada ibu hamil dengan anemia terjadi gangguan penyaluran oksigen dan zat makanan dari ibu ke plasenta dan janin, yang

mempengaruhi fungsi plasenta. Fungsi plasenta yang menurun dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin. Anemia pada ibu hamil dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin, abortus, partus lama, sepsis puerperalis, perdarahan post partum, kematian ibu dan janin, meningkatkan risiko berat badan lahir rendah, asfiksia neonatorum, dan prematuritas.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil seperti perbaikan asupan gizi, program pemberian besi, dan pemberian preparat besi jauh sebelum merencanakan kehamilan. Akan tetapi upaya-upaya tersebut belum memuaskan. Hal ini berarti bahwa selama beberapa waktu depan masih tetap akan berhadapan dengan anemia pada ibu hamil.

Hasil studi awal di Puskesmas Nambo diperoleh data tentang kejadian perdarahan post partum dan anemia dalam kehamilan. Kejadian perdarahan post partum pada tahun 2015 sebanyak 13 kasus (6,57%) dari 198 persalinan dan pada tahun 2016 sebanyak 14 kasus (7,33%) dari 191 persalinan. Kejadian anemia dalam kehamilan pada tahun 2015 sebanyak 15 kasus (7,46%) dari 201 kehamilan dan pada tahun 2016 sebanyak 21 kasus (10,34%) dari 203 kehamilan (Puskesmas Nambo, 2017). Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa perdarahan post partum masih merupakan masalah utama dalam kebidanan yang dapat menyebabkan terjadinya pada ibu bersalin di Puskesmas Nambo. Berdasarkan uraian tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang

hubungan anemia dalam kehamilan dan paritas dengan perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.

B. Rumusan Masalah

Perumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada hubungan anemia dalam kehamilan dan paritas dengan perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan anemia dalam kehamilan dan paritas dengan perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.
- b. Untuk mengetahui kejadian anemia dalam kehamilan di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.
- c. Untuk mengetahui paritas ibu di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.
- d. Untuk menganalisis hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.

- e. Untuk menganalisis hubungan paritas ibu dengan kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ibu

Untuk menambah wawasan ibu tentang perdarahan post partum.

2. Bagi Puskesmas

Untuk dapat meningkatkan peran petugas dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu post partum.

3. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

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

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian Sunnah dkk (2011) yang berjudul pengaruh anemia pada ibu hamil dengan kejadian perdarahan post partum di RSUD Tugurejo Semarang. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Sunnah adalah rancangan penelitian. Rancangan penelitian ini adalah case control, sedangkan penelitian Sunnah adalah cross sectional.
2. Penelitian Wanikmatun (2015) yang berjudul anemia dengan perdarahan post partum di RSUD dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto tahun 2014. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Wanikmatun adalah rancangan penelitian. Rancangan penelitian ini

adalah case control, sedangkan penelitian Wanikmatun adalah kohor retrospektif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Perdarahan Post Partum

a. Pengertian

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2012).

Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Saifuddin, 2012).

b. Gejala Klinik

Seorang wanita hamil yang sehat dapat kehilangan darah sebanyak 10% dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinik, gejala-gejala baru tampak pada kehilangan darah sebanyak 20%. Gejala klinik berupa perdarahan pervaginam yang terus-menerus setelah bayi lahir. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain (Saifuddin, 2012).

c. Diagnosis

Diagnosis perdarahan post partum dapat digolongkan berdasarkan tabel berikut ini

Tabel 1. Diagnosis Perdarahan Postpartum

No	Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan
1	<ul style="list-style-type: none"> - Uterus tidak berkontraksi dan lembek - Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer atau P3) 	Syok	Atonia uteri
2	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan segera (P3) - Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3) - Uterus kontraksi baik - Plasenta lengkap 	<ul style="list-style-type: none"> - Pucat - Lemah - Menggigil 	Robekan jalan lahir
3	<ul style="list-style-type: none"> - Plasenta belum lahir setelah 30 menit - Perdarahan segera (P3) - Uterus kontraksi baik 	<ul style="list-style-type: none"> - Tali pusat putus akibat traksi berlebihan - Inversio uteri akibat tarikan - Perdarahan lanjutan 	Retensio plasenta
4	<ul style="list-style-type: none"> - Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap - Perdarahan segera (P3) 	Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	Tertinggalnya sebagian plasenta
5	<ul style="list-style-type: none"> - Uterus tidak teraba - Lumen vagina terisi massa - Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir) - Perdarahan segera (P3) - Nyeri sedikit atau berat 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok neurogenik - Pucat dan limbung 	Inversio uteri
6	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-involusi uterus - Nyeri tekan perut bawah - Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S. - Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Demam 	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan terlambat - Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi atau tidak)
7	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan segera (P3) (Perdarahan intraabdominal dan atau vaginum) - Nyeri perut berat 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok - Nyeri tekan perut - Denyut nadi ibu cepat 	Robekan dinding uterus (ruptura uteri)

Sumber : Saifuddin, 2012

d. Klasifikasi

1). Perdarahan Postpartum Primer

Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan pasca persalinan 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. Penanganan terbaik perdarahan postpartum adalah pencegahan. Mencegah atau sekurang-kurangnya bersiap siaga pada kasus-kasus yang disangka akan terjadiperdarahan adalah penting. Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin, namun sudah dimulai sejak wanita hamil dengan *antenatal care* yang baik (Affandi, 2015).

Pengawasan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya. Kunjungan pelayanan antenatal bagi ibu hamil paling sedikit 4 kali kunjungan dengan distribusi sekali pada trimester I, sekali trimester II, dan dua kali pada trimester III. Anemia dalam kehamilan harus diobati karena perdarahan dalam batas-batas normal dapat membahayakan penderita yang sudah anemia. Kadar fibrinogen perlu diperiksa pada perdarahan yang banyak, kematian janin dalam uterus dan solusio plasenta (Rukiyah dan Lia, 2014).

Apabila sebelumnya penderita sudah mengalami perdarahan postpartum, persalinan harus berlangsung di rumah sakit. Di rumah sakit diperiksa keadaan fisik, keadaan umum, kadar Hb, golongan darah dan bila mungkin tersedia donor darah. Sambil mengawasi persalinan, dipersiapkan keperluan untuk infus dan obat-obatan penguat rahim (uterus tonikum). Setelah ketuban pecah kepala janin mulai membuka vulva, infus dipasang dan sewaktu bayi lahir diberikan ampul methergin atau kombinasi 5 satuan sintosinon (sintometrin intravena) (Saifuddin, 2012).

Dalam kala III uterus jangan dipijat dan didorong ke bawah sebelum plasenta lepas dari dindingnya. Penggunaan oksitosin sangat penting untuk mencegah perdarahan postpartum. Sepuluh satuan oksitosin diberikan intramuskulus segera setelah anak lahir untuk mempercepat pelepasan plasenta. Sesudah plasenta lahir hendaknya diberikan 0,2 mg ergometrin intramuskulus. Kadang-kadang pemberian ergometrin, setelah bahu depan bayi lahir dengan tekanan pada fundus uteri plasenta dapat dikeluarkan dengan segera tanpa banyak perdarahan. Namun salah satu kerugian dari pemberian ergometrin setelah bahu depan bayi lahir adalah kemungkinan terjadinya jepitan (*trapping*) terhadap bayi kedua

pada persalinan gemelli yang tidak diketahui sebelumnya (Saifudin, 2012).

Pada perdarahan yang timbul setelah anak lahir dua hal harus dilakukan, yakni menghentikan perdarahan secepat mungkin dan mengatasi akibat perdarahan. Setelah plasenta lahir perlu ditentukan apakah disini dihadapi perdarahan karena atonia uteri atau karena perlukaan jalan lahir. Jika plasenta belum lahir (*retensio plasenta*), segera dilakukan tindakan untuk mengeluarkannya (Saifudin, 2012).

2). Perdarahan Postpartum Sekunder

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

e. Pencegahan

- 1). Tentukan nilai hematorik pada waktu persalinan, dan darah harus dikirim untuk pemeriksaan penapisan dan golongan darah.
- 2). Bila dirkirakan akan ada perdarahan, perlu disediakan 2 botol darah dan yang telah di periksa. Untuk kemungkinan tranfusi darah perlu diperiksa waktu pembekuan yang panjang (lebih dari 5 menit) (Wiliam, 2015).

e. Penyebab Perdarahan Postpartum

Penyebab utama terjadinya perdarahan postpartum adalah atonia uteri, retensio plasenta, robekan jalan lahir, sisa plasenta dan inversio uteri.

1. Atonia Uteri

Perdarahan post partum bisa dikendalikan melalui kontraksi dan retraksi serat – serat myometrium. Kontraksi dan retraksi ini menyebabkan terlipatnya pembuluh – pembuluh darah sehingga aliran darah ke tempat plasenta menjadi terhenti. Kegagalan mekanisme akibat gangguan fungsi miometrium dinamakan antonia uteri dan keadaan ini menjadi penyebab utama perdarahan postpartum. Atonia uteri merupakan kegagalan miometrium untuk berkontraksi setelah persalinan sehingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh, melebar, lembek dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi pembuluh darah. Akibat dari atonia uteri ini adalah terjadinya perdarahan. Perdarahan pada atonia uteri ini berasal dari pembuluh darah yang terbuka pada bekas menempelnya plasenta yang lepas sebagian atau lepas keseluruhan (Faisal, 2014).

Sekalipun pada kasus perdarahan postpartum kadang-kadang sama sekali tidak disangka antonia uteri sebagai penyebabnya, namun adanya faktor presdiposisi dalam banyak hal harus menimbulkan kewaspadaan dokter terhadap

kemungkinan gangguan tersebut (William, 2015).

Seorang ibu dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu kurang dari 1 jam. Atonia uteri menjadi penyebab lebih dari 90% perdarahan posca persalinan yang terjadi dalam 24 jam setelah kelahiran bayi. Sebagian besar kematian akibat perdarahan pasca persalinan terjadi pada beberapa jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini, penatalaksanaan kala III merupakan cara terbaik dan sangat penting untuk mengurangi kematian ibu.

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (William, 2015). Penanganan Atonia Uteri, yaitu

- 1) Lakukan massase rahim, mula-mula secara perlahan-lahan dan merata, apabila ada kontraksi, teruskan massase dengan cepat dan meliputi seluruh korpus.
- 2) Tanpa menunggu selesai massase, segera berikan infus larutan garam fisiologis atau larutan Ringer Laktat yang berisi 20 unit oxytocin per 1000 ml larutan dengan kecepatan tinggi yaitu 10 ml per unit. Jangan berikan suntukan oxytocin secara bolus karena dapat menyebabkan hipotensi yang berat. Jika setelah 3 menit kontraksi rahim terasa belum memadai dapat disuntikkan metiler gometrin hydrogen maleat 0,2 mg secara

- intra vena atau intra muscular bersama dengan massase biasanya Rahim dapat segera berkontaksi dengan baik dan perdarahan berhenti. Jika tersedia, boleh diberikan suntikan 15 metil prostaglandin f2 alfa 0,25 mg secara intra muscular untuk mengatasi atonia uteri dan dapat diulang setelah seperempat sampai satu setengah jam kemudian jika perlu.
- 3) Apabila perdarahan belum dapat dikendalikan segera lakukan eksplorasi kavum uteri dengan tangan yang bersarung steril untuk mengeluarkan semua bekuan darah yang ada didalamnya, atau sisa ketuban atau jaringan plasenta dan pecahan desidua. Setelah itu segera lakukan tondakan kompresi bimanual.
 - 4) Bila perdarahan tidak segera berhenti caranya ialah dengan memasukan satu tangan yang digenggam seperti kedalam vagina dn meletakkan tinju seperti pada forniks anterior untuk menekan korpus dari depan sementara jari-jari tangan luar melalui dinding perut ibu melakukan tekanan pada bagian belakang korpus kearah yang berlawanan dengan yang dilakukan tangan yang ada didalam. Dengan demikian uterus seperti dijepit oleh keduam tangan penolong dan diurut dari luar. Setelah beberapa menit terasa uterus menjadi keras karena berkontraksi dan perdarahan berhenti. Tindakan tersebut diatas umumnya cukup untuk menanggulangi

perdarahan karena atonia uteri (Mochtar, 2014).

2. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus (William, 2015). Tidak semua retensio plasenta menyebabkan terjadinya perdarahan. Apabila terjadi perdarahan, maka plasenta dilepaskan secara manual lebih dulu. Jenis-jenis retensio plasenta :

- 1) Plasenta Adhesive: Implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis
- 2) Plasenta Akreta: Implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- 3) Plasenta Inkreta: Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- 4) Plasenta Prekreta: Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan serosa dinding uterus hingga ke peritoneum
- 5) Plasenta Inkarserata: Tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri (William, 2015).

Pada retensio plasenta baik seluruh atau sebagian lobus suksenturiata, sebuah kotiledon atau suatu fragmen plasenta yang tertinggal pada dinding uterus dapat menyebabkan perdarahan postpartum. Tidak ada hubungan antara banyaknya bagian plasenta yang masih melekat dengan beratnya perdarahan. Hal yang perlu diperhatikan adalah derajat atau dalamnya perlekatan plasenta tersebut.

Penanganan retensio plasenta yaitu dilakukan pelepasan plasenta manual. Teknik pelepasan plasenta secara manual adalah vulva didesinfeksi begitu pula tangan dan lengan bawah si penolong. Setelah tangan memakai sarung tangan, labia dibebaskan dan tangan kanan masuk secara obstetrik ke dalam vagina. Tangan luar menahan fundus uteri. Tangan dalam sekarang menyusuri tali pusat, yang sedapat-dapatnya mencari pinggir yang sudah terlepas. Kemudian dengan sisi tangan sebelah kelingking, plasenta dilepskan antara bagian plasenta yang sudah terlepas dan dinding rahim dengan gerakan yang sejajar dengan dinding rahim. Setelah plasenta lepas seluruhnya, plasenta dipegang dan dengan perlahan-lahan ditarik keluar (Saleha, 2014).

3. Robekan Jalan Lahir

Perdarahan yang cukup banyak terjadi dari robekan yang dialami selama proses melahirkan baik yang normal maupun

dengan tindakan. Jalan lahir harus diinspeksi sesudah tiap kelahiran selesai sehingga sumber perdarahan dapat dikendalikan (William, 2015). Robekan perinium di bagi menjadi 4, yaitu :

- 1). Tingkat 1 yaitu robekan hanya pada selaput lender vagina atau tanpa mengenai, kulit perineum.
- 2). Tingkat 2 yaitu robekan mengenai selaput lender vagina & otot perinea transversalis tapi tidak mengenai springter ani.
- 3). Tingkat 3 yaitu robekan mengenai seluruh perinium & otot springter ani.
- 4). Tingkat 4 yaitu robekan sampai mukosa rectum.

Cara penanganan robekan jalan lahir, yaitu :

- 1) Mengatasi syok.
- 2) Perbaiki KU penderita dengan pemberian infus dan sebagainya.
- 3) Kardiotonika, antibiotika dan sebagainya
- 4) Jika sudah mulai membaik lakukan laparatomi dengan tindakan jenis operasi.
 - a) Histerektomi (total dan subtotal)
 - b) Histerorafia (tepi luka di eksidir → dijahit)
 - c) Konservatif (dengan temporade dan antibiotaka yang cukup (Syaifuddin, 2014).

4. Sisa Plasenta

Sisa plasenta yang masih tertinggal disebut “sisa plasenta” atau plasenta rest. Gejala klinis sisa plasenta adalah terdapat subinvolusi uteri, terjadi perdarahan sedikit yang berkepanjangan, dapat juga terjadi perdarahan banyak mendadak setelah berhenti beberapa waktu, perasaan tidak nyaman di perut bagian bawah (Manuaba, 2014).

Selaput yang mengandung pembuluh darah ada yang tertinggal, perdarahan segera. Gejala yang kadang – kadang timbul uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus tidak berkurang. Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Bagian plasenta yang masih menempel pada dinding uterus mengakibatkan uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak dapat berkontraksi/terjepit dengan sempurna (Maritalia, 2012). Adapun penanganan sisa plasenta yaitu dengan dilakukan eksplorasi kavum uteri (Saleha, 2014).

5. Inversio Uteri

Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri masuk ke dalam kavum uteri, dapat secara mendadak atau terjadi perlahan (Manuaba, 2014). Pada inversio uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri. Peristiwa ini jarang sekali

ditemukan, terjadi tiba-tiba dalam kala III atau segera setelah plasenta keluar. Sebab inversio uteri yang tersering adalah kesalahan dalam memimpin kala III, yaitu menekan fundus uteri terlalu kuat dan menarik tali pusat pada plasenta yang belum terlepas dari insersinya.

Menurut perkembangannya inversio uteri dapat dibagi dalam beberapa tingkat, yaitu:

- 1). Inversio uteri ringan yaitu fundus uteri terbalik menonjol dalam kavum uteri, namun belum keluar dari ruang rongga rahim.
- 2). Inversio uteri sedang yaitu fundus uteri terbalik dan sudah masuk dalam vagina.
- 3). Inversio uteri berat yaitu uterus dan vagina semuanya terbalik dan sebagian sudah keluar vagina (Manuaba, 2014).

Penanganan pada inversio uteri :

- 1) Atasi syok dengan pemberian infus Ringer Lactat dan bila perlu tranfusi darah
- 2). Reposisi manual dalam anastesi umum sesudah syok teratasi (secara jhonson). Jika plasenta belum lepas, baiknya plasenta jangan dilepaskan dulu sebelum uterus direposisi karena dapat menimbulkan perdarahan banyak, setelah reposisi berhasil, diberi drip oksitosin dan dapat juga dilakukan kompresi bimanual, pemasangan tampon dalam rahim dilakukan supaya tidak terjadi lagi inversio. Jika reposisi

manual tidak berhasil, dilakukan reposisi operatif (Saleha, 2014).

f. Faktor Predisposisi Perdarahan Postpartum

Faktor yang mempengaruhi perdarahan post partum adalah

1. Usia

Wanita yang melahirkan anak pada usia lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal (Saifudin, 2012).

2. Paritas

Salah satu penyebab perdarahan postpartum adalah multiparitas. Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan. Primipara adalah seorang yang telah pernah melahirkan satu kali satu janin atau lebih yang telah mencapai batas viabilitas, oleh karena itu berakhirnya setiap kehamilan melewati tahap abortus memberikan paritas pada ibu. Seorang multipara adalah seorang wanita yang telah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan hingga viabilitas. Hal yang menentukan paritas adalah jumlah kehamilan yang mencapai viabilitas, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Paritas tidak lebih besar jika wanita yang

bersangkutan melahirkan satu janin, janin kembar, atau janin kembar lima, juga tidak lebih rendah jika janinnya lahir mati. Uterus yang telah melahirkan banyak anak, cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan (Saifudin, 2012).

3. Anemia dalam kehamilan

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal, dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11g/dL. Kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Oksigen yang kurang pada uterus akan menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga dapat timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan post partum (Manuaba, 2014).

4. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan dimasa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Bila riwayat persalinan yang lalu buruk petugas harus waspada terhadap terjadinya komplikasi dalam persalinan yang akan berlangsung. Riwayat persalinan buruk ini dapat berupa abortus, kematian janin, eklamsi dan preeklamsi, sectio caesarea, persalinan sulit atau lama, janin besar, infeksi dan pernah mengalami perdarah ante partum dan post partum.

5. Bayi makrosomia

Bayi besar adalah bayi lahir yang beratnya lebih dari 4000 gram. Menurut kepustakaan bayi yang besar baru dapat menimbulkan dystosia kalau beratnya melebihi 4500 gram. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Karena regangan dinding rahim oleh anak yang sangat besar dapat menimbulkan inertia dan kemungkinan perdarahan post partum lebih besar.

6. Kehamilan ganda

Kehamilan ganda dapat menyebabkan uterus terlalu meregang, dengan overdistensi tersebut dapat menyebabkan uterus atonik atau perdarahan yang berasal dari letak plasenta akibat ketidakmampuan uterus berkontraksi dengan baik.

2. Anemia Dalam Kehamilan

a. Pengertian

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar haemoglobin kurang dari 10,5 gr% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Saifuddin, 2012).

Darah akan bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut hidremia atau hipervolemia. Akan tetapi, bertambahnya sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Perbandingan tersebut adalah sebagai berikut: plasma 30%, sel darah 18% dan haemoglobin 19%. Bertambahnya darah dalam kehamilan sudah dimulai sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32 dan 36 minggu (Saifuddin, 2012).

Secara fisiologis, pengenceran darah ini untuk membantu meringankan kerja jantung yang semakin berat dengan adanya kehamilan. Penyebab anemia pada umumnya adalah sebagai berikut:

- a) Kurang gizi (malnutrisi)
- b) Kurang zat besi dalam diet
- c) Malabsorpsi
- d) Kehilangan darah banyak seperti persalinan yang lalu, haid dan lain-lain
- e) Penyakit-penyakit kronik seperti TBC paru, cacing usus, malaria dan lain-lain

b. Gejala dan tanda

Secara klinik dapat dilihat ibu lemah, pucat, mudah pingsan, mata kunang-kunang, sementara pada tekanan darah masih dalam batas normal, perlu dicurigai anemia defisiensi. Untuk menegakkan diagnosa dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan melakukan pemeriksaan kadar Hb (Saifuddin, 2012).

c. Klasifikasi anemia dalam kehamilan

Klasifikasi anemia dalam kehamilan menurut Wiknjosastro (2012), adalah sebagai berikut:

1) Anemia Defisiensi Besi

Anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Pengobatannya yaitu, keperluan zat besi untuk wanita hamil, tidak hamil dan dalam laktasi yang dianjurkan adalah pemberian tablet besi.

(a) Terapi oral adalah dengan memberikan preparat besi yaitu ferrosulfat, feroglukonat atau Natrium ferobisitat. Pemberian preparat besi 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr% tiap bulan. Saat ini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 nanogram asam folat untuk profilaksis anemia (Saifuddin, 2012).

(b) Terapi parenteral baru diperlukan apabila penderita tidak tahan akan zat besi per oral, dan adanya gangguan penyerapan, penyakit saluran pencernaan atau masa

kehamilannya tua (Wiknjosastro, 2012). Pemberian preparat parenteral dengan *ferum dextran* sebanyak 1000 mg (20 mg) intravena atau 2 x 10 ml/ IM pada gluteus, dapat meningkatkan Hb lebih cepat yaitu 2 gr% (Manuaba, 2014).

Untuk menegakkan diagnosa anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda. Pada pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III. Hasil pemeriksaan Hb, dapat digolongkan sebagai berikut (Saifuuddin, 2012) :

- (a) Hb 11 gr% : Tidak anemia
- (b) 9-10 gr% : Anemia ringan
- (c) Hb 7 – 8 gr%: Anemia sedang
- (d) Hb < 7 gr% : Anemia berat

Kebutuhan zat besi pada wanita hamil yaitu rata-rata mendekati 800 mg. Kebutuhan ini terdiri dari, sekitar 300 mg diperlukan untuk janin dan plasenta serta 500 mg lagi digunakan untuk meningkatkan massa haemoglobin maternal, kurang lebih 200 mg lebih akan dieksresikan lewat usus, urin dan kulit. Makanan ibu hamil setiap 100 kalori akan menghasilkan sekitar 8–10 mg zat besi. Perhitungan makan 3 kali dengan 2500 kalori akan menghasilkan sekitar 20–25 mg

zat besi perhari. Selama kehamilan dengan perhitungan 288 hari, ibu hamil akan menghasilkan zat besi sebanyak 100 mg sehingga kebutuhan zat besi masih kekurangan untuk wanita hamil (Manuaba, 2014).

2) Anemia Megaloblastik

Anemia yang disebabkan oleh karena kekurangan asam folat, jarang sekali karena kekurangan vitamin B12. Pengobatannya:

(a) Asam folat 15 – 30 mg per hari

(b) Vitamin B12 3 X 1 tablet per hari

(c) Sulfas ferosus 3 X 1 tablet per hari

(d) Pada kasus berat dan pengobatan per oral hasilnya lamban sehingga dapat diberikan transfusi darah.

3) Anemia Hipoplastik

Anemia yang disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang, membentuk sel darah merah baru. Untuk diagnostic diperlukan pemeriksaan-pemeriksaan diantaranya adalah darah tepi lengkap, pemeriksaan pungsi ekternal dan pemeriksaan retikulosit.

4) Anemia Hemolitik

Anemia yang disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil; apabila ia hamil, maka anemianya biasanya menjadi lebih berat. Gejala utama

adalah anemia dengan kelainan-kelainan gambaran darah, kelelahan, kelemahan, serta gejala komplikasi bila terjadi kelainan pada organ-organ vital. Pengobatannya tergantung pada jenis anemia hemolitik dan beratnya anemia. Obat-obat penambah darah tidak member hasil. Tranfusi darah, kadang dilakukan berulang untuk mengurangi penderitaan ibu dan menghindari bahaya hipoksia janin.

5) Anemia-anemia lain

Seorang wanita yang menderita anemia, misalnya berbagai jenis anemia hemolitik herediter atau yang diperoleh seperti anemia karena malaria, cacing tambang, penyakit ginjal menahun, penyakit hati, tuberkulosis, sifilis, tumor ganas dan sebagainya dapat menjadi hamil. Dalam hal ini anemianya menjadi lebih berat dan berpengaruh tidak baik pada ibu dalam masa kehamilan, persalinan, nifas serta berpengaruh pula bagi anak dalam kandungan. Pengobatan ditujukan pada sebab pokok anemianya, misalnya antibiotika untuk infeksi, obat-obat anti malaria, anti sifilis obat cacing dan lain-lain.

d. Penanganan Anemia Dalam Kehamilan Menurut Tingkat Pelayanan

Menurut Saifuddin (2012) penanganan anemia dalam kehamilan menurut tingkat pelayanan adalah sebagai berikut :

1) Polindes

(a) Membuat diagnosis klinik dan rujukan pemeriksaan laboratorium.

(b) Memberikan terapi oral : tablet besi 90 mg/hari.

(c) Penyuluhan gizi ibu hamil dan menyusui.

2) Puskesmas

(a) Membuat diagnosis dan terapi.

(b) Menentukan penyakit kronik (malaria, TBC) dan penanganannya.

3) Rumah Sakit :

(a) Membuat diagnosis dan terapi.

Diagnosis thalasemia dengan elektroforesis Hb, bila ibu ternyata pembawa sifat, perlu tes pada suami untuk menentukan risiko pada bayi.

3. Paritas

a. Pengertian

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup atau pun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2013). Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang perempuan (BKKBN, 2016). Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28minggu) (JHPIEGO,2015).

Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab, dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus. Sebagai contoh, seorang perempuan dengan status paritas G3P1Ab1, berarti perempuan tersebut telah pernah mengandung sebanyak dua kali, dengan satu kali paritas dan satu kali abortus, dan saat ini tengah mengandung untuk yang ketiga kalinya (Stedman, 2013).

b. Klasifikasi Jumlah Paritas

Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

1) Nullipara

Nullipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali (Manuaba, 2014).

2) Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup didunia luar (Verney, 2014). Primipara adalah perempuan yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali (Manuaba, 2014).

3) Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali. Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan dua hingga empat kali (Manuaba, 2014)

4) Grandemultipara

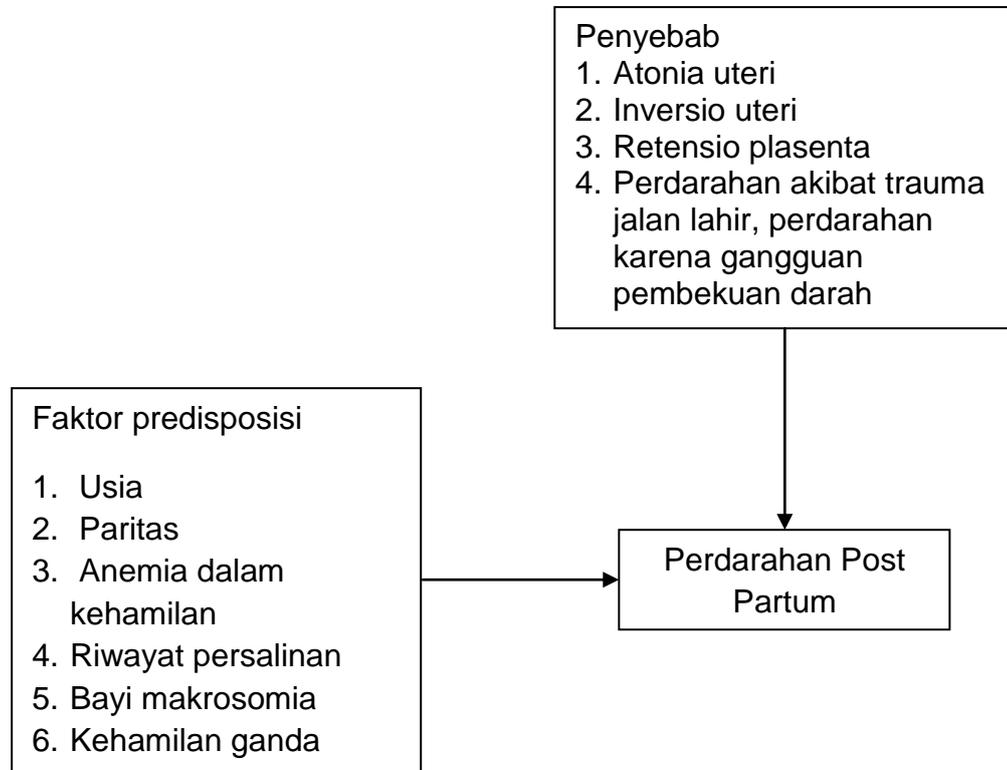
Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2014). Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan lebih dari lima kali (Verney,2014). Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan bayi 6 kali atau lebih, hidup atau mati (Rustam,2015).

b) Landasan Teori

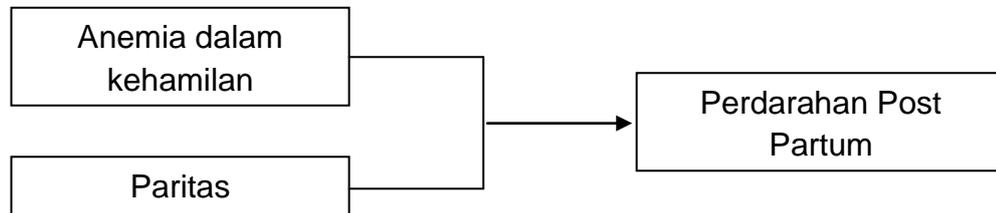
Perdarahan post partum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2012).

Penyebab terjadinya perdarahan post partum yaitu atonia uteri, inversio uteri, retensio plasenta, perdarahan akibat trauma jalan lahir, perdarahan karena gangguan pembekuan darah (William, 2015). Faktor predisposisi perdarahan post partum adalah usia, paritas, anemia dalam kehamilan, riwayat persalinan, bayi makrosomia, kehamilan ganda (Manuaba, 2014).

c) Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori penelitian dimodifikasi dari Saifuddin (2012); William (2015); Manuaba (2014)

d) Kerangka Konsep

Gambar 2: Kerangka Konsep

Keterangan :

Variabel bebas : Anemia Dalam Kehamilan, Paritas

Variabel terikat : Perdarahan Post Partum

e) Hipotesis Penelitian

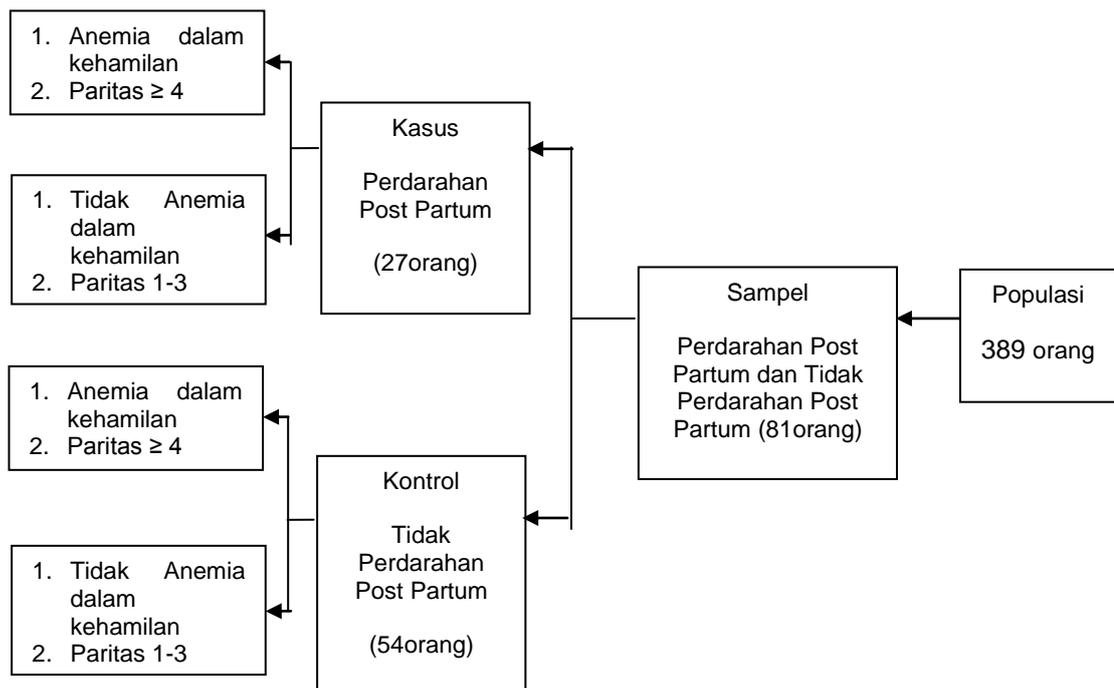
1. Ada hubungan antara anemia dalam kehamilan dengan perdarahan post partum.
2. Tidak ada hubungan antara anemia dalam kehamilan dengan perdarahan post partum.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik dengan rancangan *Case Control Study*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan anemia dalam kehamilan dan paritas dengan perdarahan post partum. Penelitian dimulai dari factor efek (perdarahan post partum) dan akan ditelusuri factor risikonya (anemia dalam kehamilan dan paritas).



Gambar3. Skema rancangan penelitian

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Puskesmas Nambo pada bulan Oktober tahun 2017.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin di ruang bersalin Puskesmas Nambo tahun 2015 dan 2016 berjumlah 389 ibu bersalin.
2. Sampel dalam penelitian adalah ibu bersalin dengan perdarahan post partum dan tidak perdarahan post partum yang berjumlah 81 orang. Perbandingan sampel kasus control 1:2 (27:54).
 - a. Kasus: ibu bersalin dengan perdarahan post partum pada tahun 2015 dan 2016 yang berjumlah 27 orang. Teknik pengambilan sampel kasus secara total sampling, dimana seluruh ibu bersalin dengan perdarahan post partum diambil sebagai kasus.
 - b. Kontrol: ibu bersalin dengan tidak perdarahan post partum pada tahun 2015 dan 2016 yang berjumlah 54 orang. Teknik pengambilan sampel control secara sistematis random sampling, dimana seluruh ibu bersalin yang tidak perdarahan post partum diurutkan memakai nomor, lalu dari 362 orang ibu bersalin dengan tidak perdarahan post partum dibagi jumlah kontrol yang diambil $362:54=6,7$, sehingga sampel untuk control adalah kelipatan 7.

D. Variabel Penelitian

1. Variabel terikat (*dependent*) yaitu perdarahan post partum.

2. Variabel bebas (*independent*) yaitu anemia dalam kehamilan dan paritas.

E. Definisi Operasional

1. Perdarahan post partum adalah perdarahan atau hilangnya darah 500 cc atau lebih yang terjadi setelah anak lahir yang dapat terjadi sebelum, selama, atau sesudah lahirnya plasenta sesuai dengan status ibu. Skala ukur adalah nominal.

Kriteria objektif

- a. Perdarahan post partum
 - b. Tidak perdarahan post partum
2. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar hemoglobin kurang dari 10,5 gr% pada trimester 2 sesuai dengan status ibu. Skala ukur adalah nominal.

Kriteria objektif

- a. Anemia dalam kehamilan
 - b. Tidak anemia dalam kehamilan
3. Paritas adalah jumlah anak yang dimiliki oleh responden. Skala ukur adalah nominal.

Kriteria objektif

- a. Berisiko: paritas ≥ 4
- b. Tidak berisiko: paritas 1-3

F. Jenis dan Sumber Data Penelitian

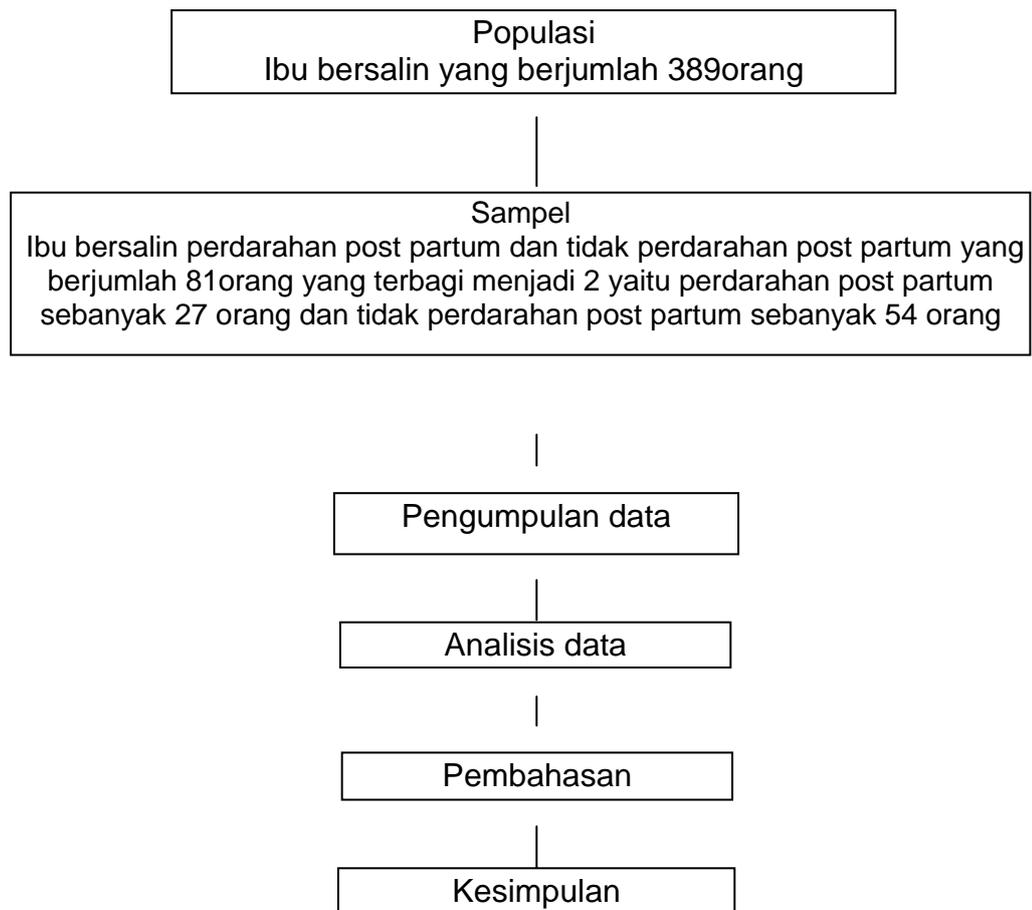
Jenis data adalah data sekunder. Data yang dikumpulkan adalah data tentang kejadian perdarahan post partum, anemia dalam kehamilan dan paritas. Data diperoleh dari buku register di Ruang bersalin Puskesmas Nambo tahun 2015 dan 2016.

G. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar *checklist* tentang kejadian perdarahan post partum, anemia dalam kehamilan dan paritas.

H. Alur Penelitian

Alur penelitian dijelaskan sebagai berikut:



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 kedalam bentuk table distribusi.

b. Analisis data

1. Univariat

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

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

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 :

$$\chi^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Keterangan :

Σ : Jumlah

χ^2 : Statistik Shi-Square hitung

fo : Nilai frekuensi yang diobservasi

fe : 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 χ^2 hitung $\geq \chi^2$ tabel maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti ada hubungan dan χ^2 hitung $< \chi^2$ tabel maka H_0 diterima dan H_1 ditolak yang berarti tidak ada hubungan.

Untuk mendeskripsikan risiko *independent variable* pada *dependent variable*. Ujis tatistik yang digunakan adalah perhitungan *Odds Ratio* (OR). Mengetahui besarnya OR

dapat diestimasi factor risiko yang diteliti. Perhitungan OR menggunakan tabel 2x2 sebagai berikut:

Tabel1

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

Faktor risiko	Kejadian perdarahan post partum		Jumlah
	Kasus	Kontrol	
Positif	a	b	a+b
Negatif	c	d	c+d

Keterangan :

a : jumlah kasus dengan risiko positif

b : jumlah control dengan risiko positif

c : jumlah kasus dengan risikon egatif

d : jumlah control dengan risiko negatif

Rumus *Odds ratio*:

Oddscase : $a/(a+c) : c/(a+c) = a/c$

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 factor risiko

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

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

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian hubungan anemia dalam kehamilan dan paritas dengan perdarahan post partum di Puskesmas Nambo tahun 2015-2016 telah dilaksanakan pada bulan Oktober tahun 2017. Sampel penelitian adalah ibu bersalin yang berjumlah 81 ibu. Data yang telah terkumpul diolah, dianalisis dan disajikan dalam bentuk tabel yang disertai penjelasan. Hasil penelitian terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, analisis univariabel (karakteristik responden, kejadian perdarahan post partum, kejadian anemia dalam kehamilan, paritas), analisis bivariabel (hubungan anemia dalam kehamilan dengan perdarahan post partum dan hubungan paritas dengan perdarahan post partum). Hasil penelitian akan ditampilkan sebagai berikut:

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Demografi Wilayah dan Kerja

Puskesmas nambo merupakan puskesmas induk terletak diatas lahan seluas 16.171 m³, didirikan pada bulan juni 2010. Puskesmas ini merupakan pemekaran dari puskesmas abeli. Puskesmas nambo mencakup 5 wilayah kerja (Kelurahan Bangkutoko, Kelurahan Nambo, Kelurahan Sambuli, Kelurahan Petoaha, Dan Kelurahan Tondonggeu). Jumlah penduduk

keseluruhan 8.247 jiwa. Sekilas tentang wilayah kerja Puskesmas Nambo yaitu

- 1) Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Konda
- 2) Sebelah selatan berbatasan dengan Teluk Kendari
- 3) Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Moramo Utara
Konsel
- 4) Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Abeli

b. Sarana Fisik

Sarana dan prasarana yang terdapat di puskesmas nambo dapat dilihat sebagai berikut :

- 1) Sarana Kesehatan Pemerintah
 - a) Puskesmas induk : 1 buah
 - b) Puskesmas pembantu : 5 buah
- 2) Sarana Kesehatan Bersumber Masyarakat
 - a) Posyandu : 11 tempat
 - b) Posyandu Lansia : 4 tempat
- 3) Sarana / Ruang Puskesmas
 - a) Ruang kepala puskesmas: 1 buah
 - b) Ruang poli umum : 1 buah
 - c) Ruang poli gigi : 1 buah
 - d) Poli KIA/KB : 1 buah
 - e) Ruang gizi : 1 buah
 - f) Ruang UGD : 1 buah

- g) Ruang Kamar Bersalin : 1 buah
- h) Ruang P2M : 1 buah
- i) Ruang tata usaha : 1 buah
- j) Ruang apotik : 1 buah
- k) Ruang kartu : 1 buah
- l) Ruang kesling/promkes : 1 buah
- m) Ruang rapat : 1 buah
- n) Ruang gudang obat : 1 buah
- 4) Kendaraan Operasional
- a) Kendaraan roda empat : 1 buah
- b) Kendaraan roda dua : 5 buah
- 5) Jumlah Pegawai/ Pegawai Tata Usaha

Tabel 1

Jumlah Pegawai/ Pegawai Tata Usaha DI Puskesmas Nambo

Nama Keterangan	PNS	PTT/ Honorar/Mengabd di
Dokter Umum	1	
Dokter Gigi	1	1
Perawat (S.1)	2	1
Perawat (D.3)	3	4
Perawat (D.1 SPK)	3	
Perawat Gigi (D.III)	1	2
Bidan (D.1V)	1	
Bidan (D.III)	4	5
Bidan (D.I)	0	
Kesehatan Masyarakat (S.1)	5	2
Gizi (S.I)	0	1
Gizi (D.III)	1	2
Gizi (SPAG)	1	
Kesehatan Lingkungan (D.III)	1	
Farmasi (S.1)	1	
Farmasi (D.III)	1	1
Non Kesehatan (S.1)	0	
Non Kesehatan (SMU / SMK)	1	
TOTAL	27	19

2. 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 karakteristik responden, kejadian perdarahan post partum, anemia dalam kehamilan. Hasil analisis univariabel sebagai berikut:

a. Karakteristik Responden

Karakteristik merupakan ciri atau tanda khas yang melekat pada diri responden yang membedakan antara responden yang satu dengan yang lainnya. Karakteristik responden pada penelitian ini terdiri dari umur responden, gravida. Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2
Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah	
	n	%
Umur		
Berisiko (<20 dan >35 tahun)	18	22,2
Tidak berisiko (20-35 tahun)	63	77,8
Pekerjaan		
Bekerja	33	40,7
Tidak bekerja	48	59,3

Sumber: Data sekunder 2016

Data yang diperoleh tentang karakteristik responden pada penelitian ini adalah umur responden yang terbanyak adalah umur tidak berisiko (umur 20-35 tahun) sebanyak 63 orang (77,8%) dan pekerjaan terbanyak

adalah tidak bekerja sebanyak 48 orang (59,3%). Kesimpulan yang diperoleh dari karakteristik responden yaitu sebagian besar usia responden dalam usia reproduksi sehat dan tidak bekerja.

b. Kejadian Perdarahan Post Partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 hingga 2016

Perdarahan post partum adalah perdarahan atau hilangnya darah 500 cc atau lebih yang terjadi setelah anak lahir yang dapat terjadi sebelum, selama, atau sesudah lahirnya plasenta sesuai dengan status ibu. Gambaran kejadian perdarahan post partum dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3

Distribusi Kejadian Perdarahan Post Partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 hingga 2016

Kejadian Perdarahan Post Partum	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Perdarahan Post Partum	27	6,9
Tidak Perdarahan Post Partum	362	93,1
Total	389	100

Sumber : Data Sekunder 2015-2016

Distribusi kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Abeli Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016 pada tabel 3 dapat diketahui bahwa kejadian perdarahan post partum sebanyak 27 kasus (6,9%) dari 389 ibu bersalin.

c. Kejadian Anemia Dalam Kehamilandi Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 hingga 2016

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11gr% pada trimester I dan II atau kadar hemoglobin kurang dari 10,5gr% pada trimester ke II sesuai dengan status ibu. Hasil penelitian kejadian anemia dalam kehamilan dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4

Distribusi Kejadian Anemia Dalam Kehamilan di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016

Kejadian Anemia Dalam Kehamilan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Anemia Dalam Kehamilan	32	39,5
Tidak Anemia Dalam Kehamilan	49	60,5
Total	81	100

Sumber : Data Sekunder 2015-2016

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa responden yang mengalami anemia dalam kehamilannya sebanyak 32 orang (39,5%).

d. Paritas Ibu bersalindi Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 hingga 2016

Jumlah anak yang dimiliki oleh ibu sesuai dengan status ibu. Hasil penelitian paritas dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5

Distribusi Paritas Ibu Bersalin di Puskesmas Nambo Kota Kendaritahun 2015 hingga 2016

Paritas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Berisiko	33	40,7
Tidak berisiko	48	59,3
Total	81	100

Sumber : Data Sekunder 2015-2016

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa paritas berisiko responden sebanyak 33 orang (40,7%).

3. 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 Kali Kuadrat* atau *Chi Square*. Untuk melihat besarnya risiko, uji yang digunakan adalah *Odds Ratio* (OR). Analisis bivariabel pada penelitian ini yaitu analisis hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum dan hubungan paritas dengan kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Abeli Kota kendari tahun 2015 hingga 2016. Hasil analisis bivariabel dapat dilihat pada tabel 6 dan 7.

a. Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Di Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 Hingga 2016

Setelah dilakukan analisis data diperoleh hasil penelitian bahwa dari 27 kasus perdarahan post partum sebagian besar ibunya mengalami anemia dalam kehamilannya sebanyak 15 kasus (55,6%) sedangkan dari 54 kasus tidak perdarahan post partum terdapat 37 kasus (68,5%) tidak anemia dalam kehamilan. Hasil analisis *Chi Square* dan nilai OR diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara anemia dalam kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum ($p=0,037$; $X^2=4,365$; $OR=2,721$; $CI95\%=1,050-7,048$). Hasil penelitian ini dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6
Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 hingga 2016

Anemia Dalam Kehamilan	Perdarahan Post Partum				$X^2(p)$	OR (CI95%)
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
Ya	15	55,6	17	31,5	4,365	2,721
Tidak	12	44,4	37	68,5	(0,037)	(1,050-7,048)
Total	27	100	54	100		

Sumber: Data Sekunder 2015-2016

$p < 0,05$

Kesimpulan yang dapat diperoleh adalah ada hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum. Ibu yang mengalami anemia dalam kehamilan berisiko mengalami perdarahan post partum sebesar 2,7 kali dibandingkan yang tidak mengalami anemia dalam kehamilan.

b. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Di Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 Hingga 2016

Hasil penelitian hubungan paritas dengan kejadian perdarahan post partum di puskesmas abeli kota kendari tahun 2015 hingga 2016 dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7
Hubungan Paritas Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 hingga 2016

Paritas	Perdarahan Post Partum				$X^2(p)$	OR (CI95%)
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
Berisiko	19	70,4	14	25,9	14,727	6,786
Tidak	8	29,6	40	74,1	(0,000)	(2,432-18,932)
Total	27	100	54	100		

Sumber: Data Sekunder 2015-2016

$p < 0,05$

Setelah dilakukan analisis data diperoleh hasil penelitian bahwa dari 27 kasus perdarahan post partum sebagian besar ibu dengan paritas berisiko sebanyak 19 kasus (70,4%) sedangkan dari 54 kasus tidak perdarahan post partum terdapat 40 kasus (74,1%) ibu dengan paritas tidak berisiko. Hasil analisis *Chi Squared* dan nilai OR diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara anemia dalam kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum ($p=0,000$; $\chi^2=14,727$; $OR=6,786$; $CI95\%=2,432-18,932$).

Kesimpulan yang dapat diperoleh adalah ada hubungan paritas dengan kejadian perdarahan post partum. Ibu dengan paritas berisiko akan mengalami perdarahan post partum sebesar 6,78 kali dibandingkan paritas tidak berisiko.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Nambo pada bulan Oktober tahun 2017, dari total 81 responden diperoleh hasil bahwa ada hubungan anemia dalam kehamilan dan paritas dengan kejadian perdarahan post partum.

1. Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Di Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 Hingga 2016

Hasil penelitian menyatakan ada hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum. Ibu yang mengalami anemia dalam kehamilan berisiko mengalami perdarahan post partum

sebesar 2,7 kali dibandingkan yang tidak mengalami anemia dalam kehamilan. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Sunnah dkk (2011) berjudul pengaruh anemia pada ibu hamil dengan kejadian perdarahan post partum di RSUD Tugurejo Semarang yang menyatakan ada pengaruh anemia terhadap kejadian perdarahan post partum. Demikian pula hasil penelitian Wanikmatun (2015) berjudul anemia dengan perdarahan post partum di RSUD dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto tahun 2014 juga menyatakan ada hubungan anemia dalam kehamilan dengan perdarahan post partum.

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2012).

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

dan juga jatuh dalam syok (Saifuddin, 2012). Faktor risiko terjadinya perdarahan post partum salah satunya adalah anemia dalam kehamilan.

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar haemoglobin kurang dari 10,5 gr% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Saifuddin, 2012). Darah akan bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut hidremia atau hipervolemia. Akan tetapi, bertambahnya sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Perbandingan tersebut adalah sebagai berikut: plasma 30%, sel darah 18% dan haemoglobin 19%. Bertambahnya darah dalam kehamilan sudah dimulai sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32 dan 36 minggu (Saifuddin, 2012).

Seorang wanita hamil yang sehat dapat kehilangan darah sebanyak 10% dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinik, gejala-gejala baru tampak pada kehilangan darah sebanyak 20%. Gejala klinik berupa perdarahan pervaginam yang terus-menerus setelah bayi lahir. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain (Saifuddin, 2012).

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal, dikatakan anemia jika kadar

hemoglobin kurang dari 11g/dL. Kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Oksigen yang kurang pada uterus akan menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga dapat timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan post partum (Manuaba, 2014).

Anemia pada ibu bersalin dapat meningkatkan rendahnya kemampuan ibu untuk bertahan pada saat persalinan, ibu dengan kadar Hb rendah cenderung dapat mengurangi daya tahan tubuh dan meningkatkan frekuensi komplikasi persalinan yang menyebabkan peningkatan risiko perdarahan pasca persalinan (Lestriana, 2013). Menurut *World Health Organization (WHO)* 36% atau sebesar 1400 juta orang dari populasi 3800 juta orang di negara yang sedang berkembang menderita anemia, dan menyebabkan terjadinya perdarahan sebesar 25%, sedangkan prevalensi di negara maju. Anemia pada ibu hamil merupakan masalah kesehatan terkait dengan insidennya yang tinggi dan komplikasi yang dapat timbul baik pada ibu maupun pada janin. Di dunia 34% ibu hamil dengan anemia dimana 75% berada di Negara sedang berkembang (Syafa, 2015). Di Indonesia, 63,5% ibu hamil dengan anemia (Saifuddin, 2012). Ibu hamil dengan anemia sebagian besar sekitar 62,3% berupa anemia defisiensi besi (ADB) (Saifuddin, 2012).

Pada ibu hamil dengan anemia terjadi gangguan penyaluran oksigen dan zat makanan dari ibu ke plasenta dan janin, yang

mempengaruhi fungsi plasenta. Fungsi plasenta yang menurun dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin. Anemia pada ibu hamil dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin, abortus, partus lama, sepsis puerperalis, perdarahan post partum, kematian ibu dan janin, meningkatkan risiko berat badan lahir rendah, asfiksia neonatorum, prematuritas.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil seperti perbaikan asupan gizi, program pemberian besi, dan pemberian preparat besi jauh sebelum merencanakan kehamilan. Akan tetapi upaya-upaya tersebut belum memuaskan. Hal ini berarti bahwa selama beberapa waktu depan masih tetap akan berhadapan dengan anemia pada ibu hamil.

2. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Di Puskesmas Nambo Kota Kendari Tahun 2015 Hingga 2016

Hasil penelitian menyatakan ada hubungan paritas dengan kejadian perdarahan post partum. Ibu dengan paritas berisiko akan mengalami perdarahan post partum sebesar 6,78 kali dibandingkan paritas tidak berisiko. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Tri (2014) berjudul hubungan paritas dan umur ibu dengan kejadian perdarahan post partum di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta yang menyatakan bahwa ada hubungan paritas dengan kejadian perdarahan post partum. Demikian pula hasil penelitian Wahyuni (2015) berjudul

hubungan usia dan paritas dengan perdarahan post partum di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta yang menyatakan ada hubungan paritas dengan perdarahan post partum.

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2012).

Perdarahan post partum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Saifuddin, 2012). Faktor risiko terjadinya perdarahan post partum salah satunya adalah paritas.

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup atau pun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2013). Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang perempuan (BKKBN, 2016). Paritas adalah jumlah kehamilan

yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28minggu) (JHPIEGO,2015).

Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab,dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus. Sebagai contoh, seorang perempuan dengan status paritas G3 P1 Ab1, berarti perempuan tersebut telah pernah mengandung sebanyak dua kali, dengan satu kali paritas dan satu kali abortus, dan saat ini tengah mengandung untuk yang ketiga kalinya (Stedman, 2013).

Semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (paritas lebih dari 3) maka uterus semakin lemah sehingga besar risiko komplikasi kehamilan. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan pascapersalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai angka kejadian perdarahan pascapersalinan lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik yang lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Saifuddin, 2012). Gambaran klinis Perdarahan Post partum yaitu berupa perdarahan terus menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi semakin jelek. Denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah

menurun, pasien berubah pucat dan dingin dan napasnya menjadi sesak, terengah-engah, berkeringat dan akhirnya coma serta meninggal dunia. Situasi yang berbahaya adalah kalau denyut nadi dan tekanan darah hanya memperlihatkan sedikit perubahan untuk beberapa saat karena adanya mekanisme kompensasi vaskuler. Kemudian fungsi kompensasi ini tidak bisa dipertahankan lagi, denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba turun dan pasien dalam keadaan shock. Uterus dapat terisi darah dalam jumlah yang cukup banyak sekalipun dari luar hanya terlihat sedikit (Oxorn, 2014).

Pada ibu bersalin dengan paritas tinggi, sebagian besar tidak mengalami perdarahan post partum, hal ini dikarenakan pada paritas tinggi kesiapan fisik dan psikologis ibu semakin baik karena dengan persalinan yang telah dijalani sebelumnya menjadikan pengalaman bagi ibu yang akhirnya dapat meningkatkan kesiapan psikologis ibu dalam menjalani persalinannya. Selain itu, pada paritas tinggi kondisi uterus cukup baik sehingga risiko komplikasi kehamilan semakin rendah yang akhirnya dapat mencegah terhadap terjadinya perdarahan post partum. Dengan semakintinggi paritas pada ibu bersalin maka risiko terjadinya perdarahan post partum dapat diminimalkan sehingga angka kejadian kematian ibu akibat proses persalinan dan masa nifas dapat dikurangi. Oleh karena itu diharapkan untuk pasangan usia subur dapat mengatur jumlah kehamilan yang diinginkan.

Untuk mencegah terjadinya perdarahan post partum sebaiknya ibu dapat mengatur jarak kehamilannya, agar saat kehamilan selanjutnya kesehatan fisik ibu telah pulih, jarak kehamilan yang aman yaitu minimal 2 tahun setelah kelahiran yang terakhir. Upaya yang dapat dilakukan tenaga kesehatan untuk mencegah perdarahan post partum yaitu dengan memimpin kala II dan kala III persalinan secara lege artis. Apabila persalinan diawasi oleh seorang dokter atau spesialis obsteteri-ginekologi ada yang menganjurkan untuk memberikan suntikan ergometrin secara intravena setelah anak lahir, dengan tujuan untuk mengurangi jumlah perdarahan yang terjadi. Tindakan pada perdarahan postpartum mempunyai 2 tujuan, yaitu mengganti darah yang hilang dan menghentikan perdarahan. Pada umumnya kedua tindakan dilakukan bersama-sama, tetapi apabila keadaan tidak mengizinkan maka penggantian darah yang hilang yang diutamakan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Dari 389 ibu bersalin terdapat 27 kasus (6,9%) kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.
2. Dari 81 responden terdapat 32 orang (39,5%) yang mengalami anemia dalam kehamilannya di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.
3. Dari 81 responden terdapat 33 orang (40,7%) ibu bersalin dengan paritas berisiko di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016.
4. Ada hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016. Ibu yang mengalami anemia dalam kehamilan berisiko mengalami perdarahan post partum sebesar 2,7 kali dibandingkan yang tidak mengalami anemia dalam kehamilan.
5. Ada hubungan paritas dengan kejadian perdarahan post partum di Puskesmas Nambo Kota Kendari tahun 2015 hingga 2016. Ibu dengan paritas berisiko akan mengalami perdarahan post partum sebesar 6,78 kali dibandingkan paritas tidak berisiko.

B. Saran

1. Masyarakat khususnya ibu hamil dan bersalin diharapkan untuk mengetahui bahaya banyak anak dan anemia dalam hubungannya dengan perdarahan post partum.
2. Petugas kesehatan khususnya bidan diharapkan selalu memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang faktor risiko terjadinya perdarahan post partum dan bahaya perdarahan post partum.
3. Petugas kesehatan diharapkan melakukan pemantauan kehamilan kepada ibu hamil yang mengalami anemia dalam kehamilan terutama pemantauan asupan gizinya selama kehamilan sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya perdarahan post partum.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi. (2015) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Edisi ke 3.* Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Cunningham, F.G. (2015) *Obstetri Williams. Edisi 21.* Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan RI, (2010) *Buku Acuan Persalinan Normal.* Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, (2016) Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Subdin Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara (Lapertakes) Tahun 2015. Kendari: Dinkes Sultra.
- Faisal,A.(2014).Perawatan tali pusat. Diunduh dari <http://ereasoft.files.wordpress.com> pada tanggal 21 April 2017.
- Kementerian Kesehatan RI, (2015) *Profil Kesehatan Indonesia 2014.* Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI, (2016) *Profil Kesehatan Indonesia 2015.* Jakarta: Kemenkes RI.
- Manuaba, I.B.G. (2010) *Pengantar Kuliah Obstetri.* Jakarta: EGC.
- Nugroho, T. (2010) *Buku Ajar Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Puskesmas Nambo, (2017). *Profil Kesehatan Puskesmas Nambo Tahun 2016.* Kendari: Puskesmas Nambo.
- Rukiyah, Ai, Y. Lia, (2014) *Asuhan Kebidanan Patologi IV (Patologi kebidanan).* Jakarta: Trans Info Media.
- Rustam, M. (2015) *Sinopsis ObstetriFisiologiPatologi.* Jilid2. Jakarta: EGC.
- Saifuddin, A.B. (2012) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.* Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjdo.
- Saleha, S.. (2014) *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.* Jakarta: Salemba Medika.

- Sunnah, A., Tri, J., Widodo, S., (2011) Pengaruh Anemia Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum di RSUD Tugurejo Semarang. *Naskah Publikasi*.
- Tri, G.F. (2014) Hubungan Paritas Dan Usia Ibu Bersalin Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2013. *Naskah Publikasi*. STIK Aisyiyah Yogyakarta.
- Wahyuni, K.S. (2015) Hubungan USIA Dan Paritas Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum di RSU PKU Muhammadiyah Bantul. *Naskah Publikasi*. STIK Aisyiyah Yogyakarta.
- Wanikmatun, S., (2015) Anemia Dengan Perdarahan Post partum di RSU dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto tahun 2014. *Naskah Publikasi*.
- Wawan. A. (2015). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan Sikap dan Perilaku Manusia*. Jakarta: Medical Book.
- World Health Organization, (2015) *Maternal Mortality*. Geneva: WHO.
- Manuaba, I.B.G. (2014) *Pengantar Kuliah Obstetr dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- JHPIEGO. 2015. *Obstetri Fisiologi*. Yogyakarta
- Syafa. (2015). *Anemia pada Ibu Hamil* . Diunduh dari <http://drsyafa.wordpress.com/2015/11/16/anemia-pada-bumil>. 23. Depkes RI.
- Oxorn, H. (2014) *Fisiologi dan Patologi Persalina*. Jakarta: Yayasan. Essentia Medika. 4.
- Varney. (2014). *Buku Ajar Asuhan Kebidana*. Edisi 4 Volume 2. Jakarta : EGC
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka. Pelajar
- Mochtar, 2014. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Wiliam. 2015, *Obstetri Ginekologi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Syaifuddin. 2014, *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka.

Lestriana, 2013. *peningkatan risiko perdarahan pasca persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.

HASIL ANALISIS

UMUR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BERISIKO	18	22,2	22,2	22,2
TIDAK BERISIKO	63	77,8	77,8	100,0
Total	81	100,0	100,0	

PEKERJAAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TIDAK BEKERJA	48	59,3	59,3	59,3
BEKERJA	33	40,7	40,7	100,0
Total	81	100,0	100,0	

PARITAS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BERISIKO	33	40,7	40,7	40,7
TIDAK BERISIKO	48	59,3	59,3	100,0
Total	81	100,0	100,0	

ANEMIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ANEMIA DALAM KEHAMILAN	32	39,5	39,5	39,5
TIDAK ANEMIA	49	60,5	60,5	100,0
Total	81	100,0	100,0	

PERDARAHAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PERDARAHAN	27	33,3	33,3	33,3
	TIDAK PERDARAHAN	54	66,7	66,7	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

ANEMIA * PERDARAHAN Crosstabulation

			PERDARAHAN		Total
			PERDARAHAN	TIDAK PERDARAHAN	
ANEMIA	ANEMIA DALAM KEHAMILAN	Count	15	17	32
		% within PERDARAHAN	55,6%	31,5%	39,5%
		% of Total	18,5%	21,0%	39,5%
	TIDAK ANEMIA	Count	12	37	49
		% within PERDARAHAN	44,4%	68,5%	60,5%
		% of Total	14,8%	45,7%	60,5%
Total	Count	27	54	81	
	% within PERDARAHAN	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,365 ^a	1	,037		
Continuity Correction ^b	3,416	1	,065		
Likelihood Ratio	4,326	1	,038		
Fisher's Exact Test				,053	,033
Linear-by-Linear Association	4,311	1	,038		
N of Valid Cases	81				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ANEMIA (ANEMIA DALAM KEHAMILAN / TIDAK ANEMIA)	2,721	1,050	7,048
For cohort PERDARAHAN = PERDARAHAN	1,914	1,035	3,539
For cohort PERDARAHAN = TIDAK PERDARAHAN	,704	,490	1,011
N of Valid Cases	81		

PARITAS * PERDARAHAN Crosstabulation

		PERDARAHAN		Total
		PERDARAHAN	TIDAK PERDARAHAN	
PARITAS	Count	19	14	33
	BERISIKO % within PERDARAHAN	70,4%	25,9%	40,7%
	% of Total	23,5%	17,3%	40,7%
	Count	8	40	48
	TIDAK BERISIKO % within PERDARAHAN	29,6%	74,1%	59,3%
	% of Total	9,9%	49,4%	59,3%
Total	Count	27	54	81
	% within PERDARAHAN	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,727 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	12,944	1	,000		
Likelihood Ratio	14,874	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	14,545	1	,000		
N of Valid Cases	81				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PARITAS (BERISIKO / TIDAK BERISIKO)	6,786	2,432	18,932
For cohort PERDARAHAN = PERDARAHAN	3,455	1,720	6,936
For cohort PERDARAHAN = TIDAK PERDARAHAN	,509	,335	,773
N of Valid Cases	81		

MASTER TABEL PENELITIAN
HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DAN PARITAS DENGAN
PERDARAHAN POST PARTUM DI PUSKESMAS NAMBO TAHUN 2015 – 2016

No	Nama	Umur	Pekerjaan	Jml. Anak	HB	Anemia	Perdarah.P. P
1.	Ny. Nurmiatin	41	IRT	4	7,8 gr%	Ya	Ya
2.	Ny. Ratna	39	IRT	6	7,6 gr%	Ya	Ya
3.	Ny. Suarti	34	IRT	4	8 gr%	Ya	Ya
4.	Ny. SitiSaleha	23	PNS	2	6 gr%	Ya	Tidak
5.	Ny. Nilansari	23	IRT	1	9 gr%	Ya	Tidak
6.	Ny. Andriani	27	IRT	4	4 gr%	Ya	Ya
7.	Ny. Hajar	31	PNS	3	5 gr%	Ya	Tidak
8.	Ny. Yulianti	31	PNS	4	7 gr%	Ya	Ya
9.	Ny. Hasnia	28	PNS	5	7,2 gr%	Ya	Tidak
10.	Ny. Hesti	31	IRT	5	6,5 gr%	Ya	Tidak
11.	Ny. Hamliati	36	IRT	6	8,2 gr%	Ya	Tidak
12.	Ny. Nurlina	34	PNS	5	8,3 gr%	Ya	Tidak
13.	Ny. Rahmatia	38	IRT	4	7 gr%	Ya	Ya
14.	Ny. Suriana	37	SWASTA	5	4,8 gr%	Ya	Ya
15.	Ny. Indri Wahyuni	37	IRT	4	7,8 gr%	Ya	Ya
16.	Ny. Fatmawati	30	IRT	4	7,3 gr%	Ya	Ya
17.	Ny. Heni	30	PNS	4	8,9 gr%	Ya	Ya
18.	Ny. Harwija	32	PNS	4	6,2 gr%	Ya	Ya
19.	Ny. Ningsih	22	IRS	4	5,8 gr%	Ya	Ya
20.	Ny. NesiLayenes	30	PNS	2	5,5 gr%	Ya	Tidak
21.	Ny. Dina	25	PNS	4	6,9 gr%	Ya	Ya
22.	Ny. Asnidar	18	IRT	1	6,7 gr%	Ya	Tidak
23.	Ny. Arianti	36	PNS	3	7 gr%	Ya	Tidak
24.	Ny. Kurnia	31	PNS	4		Tidak	Ya

25.	Ny. Asniar	32	SWASTA	3		Tidak	Ya
26.	Ny. Rismawati	36	PNS	4		Tidak	Ya
27.	Ny. Musda	38	IRT	5	7,4 gr%	Ya	Ya
28.	Ny. Yundriani	19	IRT	1		Tidak	Ya
29.	ST. Suanti	38	PNS	3	8 gr%	Ya	Ya
30.	NY. ST zalia	31	PNS	3		Tidak	Ya
31.	Ny. Sri sarin	22	IRT	2		Tidak	Ya
32.	Ny. Suharni	27	IRT	3		Tidak	Ya
33.	Ny. Kurnia	31	PNS	4		Tidak	Ya
34.	Ny. St ramlan	36	IRT	2		Tidak	Ya
35.	Ny. debiyanti	34	PNS	3		Tidak	Ya
36.	Ny. Sri jayanti	34	PNS	4		Tidak	Ya
37.	Ny. Nisran	27	IRT	2		Tidak	Ya
38.	Ny. Santi	38	IRT	4		Tidak	Tidak
39.	Ny. Salma	27	IRT	2		Tidak	Tidak
40.	Ny. Erniwati	26	IRT	1		Tidak	Tidak
41.	Ny. Sumira	22	IRT	4		Tidak	Tidak
42.	Ny. Nuriati	34	PNS	3		Tidak	Tidak
43.	Ny. Yustin	25	Honoror	1		Tidak	Tidak
44.	Ny. Sarlia	28	IRT	2		Tidak	Tidak
45.	Ny. Febrianingsih	22	IRT	2		Tidak	Tidak
46.	Ny. Sutilah	38	PNS	3		Tidak	Tidak
47.	Ny. Inci	30	PNS	2		Tidak	Tidak
48.	Ny. Narti	30	PNS	4	7,9 gr%	Ya	Tidak
49.	Ny. Nurvita sari	22	IRT	1	4,9 gr%	Ya	Tidak

50.	Ny. Arni	24	IRT	2	5 gr%	Ya	Tidak
51.	Ny. Risnayanti	33	PNS	1	6 gr%	Ya	Tidak
52.	Ny. Inggit	20	IRT	1	7,1 gr%	Ya	Tidak
53.	Ny. Nucitursina	31	IRT	3	8,9 gr%	Ya	Tidak
54.	Ny. Hisrana	33	PNS	3	7 gr%	Ya	Tidak
55.	Ny. Mina	27	IRT	2		Tidak	Tidak
56.	Ny. Rena	28	IRT	4		Tidak	Tidak
57.	Ny. Novi astuti	33	IRT	5		Tidak	Tidak
58.	Ny. Lia	21	IRT	1		Tidak	Tidak
59.	Ny. Meli	18	IRT	1		Tidak	Tidak
60.	Ny. Asnidar	25	IRT	2		Tidak	Tidak
61.	Ny. Asmiati	29	IRT	1		Tidak	Tidak
62.	Ny. Nuraida	25	IRT	2		Tidak	Tidak
63.	Ny. Fatma	41	IRT	4		Tidak	Tidak
64.	Ny. Sartika	25	IRT	2		Tidak	Tidak
65.	Ny. Risma	26	Honorar	4		Tidak	Tidak
66.	Ny. Ida	34	PNS	6		Tidak	Tidak
67.	Ny. Kama	29	IRT	3		Tidak	Tidak
68.	Ny. Lisna	36	PNS	4		Tidak	Tidak
69.	Ny. Andinining	30	PNS	2		Tidak	Tidak
70.	Ny. Hasni	34	IRT	7		Tidak	Tidak
71.	Ny. Nova	20	IRT	1		Tidak	Tidak
72.	Ny. Haryati	31	PNS	3		Tidak	Tidak
73.	Ny. Mardiana	20	IRT	1		Tidak	Tidak
74.	Ny. Rosdiana	29	PNS	2		Tidak	Tidak

75.	Ny. Bunga tang	21	IRT	2		Tidak	Tidak
76.	Ny. Sartina	22	IRT	2		Tidak	Tidak
77.	Ny. Salmiah	36	PNS	3		Tidak	Tidak
78.	Ny. Hertin	22	IRT	2		Tidak	Tidak
79.	Ny. Misrayanti	24	IRT	2		Tidak	Tidak
80.	Ny.Sucihasd ayanti	22	IRT	2		Tidak	Tidak
81.	Ny. Sucianti	28	IRT	2		Tidak	Tidak



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



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

Kendari, 4 April 2017

Nomor : LB.02.03/IV/420/2017
Lampiran :
Perihal : Pengambilan Data Awal

Kepada Yth.
Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari
Cq. Ka. Unit PPM
Di-
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari

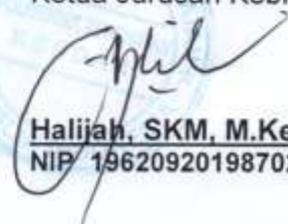
Nama : Yohana Dewi Andriani
Nim : P003120160104
Prodi : D-IV Kebidanan/Alih Jenjang
Judul Penelitian : Hubungan Anemia dan Paritas dengan Kejadian
Perdarahan Post Partum Pada Ibu Bersalin di Wilayah
Kerja Puskesmas Nambo

Pembimbing I DR. Kartini, S.Si.T, M.Kes
Pembimbing II Fitriyanti, SST, M.Keb

Untuk diberikan surat pengambilan data awal di Puskesmas Nambo
Provinsi Sulawesi Tenggara

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

Ketua Jurusan Kebidanan


Halijah, SKM, M.Kes
NIP 196209201987022002



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 3136256 Kendari 93232

Kendari, 22 November 2017

Nomor : 070/3704/Balitbang/2017
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth. Kepala Puskesmas Nambo
di -
Kendari

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL.11.02/1/2754/2017 tanggal 9 November 2017 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : YOHANA DEWI ANDRIANI
NIM : P00312016104
Prog. Studi : D-IV Kebidanan/Aliih Jenjang
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : Puskesmas Nambo Kota Kendari

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

"HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DAN PARITAS DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POST PARTUM DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NAMBO".

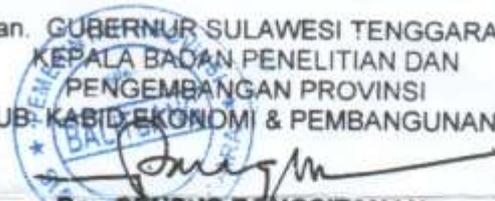
Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 22 November 2017 sampai selesai

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

1. **Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati 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 mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

an. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN PROVINSI
UB: KABID EKONOMI & PEMBANGUNAN


Drs. SENSUS PONGSITANAN.

Pembina Tk I, Gol. IV/b

Nip. 19600322 198903 1 005

Tembusan:

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari
3. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Badan Kesbang Kota Kendari di Kendari;
6. Kepala Puskesmas Nambo di Tempat;
7. Mahasiswa yang bersangkutan.



DINAS KESEHATAN KOTA KENDARI
PUSKESMAS NAMBO
Jalan Poros Kendari – Moramo Kelurahan Nambo



SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN

Nomor : 471 / Pusk-Nbo / XII / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Puskesmas Nambo Kecamatan Nambo Kota Kendari menerangkan bahwa :

Nama : **YOHANA DEWI ANDRIANI**
Nim : **P00312016104**
Prog. Studi : **D.IV kebidanan Poltekkes Kendari**
Pekerjaan : **Mahasiswa**

Judul Penelitian : **“HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DAN PARITAS
DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POST PARTUM
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NAMBO”**

Telah melaksanakan penelitian sejak tanggal 1 November 2017 sampai selesai di Puskesmas Nambo Kecamatan Nambo Kota Kendari.

Demikian surat keterangan ini di buat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 19 Desember 2017

KTU Puskesmas Nambo


HENDRAWATI, SKM
NIP. 19800723 200604 2 013