

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Usia Ibu

a. Definisi

Usia ibu diartikan dengan lamanya keberadaan seseorang diukur dalam satuan waktu dipandang dari segi kronologik individu normal yang memperlihatkan drajat perkembangan anatomis dan fisiologik sama). Umur yaitu usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun.

d. Klasifikasi Usia Ibu

klasifikasi usia ibu hamil dan bersalin sebagai berikut :

- 1) Usia ibu < 20 tahun adalah kategori resiko tinggi
- 2) Usia ibu > 20 tahun sampai dengan 35 tahun adalah kategori resiko rendah
- 3) Usia ibu > 35 tahun adalah kategori resiko tinggi.

2. Paritas

a. Definisi

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (viable). Paritas/para adalah jumlah yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan (28 minggu atau 1000 gram) Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup atau mati, bukan jumlah janin yang dilahirkan.

b. Klasifikasi

Paritas dapat dibedakan menjadi 3 macam yakni primipara, multipara, dan grandemultipara.

- 1) Primipara
Primipara adalah wanita yang telah melahirkan satu kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada saat lahir
 - 2) Multipara
Multipara adalah wanita yang telah melahirkan hingga empat kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada saat lahir.
 - 3) Grandemultipara
Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan lebih dari empat kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada saat lahir
- c. Dampak paritas tinggi
- Paritas yang tinggi memungkinkan terjadinya penyulit kehamilan dan persalinan yang dapat menyebabkan terganggunya transportasi O₂ ke janin dan kemampuan miometrium telah berkurang sehingga menyebabkan perdarahan post partum yaitu atonia uteri

3. Jarak kelahiran

- a. Definisi Kelahiran
adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak kontrasepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Jarak adalah ruang sela (panjang jauh) antara dua benda atau tempat. Jadi, jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan yang pertama dengan kehamilan berikutnya.
- b. Kategori jarak kelahiran
Jarak kehamilan adalah upaya untuk menetapkan atau memberi batasan sela antara kehamilan lalu dengan kehamilan yang akan datang. Idealnya jarak kehamilan adalah lebih dari 2 tahun (2-5 tahun). Pengaturan jarak kehamilan merupakan salah satu upaya usaha agar pasangan dapat lebih siap dalam menerima dan siap untuk

memiliki anak, jarak kelahiran dibagi menjadi beberapa bagian yaitu:

- 1) jarak kelahiran berisiko tinggi yaitu jarak kelahiran kurang dari 2 tahun atau jarak kelahiran lebih dari 6 tahun.
- 2) jarak kelahiran berisiko rendah yaitu jarak kelahiran antara 3-5 tahun (Setriana T, 2018)

4. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan merupakan periode dimulai dari konsepsi sampai janin dilahirkan, waktu hamil normal yaitu 280 hari atau 9 bulan 7 hari yang dapat dihitung mulai hari pertama haid terakhir. Secara medis kehamilan dimulai dari pembuahan sel telur wanita oleh spermatozoa dari pihak pria. Kehamilan merupakan suatu periode dan perkembangan janin yang cukup cepat, dengan kebutuhan terhadap fisiologis, metabolik, dan emosional lumayan tinggi pada seorang ibu.

kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkelanjutan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan perkembangan zigot, nidasi (*implantasi*) pada uterus, pembentukan plasenta, dan terakhir tumbuh kembang hasil konsepsi sampai usia aterm. Kehamilan digolongkan menjadi tiga trimester, yakni trimester pertama yaitu usia 0 sampai 12 pekan, trimester kedua yaitu usia kehamilan 13 sampai 28 pekan, dan terakhir trimester ketiga yaitu usia kehamilan 29 sampai dengan 42 pekan. Pada saat menegakkan kehamilan dapat dilakukan penelitian terhadap tanda dan gejala kehamilan yang ada pada seorang ibu. Untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu selama hamil maka ibu direkomendasikan untuk melakukan kunjungan ke bidan ataupun dokter sedini mungkin agar mendapatkan pelayanan kesehatan yang disebut dengan antenatal care.

b. Tanda dan gejala

1) Tanda pasti kehamilan

- a) Gerakan janin yang bisa dilihat/ diraba/ dirasa, juga bagian bagian janin
- b) Denyut jantung janin yang dapat dicatat dan didengar oleh alat Doppler atau *fetoelektrokardiogram*.
- c) Dilihat pada ultrasonografi

2) Tanda tidak pasti kehamilan (*presumptive*)

- a) Amenore Usia kehamilan dapat dihitung dari tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dijumlah dengan menggunakan rumus naegele yakni $TTP = HPHT + 7 \text{ Hari} - 3 \text{ Bulan}$.
- b) *Nausea and vomiting* Biasanya terjadi pada awal kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi saat pagi hari, sehingga disebut sebagai morning sickness.
- c) Ibu hamil biasa memilih makanan/ minuman tertentu terutama pada bulanbulan triwulan pertama. Ibu hamil juga biasanya tidak tahan terhadap suatu baubauan.
- d) *Syncope* (pingsan) Bila berada di tempat yang ramai dan penuh sesak biasanya ibu hamil pingsan
- e) *Anoreksia* Hanya berlangsung saat triwulan pertama kehamilan selanjutnya nafsu makan muncul kembali Fatigue
- f) *Mammae membesar* *Mammae* membesar, tegang dan sedikit nyeri akibat pengaruh kadar estrogen dan progesteron yang menginduksi duktus dan alveoli payudara. Kelenjar *Montgomery* nampak membesar
- g) Sering berkemih Miksi biasa terjadi disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang mengalami perbesaran. Gejala ini selanjutnya akan hilang pada periode triwulan kedua kehamilan.
- h) Konstipasi/ obstipasi Konstipasi timbul akibat tonus otot-otot usus menurun oleh faktor hormon steroidPigmentasi kulit

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh hormon kortikosteroid plasenta, biasanya dijumpai pada daerah wajah (*Chloasma gravidarum*), areola payudara, leher dan dinding perut (*linea nigra=grisea*).

- i) Epulis atau biasa disebut hipertrofi dari papil gusi
- j) Vasodilatasi dari vena-vena tungkai bawah (*varises*) Kondisi ini muncul biasanya pada triwulan akhir.

c. Tanda kemungkinan hamil

- 1) Perut membesar.
- 2) Uterus membesar
- 3) Tanda Hegar. Ditemukan pada usia kehamilan 6-12 pekan, yaitu nampak uterus segmen bawah rahim lebih lunak dari bagian yang lain.
- 4) Tanda *Chadwick* Adanya perubahan warna dari serviks dan juga vagina menjadi warna agak kebiru-biruan
- 5) Tanda *Piscaseck* Yaitu muncul suatu tempat yang kosong pada bagian rongga uterus disebabkan embrio biasanya berada disebelah atas, dengan pemeriksaan bimanual akan nampak terasa jelas benjolan yang tidak simetris
- 6) Kontraksi kecil dari uterus pada saat dirangsang (*Braxton hicks*)
- 7) Teraba *ballotement*.
- 8) Reaksi kehamilan memunculkan hasil positif. (Asbar, 2021)

5. Anemia pada kehamilan

a. Definisi

Anemia terjadi ketika kadar hemoglobin (Hb) ibu turun di bawah 12 g% (Wiknjosastro, 2015). Hb memberikan oksigen dan nutrisi ke jaringan manusia. Zat besi, asam folat, infeksi, dan masalah darah menyebabkan anemia pada ibu hamil.

Anemia selama kehamilan, persalinan, dan nifas mungkin berbahaya. Anemia dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin, serta membuat tubuh dan otak kekurangan oksigen dan nutrisi selama kehamilan (AB, Saifuddin, 2014).

Data SKRT (Survei Kesehatan Rumah Tangga) 2016 menunjukkan 40,1% ibu hamil mengalami anemia.

Anemia selama 6 kehamilan mengurangi nutrisi janin. Perubahan fisiologis selama kehamilan menghasilkan fluktuasi volume darah tergantung pada ukuran tubuh, usia, jumlah kehamilan sebelumnya, dan jumlah janin (tunggal atau kembar). Volume darah akan tumbuh sampai tanggal jatuh tempo. Peningkatan volume 45-50% sampai usia kehamilan adalah hal yang biasa. Kehamilan menyebabkan hidremia atau hipervolemia, peningkatan volume darah. Darah mengencer ketika sel darah tumbuh kurang dari plasma. 30% plasma, 18% sel darah, 19% hemoglobin. Kenaikan darah hamil dimulai pada minggu ke 10 dan mencapai puncaknya antara minggu ke 32 dan ke 36. Secara fisiologis, pengenceran darah memudahkan kerja jantung selama kehamilan.

b. Penyebab

Penyebab Anemia, faktor terjadinya anemia yaitu:

- 1) Kekurangan zat gizi dalam makanan yang dikonsumsi, misalnya faktor kemiskinan.
 - 2) Penyerapan zat besi yang tidak optimal, misalnya karena diare.
 - 3) Kehilangan darah banyak yang disebabkan oleh perdarahan menstruasi yang banyak, perdarahan akibat luka persalinan yang lalu.
 - 4) Zat besi berbasis makanan tidak cukup.
 - 5) Kebutuhan zat besi meningkat selama kehamilan, remaja, dan gangguan kronis termasuk TB dan infeksi.
 - 6) Cacing tambang, malaria, menstruasi dan perdarahan terkait persalinan. Di Indonesia, kekurangan zat besi paling banyak menyebabkan anemia. Zat besi membantu menghasilkan Hb.
- Anemia dapat terjadi akibat:
- a) Diet kekurangan zat besi
 - b) Kebutuhan zat besi meningkat

c) peningkatan produksi zat besi. (Tarigan, 2022.)

c. Patofisiologi

Peningkatan jumlah darah pada Wanita hamil lazim ditemukan. Peningkatan sel darah merah tersebut dibarengi oleh peningkatan masif dari plasma darah sehingga terjadi pengenceran darah. Pada keadaan ini, plasma darah memiliki porsi 30%, sel darah merah 18%, dan hemoglobin 19%. Puncak dari peningkatan sel darah merah ini akan terjadi pada trimester ke-III pada kehamilan. Peningkatan sel darah merah disertai dengan peningkatan plasma tersebut berfungsi untuk mengurangi kinerja jantung yang berat saat kehamilan, dikarenakan ada dua manusia yang harus disuplai oleh jantung kita.

Perubahan sirkulasi pada kehamilan terfokus pada plasenta dan payudara merupakan perubahan hematologi yang lumrah sehubungan dengan kehamilan. Kemudian, perubahan hematologi tersebut akan mulai menurun dan akhirnya menghilang sepenuhnya pada bulan ke-3 pasca melahirkan (Khalafallah & Dennis, 2012). Selama kehamilan terjadi peningkatan volume darah (hypervolemia). Hypervolemia merupakan hasil dari peningkatan volume plasma dan eritrosit (sel darah merah) yang berada dalam tubuh tetapi peningkatan ini tidak seimbang yaitu volume plasma peningkatannya jauh lebih besar sehingga memberi efek yaitu konsentrasi haemoglobin berkurang dari 12 g/100 ml.

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena ibu hamil mengalami hemodelusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30 % sampai 40 % yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18 % sampai 30 % dan haemoglobin sekitar 19 %. Bila haemoglobin ibu sebelum hamil berkisar 11 gr% maka dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia dalam kehamil dan Hb ibu akan menjadi 9, 5-10 gr%.

Peningkatan volume plasma dimulai pada minggu ke-6 kehamilan. Peningkatan kadar plasma darah menyusul peningkatan dari sel darah merah, sehingga terjadi penurunan jumlah Hb fisiologis selama kehamilan. Sebagai dampaknya terdapat peningkatan kapasitas pengangkut oksigen pada ibu Hamil walaupun dengan kadar Hb yang rendah (Nienhuis & Nathan, 2012; Sentilbes et al., 2016; Stephen et al., 2018). Pada Wanita hamil aterm, diperkirakan volume plasma berkisar 1.250 ml, dengan total peningkatan diatas 48% dari kondisi saat tidak mengandung. Jumlah tersebut merupakan angka yang cukup drastis jika dibandingkan dengan keadaan awal, yang kemudian dilanjutkan dengan peningkatan volume plasma yang lebih lambat setelah minggu ke – 30 kehamilan. (Salsabil, 2021.)

d. Tanda dan Gejala

1) Tanda dan gejala umum

Secara klinik dapat dilihat ibu lemah, pucat, mudah pingsan, dan mata berkunang-kunang, sementara pada tekanan darah masih dalam batas normal, perlu dicurigai anemia defisiensi. Untuk menegakkan diagnose dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan melakukan pemeriksaan Hb

2) Tanda dan gejala pada ibu hamil

Anemia menyebabkan kelemahan dan kelelahan, meskipun gejala anemia terkait kehamilan tidak dapat diprediksi oleh kadar 18 hemoglobin. Anemia defisiensi besi pada ibu hamil mungkin tidak menunjukkan gejala, tetapi lebih mudah lelah, infeksi, dan berisiko mengalami perdarahan postpartum, yang sulit disembuhkan walaupun hanya sedikit darah yang hilang. Gagal jantung dapat menghambat penyembuhan luka episiotomi. (Tarigan, 2021.)

e. Derajat anemia

Diagnosis anemia pada ibu hamil menurut WHO dapat ditegakkan apabila kadar Hb \leq 11 gr/dL. Di Indonesia, anemia pada

ibu hamil diklasifikasikan menjadi; anemia ringan: 9-10.9 gr/dL, anemia sedang : 7-8 gr/dL, dan anemia berat: kurang dari 7 gr/dL.

Standarisasi pengukuran baku hemoglobin dengan cara cyanmet, namun selain cyanmet terdapat cara oxyhaemoglobin dapat digunakan sebagai standarisasi pemeriksaan terhadap pemeriksaan cyanmet. Sejauh ini, pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FTKP) di Indonesia alat diagnostik yang tersedia yakni alat Sahli. Alat Sahli terkenal karena kemudahan dan biaya penggunaan yang bersahabat untuk penggunaan massal di FTKP. (Salsabil, 2021.)

f. Klasifikasi

1) Berdasarkan Hb dalam Darah

Anemia ringan (Hb 10-10,9 g/dl), anemia sedang (Hb 7-9,9 g/dl), dan anemia berat (Hb kurang dari 7 g/dl) dikategorikan berdasarkan kadar hemoglobin. Gonzales dkk. menemukan hubungan antara kadar hemoglobin ibu (7 g/dl) dan hasil bayi. Kadar hemoglobin ibu di atas 11g/dl dan di bawah 13 g/dl menunjukkan risiko sedang dari konsekuensi yang tidak menguntungkan.

2) Berdasarkan Penyebabnya

Menurut Wiknjosastro (2015) sebagai berikut:

a) Anemia Defisiensi Besi

Hipomagnesemia Anemia akibat defisiensi besi. Terapi khususnya kebutuhan zat besi untuk ibu hamil, tidak hamil dan menyusui dianjurkan pemberian pil zat besi.

- Penatalaksanaan:

- Terapi oral

Pengobatan oral adalah pemberian preparat besi, terutama ferrosulfat, ferrogluconate atau sodium ferrobtrate. Zat besi 60 mg/hari dapat meningkatkan Hb sebesar 1 g/bulan. Program

nasional meresepkan zat besi 60 mg dan asam folat 50 nanogram untuk 11 pencegahan anemia

- Terapi parenteral

Pengobatan parenteral hanya diindikasikan jika pasien tidak dapat mengonsumsi zat besi oral, dan terjadi penurunan absorpsi, gangguan saluran cerna atau masa kehamilan lanjut usia (Wiknjosastro, 2012). Larutan besi dekstran mengandung 50 cc besi per ml. Dosis: $BB \text{ (kg)} \times Hb \text{ (g/dl)} \times 2,5$

- Terapi Transfusi

Transfusi sel darah merah atau darah lengkap jarang diperlukan untuk mengobati anemia defisiensi besi, kecuali jika ada perdarahan, anemia parah, atau infeksi dapat mempengaruhi terapi. Pada umumnya untuk individu dengan anemia berat dengan nilai $Hb < 7\%$: Berat Wanita hamil membutuhkan 800 miligram zat besi. 300 mg diperlukan untuk janin dan plasenta, 500 mg digunakan untuk meningkatkan massa hemoglobin ibu, dan 200 mg dieliminasi melalui usus, urin, dan kulit. 100 kalori makanan kehamilan menyediakan 8-10 miligram zat besi. 3 kali makan dengan 2500 kalori sama dengan 20-25 miligram zat besi setiap hari. Selama kehamilan 288 hari, wanita membuat 100 mg zat besi, sehingga mereka masih membutuhkan zat besi

- Pencegahan :

Beberapa cara untuk menghindari kekurangan zat besi di awal kehidupan:

- Anjurkan menyusui
- Tunggu setahun sebelum memberikan susu sapi
- Berikan bayi makanan kaya zat besi dan asam askorbat

- Bayi prematur yang mendapat suplementasi Fe
- MPSI yang mengandung zat besi 13

b) Anemia Megaloblastik

Anemia megaloblastik memiliki makrosit dan neutrofil yang hipersegmentasi. Anemia megaloblastik disebabkan oleh kelainan DNA sel darah merah. Defisiensi vitamin B12 dan asam folat menyebabkan anemia megaloblastik. Anemia megaloblastik menyebabkan ketidakseimbangan inti sel darah merah dan pematangan sitoplasma. Defisiensi folat menghambat replikasi nukleus dan perkembangan sel darah merah. Sel darah merah besar yang dihasilkan pecah di sumsum tulang. Kekurangan folat dan B12 berdampak pada produksi neutrofil dan trombosit. Anemia yang jarang terjadi ini disebabkan oleh defisiensi asam folat dan vitamin B12. Menurut Bobak (2014) pil asam folat diberikan dengan dosis 15-30 mg jika ada kekurangan vitamin B12, baik secara oral maupun parenteral.

- Pengobatannya:
 - Asam folat 15 – 30 mg/hari
 - Vitamin B12 3 X 1 tablet/hari
 - Sulfas ferosus 3 X 1 tablet/hari

c) Anemia Hipoplastik dan Aplastik Anemia hipoplastik dan aplastik disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang. Pemeriksaan darah tepi lengkap, tusukan, dan retikulosit diperlukan

- Penyebab :
 - Kongenital Anemia hipoplastik kongenital terjadi sejak lahir sampai usia 10 tahun. Perubahan genetik atau perkembangan janin.
 - Kerusakan mikrovaskuler sumsum tulang menghambat perkembangan dan pematangan sel.

- Sel punca yang rusak membatasi pembentukan sel darah merah (eritrosit).
- d) Obat-obatan (antibiotik, antikonvulsan)
- Immunologi (tidak pasti)
- Infiltrasi sumsum tulang preleukemik/neoplastik
- Radiasi
- Penyakit (terutama hepatitis)
- Racun (misalnya benzena, kloramfenikol)
- Tanda Gejala
 - Trombositopenia menyebabkan ekimosis dan petekie.
 - Sakit kepala serangan jantung
 - Neutropenia dapat menyebabkan infeksi (demam, bisul, sakit tenggorokan) tanpa peradangan.
 - Pucat
 - Semakin lemah
 - Sesak nafas
 - Takikardia
 - Trombositopenia, mudah memar dan berdarah (terutama dari hidung, gusi, rektum, dan vagina), atau perdarahan retina atau SSP.
- Uji Diagnostik
 - Sel darah merah normalnya normokromik dan norositik, namun makrositosis dan anisositosis dapat terjadi pada 1 juta/ul atau kurang. Jumlah retikulosit rendah.
 - Besi serum tinggi (sampai terjadi perdarahan), tetapi kapasitas pengikatan besi normal atau sedikit berkurang. Gambar mikroskop menunjukkan hemosiderin dan penyimpanan zat besi.
 - Trombosit, neutrofil, dan sel darah putih berkurang.

- Selama perdarahan, tes koagulasi menunjukkan trombosit yang kurang menyimpang.
- Aspirasi sumsum tulang dari berbagai tempat dapat menghasilkan "keran kering", dan biopsi akan menunjukkan sumsum hiposelular atau aplastik, dengan jumlah lemak, jaringan fibrosa, atau penggantian gelatin yang bervariasi, tidak adanya zat besi (karena pengendapan zat besi di hati, bukan tulang sumsum), megakariosit, dan elemen eritroid.
- Tindakan penanganan
 - Hilangkan penyebab yang dapat diidentifikasi
 - Transfusi sel darah merah dan trombosit.
 - Antigen leukosit, globulin anti-timosit, atau siklosporin (untuk anak-anak dan pasien dengan neutropenia berat)
 - Lakukan transplantasi sumsum tulang untuk aplasia parah dan pasien transfusi sel darah merah.
 - Antibiotik infeksi
 - Paru-paru oksigenasi
 - Kortikosteroid meningkatkan sintesis eritrosit (cenderung bekerja pada anak-anak, tetapi tidak pada orang dewasa)
 - Androgen, yang kontroversial, dapat digunakan untuk merangsang sumsum.
 - ALG dapat diberikan.
 - Imunosupresan digunakan (jika pasien tidak menanggapi terapi lain)
 - Agen perangsang koloni merangsang diferensiasi sel.

d) Anemia Hemolitik

Anemia Hemolitik adalah anemia yang disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat

dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil, maka anemianya biasanya menjadi lebih berat. Menurut penelitian, ibu hamil dengan anemia paling banyak disebabkan oleh kekurangan zat besi (Fe) serta asam folat dan vitamin B12. Anemia, kelelahan, kelemahan, dan kelainan organ dapat menyebabkan masalah. Jenis dan tingkat keparahan anemia hemolitik menentukan pengobatan. Tidak ada penambah darah yang bekerja. Transfusi darah berulang mengurangi ketidaknyamanan ibu dan hipoksia janin. Pemberian makanan atau diet pada ibu hamil dengan anemia pada dasarnya ialah memberikan makanan yang banyak mengandung protein, zat besi (Fe), asam folat dan vitamin B 12.

e) Anemia-anemia lain

Seorang wanita dengan anemia, seperti anemia hemolitik genetik atau didapat, mungkin hamil. Dalam situasi ini, anemia memburuk dan mempengaruhi wanita selama kehamilan, persalinan, dan postpartum, serta janin. Antibiotik, anti-malaria, anti-sifilis, obat cacing, dan lain-lain mengobati penyebab utama anemia. (Tarigan, 2022.)

g. Pengaruh

Menurut Proverawati akibat yang akan terjadi pada anemia kehamilan:

- 1) Hamil muda (trimester pertama): abortus, missed abortion, dan kelainan congenital.
- 2) Trimester kedua: persalinan prematur, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asphyxia intrauterine sampai kematian, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), gestosis dan mudah terkena infeksi, IQ rendah, dekompensasi kordis kematian ibu.

Lebih lanjut, akibat kekurangan asupan zat gizi atau anemia pada trimester I dapat menyebabkan hypermisis gravidarum, kelahiran premature, kematian janin, keguguran

36 dan kelainan pada system saraf pusat. Sedangkan pada trimester ke II dan III dapat mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan janin terganggu, BBLR. Selain itu, berakibat terjadi gangguan kekuatan rahim saat persalinan dan perdarahan postpartum.

h. pencegahan

Pencegahan anemia pada kehamilan dapat dilakukan dengan cara:

- 1) diet seimbang, kaya akan zat besi dan protein.
- 2) Makanan yang kaya akan zat besi, seperti pangan hewani yaitu hati, daging, dan telur. Selain itu dapat diperoleh dari nabati, seperti 40 sayuran hijau, kacang polong, kacang-kacangan, dan gandum.
- 3) Dianjurkan juga untuk menggunakan peralatan masak yang terbuat dari besi

i. penatalaksanaan

Penatalaksanaan anemia bergantung pada jenis anemia dan penyebab anemia tersebut. Secara umum, WHO menganjurkan pemberian 120 mg elemental iron dan 0,4 mg asam folat pada wanita hamil yang terdiagnosa anemia. 30 mg elemental iron setara dengan 150 mg ferrous sulfate, 90 mg ferrous fumarate atau 250 mg ferrous gluconate. penanganan anemia defisiensi besi adalah dengan menggunakan preparate besi per oral atau parenteral.

Terapi secara per oral dengan pemberian preparate besi ferrosulfat, fero glukonat, atau N a-fero bistirat. Diberikan dosis sebanyak 60 mg/hari sehingga dapat memberikan dampak bagi kenaikan hemoglobin dalam darah sebanyak 1 gr/dL per bulan setelah pemakaian. Sedangkan pada pemeberian preparate secara parenteral (intravena) dengan menggunakan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20 ml) intravena atau 2 x 10 ml secara intramuscular, efek dari pemberian obat ini relatif lebih cepat karena dapat meningkatkan kadar hemoglobin sebanyak 2 gr/dL selama setelah penggunaan teratur. Pemberian secara parenteral

hanya didasarkan oleh indikasi, seperti intoleransi zat besi pada traktus gastrointestinal, anemia berat, dan rendahnya kepatuhan pasien terhadap minum obat. Pada daerah dengan angka kehamilan yang tinggi namun disertai dengan angka pemenuhan nutrisi yang minim, Wanita di daerah tersebut diwajibkan meminum suplementasi yakni sulfas ferrous atau glukonas ferrous satu tablet per hari selama masa kehamilannya. Selain itu, penekanan atas diet yang seimbang dan juga meningkatkan konsumsi sayuran tinggi akan zat besi dilakukan pada upaya edukasi wanita hamil untuk mengurangi prevalensi kejadian dari anemia defisiensi besi yang tinggi seperti yang terjadi Sekarang ini di negeri Indonesia. (Salsabil, 2021.)

6. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam Rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan adanya kekuatan ibu dari jalan lahirnya

b. Sebab-sebab lainnya persalinan

1) Penurunan kadar progesterone

Hormon estrogen dapat meningkatkan kerentanan otot Rahim, sedangkan hormone progesterone dapat menimbulkan relaksasi otot-otot Rahim. Selama masa kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah. Namun, pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his. Hal inilah yang menandakan sebab-sebab lainnya persalinan.

2) Teori oxytocin

Pada akhir usia kehamilan, kadar oxytocin bertambah sehingga menimbulkan kontraksi otot-otot Rahim.

3) Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka terjadi

kontraksi untuk mengeluarkan yang ada didalamnya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan atau bertambahnya ukuran perut semakin teregang pula otot-otot rahim dan akan menjadi semakin rendah.

4) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar-kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena anencephalus kehamilan sering lebih laam dari biasanya.

5) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diebrikan secara intravena, dan extra amnial menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau setelah persalinan. Penyebab terjadinya persalinan masih tetap belum bisa dipastikan, besar kemungkinan semua faktor bekerja Bersama, sehingga pemicu persalinan menjadi multifactor.

c. Tahapan persalinan

1) Kala I atau kala pembukaan

Tahap ini dimulai dengan his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi sebagai berikut.

a) Fase laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

b) Fase aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi berikut ini :

- Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam
- Fase dilatasi maksimal, yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam waktu 2 jam
- Fase dekelerasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam

2) Kala II

Pengeluaran tahap persalinan kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi

3) Kala III atau kala Uri

Tahap persalinan kala III ini dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta.

4) Kala IV

Masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih di akui adanya kala IV persalinan, meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (puerperium), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.

d. Tanda- tanda persalinan

1) Tanda tanda bahwa persalinan sudah dekat

a) *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa abhwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasan nyeri pada anggota bawah

b) *Pollakisuria*

Pada akhir bulan ke-IX, berdasar hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah

daripada kedudukannya, dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam ointu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut pollakisuria.

c) False labor

Masa 3 atau 4 minggu sebelum eprsalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya ahnya merupakan epningkatan dari kontraksi Braxton hicks. His pendahuluan ini bersifat:

- Nyeri yang terasa di perut bagian bawah
- Tidak teratur
- Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dnegan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang.
- Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.

d) Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang, dan kurang lunak. Namun kondisinya berubah menjadi lebih lembut, beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penapisan. Perubahan ibu berbeda untuk masing-masing ibu.

e) Energi spurt

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningakatan energi ibu ibu tampak dari aktivitas yang dilakukannya sehingga ibu akan kehabisan

tenaga menjelang kelahiran bayi, persalinan menjadi Panjang dan sulit.

f) Gastrointestinal upset

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda, seperti diare, konstipasi, mual, dan muntah karena efek penurunan hormone terhadap system pencernaan.

2) Tanda-Tanda awal persalinan

a) Timbulnya His Persalinan

- Nyeri melingkar dari punggung ke perut bagian depan
- Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya
- Kalau dibawah aberjalan bertambah kuat
- Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks.

b) Bloody Show

Bloody Show merupakan lender disertai darah dari jalan lahir dengan pendataran dan pembukaan. Lender dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

c) *Premature Rupture Of Membrane*

Premature Rupture Of Membrane adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin sobek. Ketuban pecah biasanya kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun

demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

3) Tanda-Tanda Pada Kala I

- a) His belum begitu kuat, datangnya setiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu hingga ia sering masih dapat berjalan
- b) Lambat laun his bertambah kuat: interval lebih pendek, kontraksi lebih kuat dan lebih lama.
- c) Bloosy Show bertambah banyak
- d) Lama kala I untuk primi 12 jam dan untuk multi 8 jam
- e) Pedoman untuk mengetahui kemajuan kala I adalah :
“kemajuan pembukaan 1 cm sejam bagi primi dan 2 cm sejam bagi multi, walaupun ketentuan ini sebetulnya kurang tepat seperti akan diuraikan nanti”

4) Tanda-Tanda Pada Kala II

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit
- b) Ketuban pecah biasanya pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan sekonyong-konyong yang banyak, pasien mulai mengejan
- c) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai didasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum membuka.
- d) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu uterus sehingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “kepala membuka pintu”
- e) Pada akhirnya lingkaran besar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi. Tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada dibawah symphysis disebut “kepala keluar pintu”

- f) Pada his berikutnya dengan ekstraksi maka lahirnya ubun-ubun besar, dahi, dan mulut pada *acommissura posterior*.
 - g) Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut
 - h) Setelah kepala lahir dilanjut dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lender dan cairan
 - i) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
 - j) Sesudah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah
 - k) Lama kala II pada primi kurang lebih 50 menit pada multi kurang lebih 20 menit.
- 5) Tanda-tanda pada kala III
- a) Setelah anak lahir his berhenti sebentar, tapi setelah beberapa menit timbul lagi disebut "his pengeluaran uri" yaitu his yang mengeluarkan uri sehingga terletak pada segmen bawah Rahim (SBR) atau bagian atas dari vagina
 - b) Setelah anak lahir uterus teraba seperti tumor yang keras, segmen atas lebar karena mengandung plasenta, fundus uteri teraba teraba sedikit di bawah pusat.
 - c) Bila plasenta telah lepas bentuk uterus menjadi bundar dan tetap bundar hingga perubahan bentuk ini dapat diambil sebagai tanda pelepasan plasenta
 - d) Jika keadaan ini dibiarkan, maka setelah plasenta lepas fundus uteri naik sedikit hingga setinggi pusat atau lebih dan bagian tali pusat di luar vulva menjadi lebih Panjang

- e) Naiknya fundus uteri disebabkan karena plasenta jatuh dalam SRB atau bagian atas vagian dan dengan demikian mengangkat uterus yang berkontraksi dengan sendirinya akibat lepasnya plasenta maka bagian tali pusat yang lahir menjadi Panjang.
- f) Lamanya kala uri kurang lebih 8,5 menit, dan pelepasan plasenta hanya memakan waktu 2-3 menit. (Fitriyana & Nurwiandani, 2018)

7. Atonia Uteri

a. Definisi

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

b. Etiologi

Faktor-faktor predisposisi atonia uteri meliputi beberapa hal berikut :

- 1) Regangan rahim berlebihan karena kehamilan gemeli, polihidramnion, dan anak terlalu besar.
Kelelahan persalinan terlalu lama atau kasep
- 2) Kehamilan grande multi para (multiparitas > 5 anak)
- 3) Ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemis, atau menderita penyakit menahun.
- 4) Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.
- 5) Infeksi uterine (karioamnionitis)
- 6) Ada riwayat pernah atonia uteri sebelumnya
- 7) Kelainan uterus (leiomioma, kelainan, congenital) Persalinan yang terlalu cepat hingga rahim kelelahan dan tidak dapat berkontraksi
- 8) Plasenta previa dan solusio plasenta
- 9) preeklamsia dan eklamsi. (Maryunani & Sari, 2013)

c. Patofisiologi

Pada dasarnya perdarahan terjadi karena pembuluh darah didalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan

pembuluh darah dalam stratum spongiosum sehingga sinus-sinus maternalis ditempat insersinya plasenta terbuka. Pada waktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga perdarahan akan terhenti. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak

d. Tanda dan Gejala

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang sangat banyak dan darah tidak merembes. Peristiwa sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan disebabkan tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.

2) Konsistensi rahim lunak

Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.

3) Fundus uteri naik.

4) Terdapat tanda-tanda syok

- a) Nadi cepat dan lemah (110 kali/menit atau lebih).
- b) Tekanan darah sangat rendah : tekanan sistolik < 90 mmHg.
- c) Pucat.
- d) Keringat/kulit terasa dingin dan lembab.
- e) Pernafasan cepat frekuensi 30 kali/menit atau lebih.
- f) Gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran.
- g) Urine yang sedikit (< 30 cc/jam). (Setriana, 2018)

e. Komplikasi potensial

Komplikasi kehilangan darah yang banyak adalah syok hipovolemik disertai dengan perfusi jaringan yang tidak adekuat.

f. Diagnosis

- 1) Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diperhatikan bahwa pada saat atonia uteri di diagnosis pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah. Tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti. (Maryunani & Sari, 2013)

g. Pencegahan

- 1) perawatan tahap ketiga yang aktif dapat meminimalkan
- 2) perdarahan post partum terkait atonia uteri
- 3) Atonia uteri yang didiagnosis sebelumnya memerlukan persalinan di rumah sakit
- 4) Pada tahap ketiga, rahim tidak boleh dipijat atau ditekan sampai plasenta terlepas
- 5) Misoprostol 2-3 pil (400-600 mg) setelah lahir
- 6) Konseling ibu yang paritasnya kurang dari 1-3, penyuluhan program KB dan edukasi tentang bahaya memiliki lebih dari lima(grandemultigravida)
- 7) Mencegah anemia postpartum dengan pil zat besi selama ANC (Listiawati, 2022)

h. penatalaksanaan

- 1) Lakukan masase fundus uteru segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)
- 2) Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina, pastikan tidak ada perlukaan jalan lahir yang berat.
- 3) Memastikan kandung kemih kosong, jika penuh dpat di palpasi, lakukan kateterisasi menggunakan teknik aseptik. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi uterus berkontraksi dengan baik.

- 4) Lakukan kompresi bimanual interna selama 1-2 menit kompresi ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi
- 5) Jika KBI tidak berhasil anjurkan keluarga untuk mulai membantu melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE
- 6) Saat keluarga melakukan KBE, penolong segera memberikan suntikan ergometrin 0,2 mg IM (pastikan pasien tidak memiliki hipertensi) atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal
- 7) Pasang infuse RL + 20 IU oksitosin, sesuaikan tetesan geyur
- 8) Ulangi KBI, jika tidak berhasil. Segera rujuk ibu
- 9) Selama dalam rujukan lanjutkan pemberian infus + 20 IU oksitosin minimal 500 cc /jam hingga mencapai tempat rujukan
- 10) Lakukan KBE selama dalam rujukan. (Maryunani & Sari, 2013)

8. Hubungan Usia ibu Dengan kejadian Atonia Uteri Pada Ibu Bersalin

Studi metaanalisis mengenai hubungan usia dengan kejadian perdarahan postpartum di berbagai negara mendapatkan hasil yang berbeda beda serta menggunakan metode penelitian juga kriteria inklusi dan eksklusi yang beragam dalam pengelompokan usia yang diteliti. Frekuensi kejadian perdarahan postpartum primer ditemukan lebih tinggi pada ibu hamil berusia 35 tahu atau lebih. Namun beberapa penelitian juga menemukan kejadian yang tinggi pada usia di bawah 35 tahun.¹³ Pengaruh usia terhadap risiko perdarahan postpartum dapat terjadi apabila ibu yang hamil berusia dibawah 20 tahun maka otot rahim masih terlalu lemah dalam proses involusi sedangkan pada umur > 35 tahun elastisitas otot panggul dan alat reproduksinya sudah menurun, sehingga memungkinkan memiliki komplikasi yang berkembang sekitar waktu kelahiran

Berdasarkan peneltiian yang dilakukan oleh Rosmaria Br Manik , Yuni Susanti – 2019 “Faktor yang berhubungan dengan

kejadian perdarahan postpartum primer di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher provinsi Jambi Tahun 2019” Hasil penelitian menunjukkan umur yang berisiko memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian perdarahan postpartum di RS Raden Mattaher tahun 2019. Menurut Fauziyah, umur mempunyai pengaruh terhadap kemungkinan terjadinya peningkatan jumlah darah pada kala III dan IV yang mengakibatkan terjadinya perdarahan postpartum, dengan umur ibu > 35 tahun yang paling banyak mengalami perdarahan postpartum. (Manik & Susanti, 2019)

9. Hubungan Paritas dengan kejadian Atonia Uteri pada Ibu bersalin

Semakin tinggi angka paritas akan membuat kemampuan uterus untuk kembali ke bentuk semula lebih sulit sehingga berisiko terjadi perdarahan postpartum. Risiko dari perdarahan post partum pada ibu hamil multipara terjadi karena seringnya otot uterus diregangkan sehingga dindingnya menipis dan kontraksinya melemah. Sementara pada paritas yang rendah yaitu paritas 1, risiko perdarahan postpartum dapat terjadi akibat ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan.¹⁶ Perdarahan postpartum berisiko terjadi 7 kali lebih tinggi pada ibu hamil dengan paritas >4.¹⁴ Hal ini berkaitan dengan pendapat Padila yaitu paritas 1 dan paritas > 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, dan cenderung lebih tinggi menyebabkan kematian maternal. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetri lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Paritas yang tinggi dapat mengakibatkan semakin melemahnya kontraksi atau atonia. Kegagalan myometrium berkontraksi segera setelah persalinan dapat menyebabkan uterus mengalami relaksasi penuh, melebar, lembek dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi pembuluh darah yang dapat berakibat perdarahan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rosmaria Br Manik , Yuni Susanti – 2019 “Faktor yang berhubungan dengan kejadian perdarahan postpartum primer di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher provinsi Jambi Tahun 2019” Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan (p value = 0,002) antara paritas dengan kejadian perdarahan postpartum primer, ibu dengan paritas berisiko mempunyai peluang untuk terjadi perdarahan postpartum primer dibandingkan dengan paritas ibu yang tidak berisiko. (Manik & Susanti, 2019)

10. Hubungan Jarak persalinan dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin

Jarak kelahiran yang pendek mengakibatkan resiko kejadian perdarahan postpartum karena tubuh belum pulih setelah kelahiran terdahulu jarak ideal melahirkan sekurangnya 2 tahun. Jarak kehamilan yang terlalu dekat dengan kehamilan sebelumnya akan berdampak resiko yang membahayakan baik pada ibu maupun janinnya. Rahim yang masih belum pulih benar akibat persalinan sebelumnya belum bisa memaksimalkan pembentukan cadangan makanan bagi janin dan untuk ibu sendiri. Akibatnya akan meningkatkan resiko terkena anemia akut. Ibu hamil yang terkena anemia akut akan meningkatkan resiko terhadap perdarahan, komplikasi kehamilan, bayi terlahir prematur, resiko perdarahan saat persalinan, dan resiko terburuk yaitu keguguran

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh, psiari Kusuma wardah – 2018 “ faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya perdarahan pasca persalinan ” analisis bivariat menggunakan chi square sedangkan analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda. Hasil penelitian menunjukkan variabel yang berhubungan dengan kejadian perdarahan postpartum jarak persalinan

(OR=3,972), riwayat perdarahan postpartum (OR=6,569), anemia (OR=17,654). (Wardani, 2017)

11. Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan kejadian Atonia Uteri Pada Ibu Bersalin

Bahwa kadar hemoglobin yang berkurang selama kehamilan merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian atonia uteri. Hemoglobin sangat dibutuhkan oleh tubuh untuk berbagai metabolisme sel dalam hal mengangkut oksigen ke seluruh tubuh termasuk ke uterus. Uterus memerlukan kontraksi yang kuat pada saat persalinan, menghentikan perdarahan akibat lepasnya plasenta dari perletakan di endometrium selama masa kehamilan dan untuk involusi uterus pada saat persalinan. Kadar hemoglobin yang < 11 gr/dl akan mengakibatkan kontraksi otot uterus melemah saat persalinan sehingga meningkatkan perdarahan pasca persaliann dan menjadi sebab potensial mordibitas dan mortalitas ibu beserta bayi.

Anemia merupakan suatu kondisi di mana kadar hemoglobin, hematokrit dan jumlah eritrosit seseorang lebih rendah dari normal. Anemia adalah keadaan menurunnya konsentrasi hemoglobin didalam sel darah merah, yang menyebabkan masalah dalam pengangkutan oksigen didalam tubuh. Ibu hamil memiliki kadar hb normal kurleb 11 gr/dl. Anemia lebihs ering terjadi dalam masa kehamilan kebutuhan nutrisi meningkat dan terjadi perubahan-perubahan dalam darah dan sum-sum tulang

Secara fisiologis, sistem peredaran darah ibu berubah selama kehamilan, yaitu peningkatan volume darah dan volume serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah. Oleh karena itu dapat menyebabkan hemodilusi (pengenceran darah) yang terjadi pada usia kehamilan 16 minggu dan puncaknya pada usia kehamilan 32-26 minggu.

Pengaruh anemia pada ibu bersalin antara lain anemia dapat meningkatkan rendahnya kemampuan ibu untuk bertahan pada saat persalinan, maternal distress, syok, perdarahan pasca persalinan dan berpotensi mengancam nyawa ibu dan bayi. Ibu yang memasuki persalinan dengan konsentrasi hemoglobin yang rendah $< 10,5$ gr/dl dapat menyebabkan ketidakmampuan serabut-serabut miometrium untuk berkontraksi ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan persalinan akibat atonia uteri. (Salsabil, 2021.)

berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Tia Setriana, 2018- Hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin.

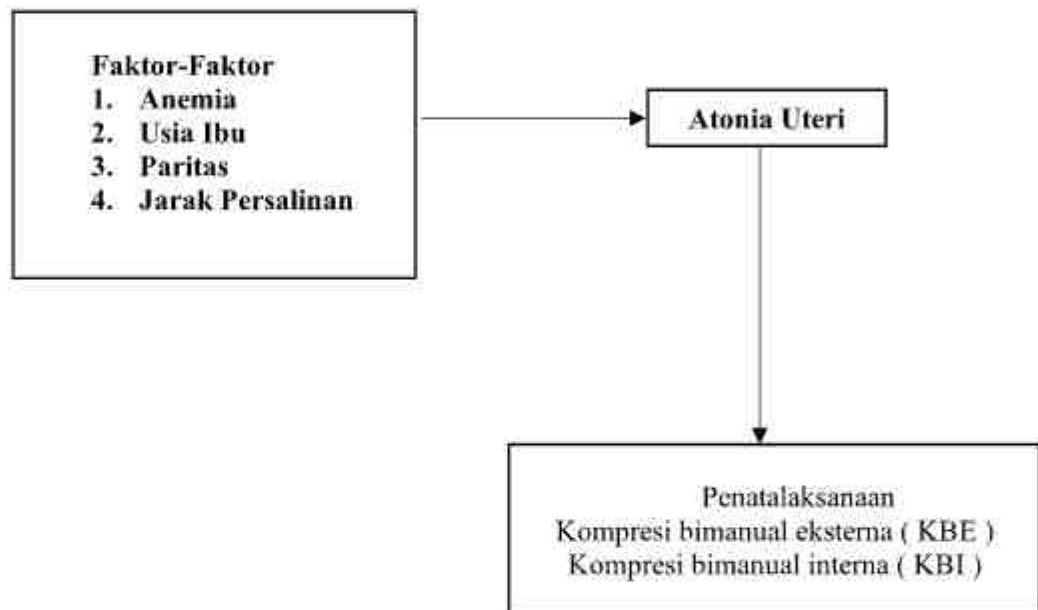
- Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa dari 111 responden sebagian besar 54,1 % memiliki kadar Hb ≤ 11 gr/dl, dan hampir sebagian (45.9%) dengan kadar Hb > 11 gr/dl. Hasil analisis bivariat juga menunjukkan bahwa ibu bersalin mengalami atonia uteri sebagian besar (70.3%) memiliki kadar Hb ≤ 11 gr/dl (anemia) dengan nilai $p=0,026$ atau $p < 0,05$ berarti ada hubungan antara anemia dengan kejadian atonia uteri dan memiliki nilai OR=.2.781 kali berpeluang mengalami atonia uteri.
 - a. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ni Putu Ayu Rieska Wardani, 2018- Hubungan anemia Pada Kehamilan Terhadap Kejadian Atonia Uteri. Dari hasil perhitungan chi square didapatkan bahwa p value $0,03 < 0,05$ maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri. Selain itu berdasarkan nilai OR yang diperoleh ibu hamil yang mengalami anemia pada masa kehamilan beresiko 3.33 kali untuk mengalami atonia uteri pada masa nifas.
 - b. Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Kasih Purwati1, Acholder Sirait , Anindya Novita, 2022 – Hubungan Anemia Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Atonia Uteri Di RS Charis Medika Kota Batam. Dari hasil yang didapatkan Terdapat

hubungan antara anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri didapatkan nilai p value 0.000 ($p < 0.05$).

- c. Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati, Setiawandari, Yuni Khoirul WarohIbu, 2023 - Tingkat Anemia Berhubungan Dengan Kejadian Perdarahan Karena Atonia Uteri (Studi Kasus HPP di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan) Ibu melahirkan di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu sebagian besar dengan tingkat anemia berat mengalami kejadian atonia uteri, sedangkan seluruhnya ibu melahirkan dengan tidak anemia tidak mengalami kejadian atonia uteri. Ada hubungan tingkat anemia dengan kejadian atonia uteri. Ibu melahirkan dengan tingkat anemia berat beresiko 6 kali mengalami kejadian persalinan dengan atonia uteri.

B. Kerangka Teori

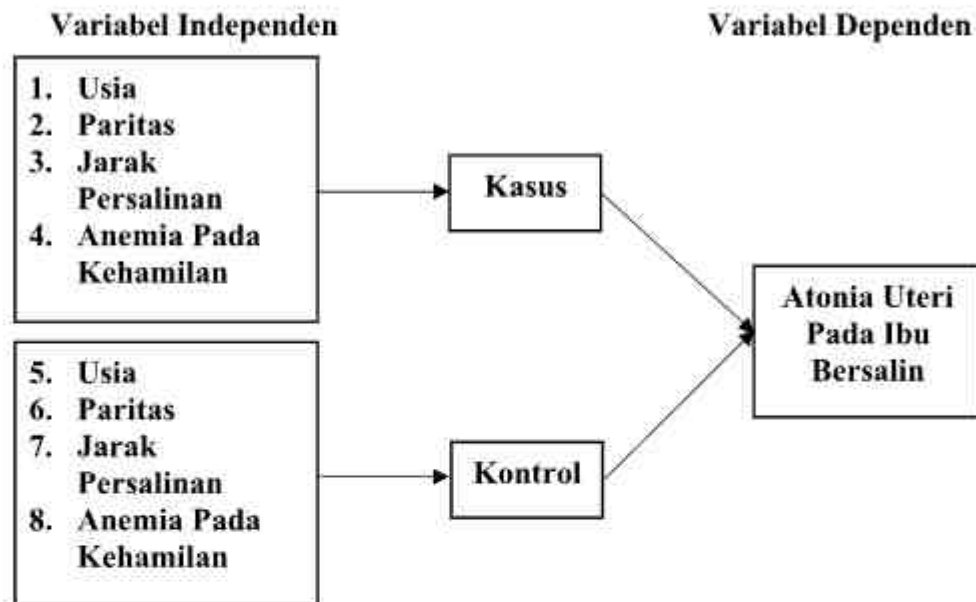
Kerangka teori ialah kerangka yang menggambarkan hubungan hipotesis antara satu atau lebih faktor dengan satu situasi masalah. Dengan demikian faktor faktor yang telah disajikan dalam seksi sebelumnya disintesis sedemikian rupa sehingga dalam kerangka teori tergambar hubungan hipotesis antara satu atau lebih faktor dengan satu situasi masalah. (Sutriyawan, 2021)



Sumber : (Ardani, 2018)
(Setriana, 2018)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan hubungan konsep-konsep yang akan diukur atau diamati melalui penelitian yang akan dilakukan. (Sutriyawan, 2021) Berdasarkan tinjauan pustaka dan landasan teori diatas maka penulis membuat kerangka konsep sebagai berikut :



D. Variabel penelitian

Variable penelitian adalah atribut objek yang akan diukur atau diamati yang sifatnya bervariasi antara satu objek ke objek lainnya. (Sutriyawan, 2021)

b. Variabel Independen

Variabel independent dalam penelitian ini adalah Usia ibu, Paritas, jarak Persalinan dan anemia pada kehamilan.

c. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Atonia Uteri pada ibu bersalin

E. Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu asumsi atau perkiraan yang bersifat logis, prediksi yang berasal atau ramalan ilmiah yang dapat mengarahkan jalan pikiran peneliti mengenai masalah penelitian yang dihadapi yang perlu di uji kebenarannya. Hasil dari suatu penelitian pada hakikatnya adalah suatu

jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian. (Sutriyawan, 2021)

Berdasarkan kerangka konsep diatas dapat dirumuskan hipotesis sebagai Berikut :

- a. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD Dr. H. Abdul Moleoek Provinsi Lampung

F. Definisi Operasional

Definisi Operasional merupakan Batasan dari variable-variabel yang akan diteliti secara operasional atau aplikatif dilapangan. (Sutriyawan, 2021)

Tabel 1. Definisi Operasional

| No | Variabel | Definisi | Cara ukur | Alat ukur | Hasil ukur | Skala ukur |
|------------|------------------|--|-----------|-------------|--|------------|
| Dependen | | | | | | |
| 1. | Atonia uteri | Kejadian atonia uteri pada ibu saat persalinan yang Tercatat di data Medical Record / Rekam Medik pasien | checklist | Rekam Medis | 1 = atonia uteri 0 = tidak atonia uteri | Nominal |
| Independen | | | | | | |
| 2. | Anemia | Hb ibu saat hamil yang Tercatat di data Medical Record / Rekam Medik pasien | Checklist | Rekam Medis | 1 = anemia 0 = tidak anemia | Nominal |
| 3. | Usia | Umur ibu bersalin saat persalinan Tercatat di data Medical Record / Rekam Medik pasien | Checklist | Rekam Medis | 1= resiko tinggi 0= resiko rendah | Nominal |
| 4. | Paritas | Jumlah anak/janin yang di lahirkan oleh ibu bersalin hidup/mati yang tercatat di data Rekam Medik pasien | Checklist | Rekam Medis | 1= resiko tinggi 0= resiko rendah | Nominal |
| 5. | Jarak Persalinan | Jarak atau stase antara persalinan sebelumnya dengan persalinan saat ini dilihat dari data Medical Record/Rekam Medik pasien | Checklist | Rekam Medis | 1= resiko tinggi 0= resiko rendah | Nominal |