

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANEMIA DENGAN KEJADIAN ATONIA UTERI
PADA IBU BERSALIN DI RSUD DR. M. YUNUS
BENGKULU TAHUN 2017**



DISUSUN OLEH :

TIA SETRIANA

NIM. P0 5140314 034

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEBIDANAN
D-IV KEBIDANAN
2018**

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANEMIA DENGAN KEJADIAN ATONIA UTERI PADA IBU
BERSALIN PERVAGINAM DI RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU
TAHUN 2017**

Disusun Oleh :

**TIA SETRIANA
NIM P0 5140314 034**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEBIDANAN
D-IV KEBIDANAN
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

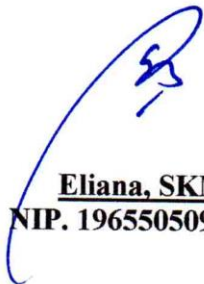
Skripsi ini atas:

Nama : Tia Setriana
Tempat, Tanggal Lahir : Mentiring, 06 September 1996
NIM : P0 5140314 034
Judul Proposal : Hubungan Anemia dengan Kejadian Atonia Uteri
Penelitian pada Ibu Bersalin di RSUD Dr.M. Yunus
Bengkulu Tahun 2017.


Kami setuju untuk diseminarkan pada Juli 2018.



Pembimbing I


Eliana, SKM, MPH
NIP. 1965505091989032001

Pembimbing II


Elly Wahyuni, SST, M.Pd
NIP. 196603211986012001

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANEMIA DENGAN KEJADIAN ATONIA UTERI
PADA IBU BERSALIN DI RSUD DR. M YUNUS
BENGKULU TAHUN 2017**

Disusun Oleh:

**TIA SETRIANA
NIM. P0 5140314 034**


**Telah Di Seminarkan Dengan Tim Penguji Seminar Skripsi
Program Studi Diploma IV Kebidanan Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**

Pada Tanggal 23 Juli 2018, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Penguji

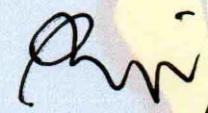
Pembimbing I



Diah Eka Nugraheni, M.Keb
NIP. 198012102002122002


Eliana, SKM, MPH
NIP. 196505091989032001

Penguji I

Pembimbing II


Rialike Burhan, SST, M.Keb
NIP. 198107102002122001


Elly Wahyuni, SST, M.Pd
NIP. 195602201975122001

Mengetahui
**Ketua Program Studi Diploma IV Kebidanan Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**


Rialike Burhan, SST, M.Keb
NIP. 198107102002122001



MOTTO

Allah tiupkan kekuatan melalui ujian-ujian yang datang, Allah tangguhkan sesuatu dari kita untuk mendidik makna arti sabar, Allah ambil sesuatu dari kita untuk mendidik makna arti ridha.

“Bekerjalah bagaikan tak butuh uang. Mencintailah bagaikan tak pernah disakiti. Menarilah bagaikan tak seorang pun sedang menonton”

**SEJATINYA PEREMPUAN TANGGUH BUKAN DIA YANG
SANGGUP MEMABUKAN DUNIA MELAINKAN DUNIA
MEMBUTUHKAN DIA**

(TS)

KATA PERSEMBAHAN

Bissmillahirrahmanirrahim..

Alhamdulillahirabbil'alamin akhirnya sampai ketahap perjuangan terakhir selama 4 tahun ini. Telah saya selesaikan skripsi saya untuk mendapatkan gelar S.Tr.Keb di prodi D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Dengan bangga ku dedikasikan dan ku persembahkan setulus hati "Skripsi" ini untuk :

- Allah SWT sebagai salah satu wujud rasa syukur ku atas segala nikmat yang telah diberikan, dengan segala sifat baik-Nya yang Maha Pencipta (Al-Khaliq) dan Maha Pemberi Karunia (Al-Wahhaab) karena karunia terbesar ku ialah terlahir dari pasangan "keluarga yang sempurna" bagiku, Maha Pemberi Kekayaan (Al-Mughnii) karena telah memberikan kekayaan yang tak akan pernah ada habisnya yaitu "pengetahuan", serta yang Maha Pemberi Rahmat (Al-Fattah) dan hidayah-Nya karena dengan ini saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik.*
- Untuk yang istimewa dan paling berharga kedua orang tuaku bapakku Darlan S.Pd dan mamaku Yawatitus S.KM terima kasih atas segalanya yang takbisa diukur dengan apapun, tak bisa dibalas dengan apapun dan tak bisa digantikan dengan apapun. kupersembahkan ini dengan setulus hati sebagai ucapan terimakasihku untuk setiap "tetes keringat dan air mata" mu, untuk selalu "ada",*

untuk selalu “mengabulkan segala permintaan” Anaknya, untuk selalu “memberi tanpa pernah meminta”.

- Wah ku tersayang Tike Nopra Jayanti SH, abang iparku Albet Adya Putra S.IP,M.AP., dang ku tersayang Elpian Dwi Putra SH, Adek ku tercinta Muhammad Ardian, adekku tercinta Muhammad Arjuna dan keponakan ku tercinta Azka Adiya Ramadhan. Terima kasih atas support dan bantuannya selama ini yang sudah menjadi teman berbagi keluh kesah, menjadi mood-booster, menjadi role model dan sudah ikut andil bahagia dalam pencapaianku kali ini. Untuk kakak-kakak ku terima kasih sudah member contoh yang baik dan untuk adik-adikku semoga nanti kalian lebih baik dari kakak-kakakmu.
- Untuk semua keluarga besar Kaur-Kedurang tanpa terkecuali untuk pakngah dan Makngah, pakcik dan makcik, pakibu dan bungsu, baktue dan maktue, baktengah dan maktengah, wak lanang dan waktine terimakasih atas do'a dan bantuannya.
- Untuk para sepupuku tersayang Selvi Afriansi S.IP, Marsela Gusneva, Nanda Tika Nurjanah, Fahril Andrian, Sopyan Saputra, Destri, Wah Ria, Ngah Lisi, Mubian Hadi, Jumardi, Novian Nasution, Rahmat Ilahi N, Rizki Ilahi Nasution, Rahma Prasepta, Vita, Wulan, Marcelio Sopyan, Dzaki, dan Princess yang belum punya nama hehe. Kuucapkan terima kasih karena telah menemani dan member sumbangsih semangat.

- Untuk Nunu Harison terima kasih telah membantu dalam penyelesaian skripsi yang telah bersedia menjadi tempat berbagi semangat. Semoga dilimpahkan kemudahan untukmu dalam menyelesaikan TESIS tahun 2019.
- Untuk pembimbing 1 dan 2 (Mak EL)ku makku tersayang Bunda Eliana M.PH dan Mak EL ku bunda Elly Wahyuni SST.M.Pd yang selalu mensupport dan memberikan ilmu yang sangat berguna sehingga bisa menyelesaikan skripsi ini dengan sangat baik dan tepat waktu.
- Untuk sahabatku Gita Puspita S.Tr.Keb, Siti Nurhasanah S.Tr.Keb, Watina S.Tr.Keb terimakasih atas kebersamaan selama kurang lebih 3 tahun ini, terima kasih sudah membantu ujian proposal hingga siding hasil dan bersedia jadi pendengar yang baik. Semoga Allah mempermudah kita dalam mendapatkan pekerjaan yang Halal berkah dunia Akhirat Aamiinn..
- Untuk geng CIBE Pklt desa Air Putih Melly Purnamasari Amd.Kep, Lisa W Christina Amd.Kep, Jufri Ramadani Amd.Kep, M Yulius Mardja S Amd.Kep, indah Amd.Kep, Rapika S.Tr.Gz, Rinti Marlina Amd.Gz, Risma Meidiana Amd.Keb, Rini Oktoberina Amd.Gz, Rossa Rozitha Amd.AK, Sella Utari Amd.AK, Zhelvia (Mawar) Amd.Keb, Septa Megaria Amd.Keb dan Rensi Juita (Kitting) terima kasih untuk bantuan, kekompakannya dan kebersamaannya. Tanpa kalian CIBE takkan terkenal wkwkwk

- Untuk keluarga besar Putra-Putri Kampus POLtekkes Kemenkes Bengkulu, Duta Mahasiswa Kebidanan, Duta Wisata Kaur, Putri Pariwisata Provinsi Bengkulu, Ikatan Bujang Gadis Bengkulu Selatan, LIPANUSA, BPSI dan Komunitas Peduli Sosial Bengkulu terima kasih atas pembelajarannya selama ini.
- Kepada teman-teman dekat ku lainnya yang pernah memberikan dukungan dan semangat dimasa perkuliahan ini karena tanpa kalian hidup saya kurang berarti dan berguna hhhe.
- Teman, sahabat, keluarga satu angkatan ku tercinta.
- Kampus dan Almamater yang ku banggakan.

ABSTRAK

Angka Kematian Ibu di Indonesia masih tinggi. penyebab utamanya yakni perdarahan dan penyebab tidak langsung salah satunya anemia. Atonia uteri adalah penyebab perdarahan postpartum. Faktor risiko atonia uteri yaitu anemia, usia ibu, paritas dan jarak kelahiran. Tujuan penelitian untuk melihat hubungan antara anemia dengan kejadian atonia uteri di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu Tahun 2017.

Penelitian menggunakan desain case control dengan populasi semua ibu bersalin pervaginam di RSUD dr. M. Yunus tahun 2017 yaitu berjumlah 111 responden ditentukan secara total sampling dengan teknik systematic random sampling. Data dianalisis dengan analisis univariat, bivariat menggunakan uji Chi-square.

Hasil analisis univariat rata-rata kadar Hb ≤ 11 gr/dl (54,1%), kejadian atonia uteri (33,3%), usia ibu 20-34 tahun (28,8%), jumlah paritas ibu 2-4 (31,5%) dan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara anemia dengan kejadian atonia uteri ($p=0,026$; OR=2,781; CI 95%:1.200-6.443). Namun, tidak ada hubungan usia ibu dengan kejadian atonia uteri ($p=0,711$; OR=1,296; CI 95%:0,549-3,058), Paritas dengan kejadian atonia uteri ($p=0,170$; OR=0,480; CI 95%:0,192-1,199), jarak kelahiran dengan kejadian atonia uteri ($p=0,946$; OR=0.897; CI=0.407-1.979).

Petugas pelayanan kesehatan agar meningkatkan pelayanan kebidanan dengan melakukan deteksi dini terhadap ibu hamil yang mengalami anemia dan meningkatkan pelayanan penatalaksanaan untuk penanganan atonia uteri.

Kata Kunci: Atonia uteri, Anemia, Usia ibu, Paritas dan Jarak kelahiran.

ABSTRACT

Maternal Mortality Rate in Indonesia is still high. the main cause of bleeding and indirect causes one of them anemia. Atonia uteri is the cause of postpartum hemorrhage. Risk factors of uterine atony are anemia, maternal age, parity and birth spacing. The objective of the study was to investigate the relationship between anemia and the occurrence of uterine atony in RSUD. M Yunus Bengkulu Year 2017.

The study used case control design with the population of all vaginal maternal mothers in dr. M. Yunus in 2017 that amounted to 111 respondents is determined in total sampling with systematic random sampling technique. Data were analyzed by univariate analysis, bivariate using chi-square test.

The result of univariate analysis mean Hb ≤ 11 gr / dl (54,1%), uterine atony (33,3%), maternal age 20-34 years (28,8%), mother parity number 2-4 (31.5%) and bivariate analysis results show that there is an association between anemia and the occurrence of uterine atony ($p = 0.026$; OR = 2.781; 95% CI: 1.200-6443). However, there was no maternal age relationship with the incidence of uterine atony ($p = 0.711$; OR = 1,296; 95% CI: 0.549-3.058), Parity with occurrence of uterine atony ($p = 0.170$; OR = 0.480; 95% CI: 0.192-1.199), birth spacing with uterine atony ($p = 0.946$; OR = 0.897; CI = 0.407-1.979).

Health care workers to improve midwifery services by early detection of pregnant women with anemia and improve management services for the treatment of uterine atony.

Keywords: uterine atonia, anemia, maternal age, parity and birth spacing.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sholawat dan salam semoga tercurah kepada Nabi kita Muhammad SAW, sehingga akhirnya penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul **”Hubungan Anemia terhadap kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2017”**.

Penyusunan skripsi ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program studi Diploma IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Skripsi ini dapat terselesaikan berkat dukungan, arahan, dan bimbingan dari berbagai pihak untuk itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak yang telah membantu, terutama kepada:

1. Bapak Darwis, S.Kp, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu Jurusan Kebidanan
2. Bunda Mariati, SKM, MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang telah membantu saya dan memotivasi saya dalam menyelesaikan skripsi ini
3. Bunda Rialike Burhan, M.Keb selaku Ketua Prodi D IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
4. Bunda Eliana, SKM, MPH selaku Pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Bunda Elly Wahyuni, SST, M.Pd selaku Pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Bunda Diah Eka Nugraheni M.Keb selaku Penguji 1 yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.

7. Bunda Epti Yorita SST. M.PH selaku penguji 2 yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Dosen Poltekkes Kemenkes Bengkulu khususnya Dosen Jurusan Kebidanan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan ilmu dan wawasannya yang luas kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
9. Kedua orang tua saya, Bapak Darlan S.pd dan Ibu Yawatitus S.KM yang telah memberikan dukungan semangat dan doa sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Kedua Kakak saya Brigpol Tike Novra Jayanti SH dan Elpian Dwi Putra SH . serta Kedua adik saya Muhammad Ardian dan Muhammad Arjuna telah memberikan dukungan semangat dan doa sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini
11. Teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu angkatan 2014 yang telah memberikan bantuan baik moril maupun materil.
12. Kepada semua pihak yang telah banyak membantu hingga selesainya pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran beserta kritik yang membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan dan perbaikan skripsi ini. Akhir kata, penulis berharap semoga ini dapat bermanfaat bagi bidang pendidikan dan penerapan dilapangan serta bisa dikembangkan lagi lebih lanjut.

Bengkulu, 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Atonia Uteri	9
B. Anemia Dalam Kehamilan	20
C. Usia Ibu	29
D. Paritas	31
E. Jarak kelahiran	34
F. Kerangka Teori	35
G. Kerangka Konsep	37
H. Hipotesis	37
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	38
B. Variabel Penelitian	38
C. Definisi Operasional	39

D. Populasi dan Sampel	41
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	43
F. Pengumpulan, Pengolahan dan Analisis Data	43
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Jalannya Penelitian	46
B. Hasil Penelitian	47
C. Pembahasan	53
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	62
B. Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

NO	Judul	Hal
Bagan 2.1	Kerangka Teori	37
Bagan 2.2	Kerangka Konsep.....	38
Bagan 3.1	Desain Penelitian	40
Bagan 3.2	Variabel Penelitian.....	41

DAFTAR TABEL

NO	Judul	Hal
Tabel 2.1	Jenis Uterotonika dan Cara Pemberiannya	19
Tabel 3.3	Definisi Oprasional	40
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Kadar Hb, Usia Ibu, Paritas, Jarak Kelahiran dengan Kejadian Atonia Uteri pada Ibu Bersalin di RSUD Dr.M Yunus Bengkulu Tahun 2017	49
Tabel 4.2	Hubungan Anemia dengan Kejadian Atonia Uteri pada Ibu Bersalin di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu Tahun 2017	50
Tabel 4.3	Hubungan Paritas dengan Kejadian Atonia Uteri pada ibu Bersalin di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu Tahun 2017	51
Tabel 4.4	Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Atonia Uteri pada Ibu Bersalin	51
Tabel 4.5	Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian Atonia Uteri pada Ibu Bersalin di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu Tahun 2017	52
Tabel 4.6	Hasil Analisis Multivariat pada Ibu Bersalin yang Mengalami Atonia Uteri	53

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul Lampiran
Lampiran 1	Organisasi Penelitian
Lampiran 2	Jadwal Kegiatan Penelitian
Lampiran 3	Biodata
Lampiran 4	Format Pengumpulan Data
Lampiran 5	Hasil Olah Data
Lampiran 6	Lembar Konsultasi Skripsi
Lampiran 7	Izin Penelitian dari RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
Lampiran 8	Surat Keterangan Selesai Penelitian dari RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
Lampiran 9	Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di negara berkembang . Sekitar 80% kematian maternal merupakan akibat meningkatnya komplikasi Selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan (WHO,2014). Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. sedangkan target SDG's yaitu mengurangi Angka Kematian Ibu hingga di bawah 70/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (SDKI, 2012).

Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 menyebutkan penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan 30,3%, hipertensi dalam kehamilan (HDK) 27,1% dan infeksi 7,3%. Selain penyebab obstetrik, kematian ibu juga disebabkan oleh penyebab lain-lain (non obstetrik) sebesar 34,3% (Kemenkes RI, 2016). Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah anemia 40% dan kurang energi kronik (KEK) 37%, dan penyebab lainnya 23% (WHO,2012).

Perdarahan merupakan kondisi ketika darah keluar dari pembuluh darah, dan menyebabkan penderita mengalami kehilangan darah dalam tubuhnya. Perdarahan dapat bersifat antepartum dan perdarahan post partum. Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan di atas 20 minggu atau berat janin lebih dari 1000 gram (Manuaba,2010). Penyebab utama

perdarahan antepartum yaitu plasenta previa, solusio plasenta dan ruptur uteri. Penyebab lain juga dapat ditimbulkan oleh luka pada jalan lahir karena trauma,, varises yang pecah dan kelainan serviks seperti karsinoma, erosi dan polip (Wijakjosastro,2005).

Perdarahan postpartum ditandai dengan perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1000 cc setelah persalinan abdominal dalam 24 jam dan sebelum 6 minggu setelah persalinan. Berdasarkan waktu terjadinya perdarahan postpartum dapat di bagi menjadi perdarahan primer dan perdarahan sekunder. Perdarahan primer adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama. dan perdarahan sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam persalinan (Fauziyah, 2012). Faktor penyebab perdarahan dikenal dengan 4T, yaitu Tonus (atonia uteri) 70%, Trauma (laserasi, hematoma, inversi, ruptur) 20%, Tissue (retensi jaringan, plasenta invasif) 10%, dan Thrombin (koagulopati) 1% (Evenson dan Anderson, 2015).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Rosidi (2016) di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang periode Januari 2014-September 2015, yakni dari 95 pasien perdarahan pascapartum, 33 pasien diantaranya disebabkan oleh atonia uteri (34,7%), sedangkan penyebab lainnya berupa retensio plasenta sebanyak 25 (26,3%) kasus, sisa plasenta sebanyak 17 (17,9%) kasus, ruptur perineum sebanyak 1 (1,1%) kasus, laserasi jalan lahir sebanyak 17 (17,9%) kasus, sedangkan untuk kasus campuran laserasi jalan lahir dan sisa plasenta

sebanyak 2 (2,1%) kasus. Berdasarkan distribusi diatas dapat disimpulkan bahwa penyebab terbanyak perdarahan pascapartum adalah atonia uteri.

Suatu keadaan uterus gagal untuk berkontraksi secara adekuat dan mengecil setelah melahirkan yang dikenal dengan atonia uteri disebabkan oleh beberapa faktor risiko yaitu anemia, usia yang terlalu muda atau terlalu tua, multiparitas, jarak kelahiran, induksi persalinan, anestesi/analgesi, miometrium yang kelelahan, distensi uterus berlebihan, dan riwayat atonia uterus (Cunningham dkk, 2012). Faktor risiko yang paling sering terjadi adalah anemia, usia yang terlalu muda dan tua, multiparitas dan jarak kelahiran (Rosidi (2016), Purwanti dan Trisnawati (2015), Wuryanti, A. (2010), Yuliaswati (2016)).

Anemia pada ibu hamil dengan kadar Hb <11 gr/dl menjelang persalinan dihubungkan dengan kelemahan yang dapat dianggap sebagai penyebab langsung perdarahan postpartum. Frekuensi anemia terhadap perdarahan postpartum yaitu 5-15% dari seluruh persalinan, penyebab atonia uteri memiliki angka presentasi paling tinggi dari yang lainnya yaitu 50-60%, retensio plasenta 16-17%, sisa plasenta 23-24 %, laserasi jalan lahir 4-5%, dan kelainan pembekuan darah 0,5-0.6% (Nugroho, 2010). Hal ini disebabkan karena kurangnya oksigen yang dikirim oleh Hemoglobin didalam darah mengakibatkan uterus kekurangan nuturi sehingga membuat kontraksi otot-otot uterus tidak adekuat sehingga terjadi atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak dan memanjang (Manuaba, 2007). Penelitian Wuryanti

(2010), membuktikan bahwa terdapat hubungan antara anemia dengan kejadian atonia uteri di RSUD Wonogiri pada tahun 2010 .

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Purwanti dan Trisnawati (2015) di RSUD Margono Soekarjo pada bulan Januari 2014-Desember 2014, menunjukkan bahwa adanya hubungan usia dan paritas terhadap atonia uteri yakni, usia (< 20 dan > 35 tahun). Paritas yang lebih dari dua berperan dalam kejadian atonia uteri. Hal ini berkaitan dengan kemampuan otot-otot rahim. Syaifuddin (2009), menyebutkan jika terlalu sering melahirkan, maka serabut otot miometrium mengalami penurunan fungsi dalam berkontraksi dan memicu perdarahan.

Usia merupakan faktor penting yang dapat memicu terjadinya atonia uteri dikarenakan usia berkaitan dengan organ dan hormon yang berperan saat persalinan. Jika usia terlalu muda (< 20 tahun), organ dan hormon belum siap dalam proses persalinan, namun jika terlalu tua (> 35 tahun) fungsi organ dan hormon mengalami kemunduran. Kehamilan dan kelahiran terbaik adalah antara usia 20-35 tahun.

Penelitian Yuliaswati (2016), di RSUD Sukoharjo menyebutkan bahwa jarak kelahiran mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian atonia uteri. Seorang wanita setelah melahirkan membutuhkan waktu 2 tahun atau lebih jarak melahirkan berikutnya agar keadaan uterus dan kondisi umum ibu pulih kembali. Jarak kehamilan yang pendek akan meningkatkan resiko terhadap kejadian atonia uteri. Jarak persalinan yang optimal adalah antara 2-3 tahun. (Prawihardjo,2010).

Atonia uteri yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan syok dan menurunnya kesadaran akibat banyaknya darah yang keluar. Hal ini menyebabkan gangguan sirkulasi darah ke seluruh tubuh dan dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah ke seluruh tubuh sehingga menyebabkan hipovolemia berat. Bila hal ini terus terjadi maka akan menyebabkan ibu tidak terselamatkan (Cunningham, 2010).

Data Profil Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu tahun 2016 tercatat 117 per 100.000 KH. Penyebabnya yaitu perdarahan sebanyak 24 kasus (42%), hipertensi dalam kehamilan sebanyak 10 kasus (18%), gangguan system peredaran darah sebanyak 7 kasus (12%) (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, 2016). Dinas Kesehatan Kota Bengkulu melaporkan ibu hamil dengan anemia pada tahun 2013 sebanyak 168 (2,31%) dari 7.251 ibu hamil, tahun 2014 mengalami peningkatan sebanyak 279 (3,93%) dari 7.093 ibu hamil, tahun 2015 kembali mengalami peningkatan sebanyak 1.398 (19,09%) dari 7.322 ibu hamil (Dinas Kesehatan Kota Bengkulu 2016).

Hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. M. Yunus Bengkulu yang merupakan satu-satunya rumah sakit umum Tipe B sebagai rujukan pertama di Provinsi Bengkulu. Data awal yang di didapatkan pada tahun 2015 kasus penyulit kelahiran dan kehamilan yaitu atonia uteri sebanyak 53 (4,16%) kasus dari 1.271, tahun 2016 sebanyak 25 (2,33%) kasus dari 1.070 ibu yang bersalin dan pada tahun 2017 sebanyak 40 (5,89%) kasus dari 678 ibu bersalin (Data Rekam Medik RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017).

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti melakukan penelitian tentang **“Hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017”**. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi sumber informasi untuk mengenali lebih dini faktor risiko anemia pada ibu bersalin yang bisa menyebabkan atonia uteri dan mengetahui upaya untuk mencegahnya agar terjadi penurunan AKI khususnya di Provinsi Bengkulu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data penelitian di latar belakang bahwa masih tingginya angka kejadian atonia uteri dan tingginya angka kejadian anemia pada ibu hamil dan bersalin maka dapat di rumuskan pertanyaan peneliti “Adakah hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr.M Yunus Bengkulu tahun 2017”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi distribusi frekuensi anemia, usia ibu, paritas, jarak kehamilan dan kasus atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017

- b. Diketahui hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017
- c. Diketahui hubungan usia ibu dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017
- d. Diketahui hubungan paritas dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017
- e. Diketahui hubungan jarak kehamilan dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017
- f. Diketahui variable yang lebih berpengaruh terhadap kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu tahun 2017.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian antara lain :

1. Manfaat Ilmiah Bagi Akademik

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti dan menjadi sumber informasi bagi pihak yang membutuhkan untuk melakukan penelitian selanjutnya

2. Manfaat Praktis

a. Bagi RSUD dr M Yunus Bengkulu

Manfaat bagi RSUD dr M Yunus Bengkulu dapat dijadikan acuan dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak dan sebagai langkah awal deteksi dini dan penelitian ini dapat bermanfaat untuk memberikan informasi mengenai hubungan antara anemia pada ibu hamil terhadap kejadian atonia uteri di RSUD dr. M Yunus Bengkulu yang secara tidak

langsung dapat menurunkan angka kematian ibu karena perdarahan postpartum.

b. Bagi Dinas Kesehatan Bengkulu

Manfaat bagi Dinas Kesehatan Bengkulu adalah sebagai bahan pertimbangan dalam menjalankan program Kesehatan Ibu dan Anak untuk menekan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian serupa pernah diteliti oleh :

1. Wuryanti (2010) di RSUD Wonogiri dari tanggal 15 Mei 2010-10 Juli 2010 di dapatkan bahwa terdapat hubungan antara rendahnya kadar hemoglobin dengan kejadian atonia uteri dengan nilai *p-value* 0,008.
2. Purwanti dan Trisnawati (2015) di RSUD Margono Soekarjo pada bulan Januari 2014-Desember 2014, menunjukkan bahwa adanya hubungan usia dan paritas terhadap atonia uteri.
3. Yuliaswati (2016) di RSUD Sukohardjo menyebutkan bahwa jarak kelahiran mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian atonia uteri.

Perbedaan dengan penelitian yang peneliti lakukan adalah waktu, tempat, metoda dan variabel.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Atonia Uteri

1. Anatomi Uterus

Uterus merupakan organ berongga yang berbentuk seperti buah pir dan berdinding tebal yang berfungsi sebagai tempat untuk menerima, mempertahankan, dan memberi makan ovum yang telah dibuahi (Snell, 2012). Uterus terdiri dari dua bagian utama, yakni bagian segitiga atas yang disebut badan atau *corpus*, dan bagian lainnya merupakan bagian silindris bawah yang disebut serviks, yang masuk ke dalam vagina. *Isthmus* adalah bagian uterus ostium uteri internum dan kavitas uteri. Tuba fallopi juga disebut sebagai tuba uterina yang muncul dari *cornu* uterus pada persimpangan antara batas atas superior dan lateral.

Fundus adalah bagian segmen atas uterus yang cembung di antara tempat insersi tuba uterina. Uterus pada wanita yang sedang tidak mengandung terletak di dalam rongga pelvis di antara kandung kemih di anterior dan rektum di posterior. Sebagian besar corpus uteri kecuali serviks terdiri dari otot (Cunningham dkk, 2012).

Uterus terdiri dari 3 bagian, yakni endometrium, miometrium, dan parametrium. Tunika mukosa yang membatasi corpus uteri disebut endometrium. Tunika ini melanjutkan diri ke atas sebagai tunika mukosa yang melapisi tuba uterina dan ke bawah sebagai membran mukosa yang melapisi serviks. Endometrium langsung melekat pada otot sehingga

tidak mempunyai lapisan submukosa. *Portio supravaginalis cervicis* dikelilingi oleh fascia pelvis vicalis yang ada pada daerah ini sering disebut sebagai parametrium (Snell, 2012). Tunika muscularis atau miometrium membentuk sebagian besar dari uterus. Miometrium terdiri dari berkas otot polos yang disatukan oleh jaringan ikat yang mengandung banyak serat elastis. Serat-serat miometrium sisipan yang mengelilingi pembuluh darah di miometrium merupakan suatu kesatuan untuk mengontrol perdarahan dari tempat insersi plasenta selama persalinan kala tiga (Cunningham dkk, 2012).

Uterus pada wanita nullipara berukuran panjang 6-8 cm dibandingkan dengan wanita multipara dengan panjang 9-10 cm. Pada wanita nonpara, berat uterus rata-rata 50-70 g, sedangkan pada wanita para, berat uterus sekitar 80 g atau lebih. Hal ini diakibatkan oleh perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi selama kehamilan (Langlois, 1970 dalam buku Cunningham dkk, 2012). Arteri utama yang berfungsi untuk menyuplai uterus adalah arteri uterina, sebuah cabang dari arteri iliaca interna. Sedangkan pembuluh darah vena dari uterus adalah vena uterina yang berjalan mengikuti arteri uterina dan bermuara ke dalam vena iliaca interna. Uterus dipersarafi oleh saraf simpatis dan parasimpatis yang berasal dari *pleksus hypogastricus inferior* (Snell, 2012).

2. Uterus pada Masa Kehamilan

Selama masa kehamilan, uterus membesar akibat peningkatan produksi hormon estrogen dan progesteron, yang pada awalnya oleh corpus luteum ovarii, kemudian diteruskan oleh plasenta (Snell, 2012). Kehamilan dapat merangsang pertumbuhan uterus yang sangat cepat yang disebabkan oleh hipertrofi serat-serat otot. Berat uterus dari 70 g meningkat menjadi kira-kira 1.100 g saat cukup bulan. Volume totalnya rata-rata 5 L. Fundus uteri yang sebelumnya berbentuk cembung datar di antara tempat insersi tuba, kini tampak menyisip ke pertemuan sepertiga atas dan tengah uterus. Tuba uterina memanjang, tetapi ovarium secara keseluruhan tampak tidak berubah (Cunningham dkk, 2012).

Pertumbuhan uterus pada trimester pertama distimulasi oleh meningkatnya hormon estrogen dan progesteron. Pembesaran uterus juga diikuti oleh peningkatan vaskularisasi dan dilatasi dari pembuluh darah, hiperplasi dan hipertrofi, serta perkembangan desidua. Pada saat usia gestasi 7 minggu, ukuran uterus sebesar telur ayam; saat usia gestasi 10 minggu, ukuran uterus sebesar buah jeruk; dan saat usia gestasi 12 minggu, ukuran uterus seperti *grapefruit*. Setelah itu, pembesaran uterus disebabkan oleh tekanan mekanik dari pertumbuhan fetus (Lowdermilk, 2016). Selama trimester kedua, dinding otot lebih kuat dari sebelumnya dan menjadi lebih elastis, berbentuk sferis atau globular. Kemudian, karena janin yang tumbuh menyebabkan uterus akan semakin besar dan lebih ovoid (Lowdermilk, 2016).

Menjelang persalinan, persiapan uterus berupa terjadinya perubahan dari miometrium yang tenang selama fase satu (fase pendahuluan untuk partus) menjadi uterus yang lebih aktif (fase dua) sebagai persiapan untuk kontraksi persalinan. Proses ini terjadi akibat perubahan dalam ekspresi protein-protein kunci yang berfungsi mengontrol kontraktilitas. Berbagai *Contraction Associated Protein* (CAP) ini mencakup reseptor oksitosin, reseptor prostaglandin F, dan koneksin 43 (Smith, 2007 dalam buku Cunningham, 2012). Oleh karena itu, reseptor oksitosin miometrium meningkat pesat seiring dengan peningkatan jumlah dan luas permukaan protein-protein *gap junction* sehingga terjadi peningkatan iritabilitas uterus dan kepekaan uterus terhadap uterotonin. Selain itu, juga terbentuk segmen bawah uterus dari *isthmus*. Kontraksi uterus bersifat involunter dan umumnya tidak dikontrol oleh faktor dari luar uterus. Pada persalinan fase aktif, durasi setiap kontraksi berkisar dari 30 sampai 90 detik, rata-rata sekitar 1 menit (Cunningham dkk, 2012).

3. Definisi Atonia Uteri

Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana serat-serat otot miometrium gagal untuk berkontraksi dan memendek sehingga uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Wiknjosastro, 2007). Hal ini merupakan penyebab perdarahan pascapartum yang paling sering dan biasanya terjadi segera setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan.

Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik. (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

4. Patofisiologi Atonia Uteri

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 (Wiknjosastro,2007).

5. Tanda dan Gejala Atonia Uteri

Tanda dan gejala Atonia Uteri yang bias dikenali dengan tanda-tanda sebagai berikut :

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada atonia sangat banyak dan disertai dengan gumpalan karena tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah .

b. Konsistensi Rahim lunak

Gejala khas atonia uteri yang membedakan atonia dengan penyebab yang lain.

c. Fundus uteri naik

Dikarenakan adanya darah yang terperangkap didalam cavum uteri dan mengumpal.

d. Terdapat tanda-tanda syok

Tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan lema, ekstremitas dingin (Eniyati, 2013).

6. Diagnosis Atonia Uteri

Diagnosis atonia uteri bisa ditegakkan ketika setelah bayi dan plasenta lahir ternyata dijumpai perdarahan yang masih aktif dan banyak per vaginam yang disertai gumpalan karena tromboplastin sudah tidak lagi memegang peran sebagai anti pembeku darah, dan pada saat dipalpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih yang disebabkan karena adanya darah yang terperangkap dalam cavum uteri dan menggumpal yang disertai dengan kontraksi yang lemah (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Perlu juga diperhatikan bahwa pada saat diagnosis atonia uteri ditegakkan, maka pada saat itu juga masih terdapat darah sebanyak 500-1.000 cc yang telah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti. Selain itu, pemeriksaan dengan palpasi juga didapatkan uterus yang lembek (konsistensi rahim lunak) dan kaku akibat kehilangan tonus. Tanda-tanda syok juga penting untuk diperhatikan

dengan gejala seperti hipotensi, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual, dll (Prawirohardjo, 2010).

7. Faktor Predisposisi Atonia Uteri

Beberapa kondisi selama hamil dan bersalin dapat merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan paska persalinan, keadaan tersebut ditambah lagi dengan tidak maksimalnya kondisi kesehatannya dan nutrisi ibu selama hamil. Oleh karena itu faktor-faktor haruslah diketahui sejak awal dan diantisipasi pada waktu persalinan :

a. Usia ibu

Usia ibu mempunyai pengaruh terhadap kemungkinan terjadinya peningkatan jumlah darah pada kala III dan kala IV. Usia dibawah 20 tahun uterus belum berfungsi sempurna sedangkan usia diatas 35 tahun terjadi kemunduran progresif sehingga dinding endometrium tidak berkontraksi sempurna pada saat persalinan dan setelah persalinan. Usia aman untuk kehamilan dan persalinan yaitu 20 tahun sampai 30 tahun (Fauziah, 2012).

b. Paritas

Pada grandemultigravida mempunyai resiko yang besar untuk peningkatan jumlah darah pada kala III dan kala IV. Hal ini disebabkan adanya gangguan elastisitas otot-otot uterus karena peregangan akibatnya dinding uterus menipis dan kontraksi menjadi lemah. Uterus terlalu tegang, misalnya pada hidramnion, kehamilan

kembar, anak besar, uterus yang kelelahan (persalinan lama), dan uterus yang lembek akibat narkosa (Kavle, 2008).

c. Anemia

Anemia adalah keadaan kadar Hemoglobin kurang dari 10 gr/dl akibatnya terjadi penurunan kadar oksigen dalam darah sehingga mengganggu proses oksigenasi dan metabolisme otot-otot uterus yang menyebabkan gangguan kontraksi pada uterus (Fauziyah, 2012)

d. Jarak kelahiran

Jarak kelahiran yang pendek mengakibatkan resiko kejadian perdarahan postpartum karena tubuh belum pulih setelah kelahiran terdahulu jarak ideal melahirkan sekurangkurangnya 2 tahun (Manuaba, 2007). 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 (Manuaba, 2007).

Faktor lain yang bisa menjadi faktor predisposisi atonia uteri adalah :

a. peregangan uterus yang berlebihan

- b. induksi persalinan
- c. riwayat atonia uterus
- d. myometrium yang kelelahan
- e. distensi uterus yang berlebihan
- f. persalinan dengan tindakan (Nugroho, 2010).

8. Pencegahan Atonia Uteri

Pencegahan terjadinya perdarahan post partum adalah dengan melakukan manajemen aktif kala III dengan benar. Selain itu juga dianjurkan untuk memberikan uterotonika segera setelah bayi lahir dan tindakan pencegahan tidak hanya dilakukan pada saat bersalin, namun dimulai dari awal kehamilan. Pengawasan antenatal memberikan manfaat untuk deteksi dini komplikasi pada kehamilan sehingga dapat dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinan (Rukiyah dkk, 2010).

Di bawah ini tabel jenis uterotonika dan cara pemberiannya.

**Tabel 2.1 .
Jenis Uterotonika dan Cara Pemberiannya**

Jenis dan Cara	Oksitosin	Ergometrin	Misoprostol
Dosis dan Cara pemberian awal	IV : Infus 20 unit dalam 1 liter larutan garam fisiologis dengan 60 tetesan per menit IM : 10 unit	IM atau IV (secara perlahan) : 0,2 mg	Oral 600 mcg atau rektal 400 mcg
Dosis lanjutan	IV : Infus 20 unit dalam 1 liter larutan garam fisiologis dengan 40 tetes/menit	Ulangi 0,2 mg IM setelah 15 menit. Jika masih diperlukan, beri IM/IV setiap 2-4 jam	400 mcg 2-4 jam setelah dosis awal
Dosis maksimal per hari	Tidak lebih dari 3 liter larutan dengan oksitosin	Total 1 mg atau 5 dosis	Total 1.200 mcg atau 3 dosis
Indikasi kontra atau hati-hati	Tidak boleh memberi IV secara cepat atau bolus	Preeklampsia, vitium kordis, hipertensi	Nyeri kontraksi

Sumber : (Saifuddin dkk.2013).

9. Penatalaksanaan perdarahan post partum

Menurut Rukiyah dkk (2010), melakukan penatalaksanaan atonia uteri harus sesuai dengan etiologinya. Berikut penanganan atonia uteri :

- a. Lakukan Resusitasi dengan memberikan oksigenisasi dan pemberian cairan cepat apabila terjadi perdarahan postpartum;
- b. Pemberian uterotonika, pemberian oksitosin pada kala III dapat mengurangi perdarahan postpartum lebih dari 40%. Manajemen aktif kala III dapat mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan;

c. Lakukan Masase dan kompresi bimanual, masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan perdarahan :

1) Kompresi Bimanual Interna (KBI)

Kompresi uterus dilakukan dengan cara melakukan penekanan kepala tangan pada fornix anterior kearah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus kearah depan sehingga uterus di tekan kearah depan dan belakang. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka di dinding uterus dan juga merangsang myometrium untuk berkontraksi. Lakukan selama 5 menit, jika uterus berkontraksi lakukan 2 menit dilanjutkan observasi kala IV secara ketat (Rukiyah dkk, 2010). Jika uterus tidak berkontraksi maka lanjutkan Kompresi Bimanual Eksterna.

2) Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)

Kompresi uterus dilakukan dengan cara saling mendekatkan tangan depan (pada dinding abdomen) dan tangan belakang (sejajar dinding depan corpus uteri) yang melingkupi bagian uterus seluas mungkin (Rukiyah dkk, 2010). Pantau aliran darah yang keluar, bila perdarahan berkurang kompresi dilanjutkan, jika tidak lakukan KAA.

3) Kompresi Aorta Abominalis

Raba arteri femoralis dengan ujung jari tangan kiri dan kepalkan tangan kanan kemudian tekan pada daerah umbilicus, tegak lurus dengan sumbu badan hingga mencapai columna vertebralis, jika uterus gagal berkontraksi maka rujuk dengan tindakan KAA dan KBE.

B. Anemia Dalam Kehamilan

1. Definisi Anemia

Anemia adalah suatu kondisi dimana berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau masa hemoglobin sehingga tidak mampu memenuhi fungsi sebagai pembawa oksigen keseluruhan jaringan (Tarwoto dkk, 2007). Anemia adalah suatu keadaan dimana jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pengangkut oksigen) di bawah normal (Elizabeth, 2015). Anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar Hb dibawah 11 gr% pada trimester 1 dan trimester 3 atau kadar Hb <10,5 gram% pada trimester 2 karena terjadinya hemodilusi pada trimester II (Saifuddin, 2012).

2. Etiologi Anemia

Anemia pada ibu hamil biasanya disebabkan oleh:

- a. Kurang gizi (malnutrisi)
- b. Kurang zat besi dalam makanan
- c. Malabsorsi

- d. Kehilangan darah banyak pada waktu persalinan yang lalu misalnya haid. Atau penyakit seperti malaria dan kanker (Tarwoto dkk, 2007).

3. Patofisiologi

Darah bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut hidremia atau hipervolemia, akan tetapi bertambahnya sel-sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma, sehingga pengenceran darah. Pertambahan tersebut berbanding plasma 30,00%, sel darah merah 18,00% dan Hemoglobin 19,00%. Tetapi pembentukan sel darah merah yang terlalu lambat sehingga menyebabkan kekurangan sel darah merah atau anemia.

Pengenceran darah dianggap penyesuaian diri secara fisiologi dalam kehamilan dan bermanfaat bagi wanita, pertama pengenceran dapat meringankan beban jantung yang harus bekerja lebih berat dalam masa kehamilan, karena sebagai akibat hidremia cardiac output untuk meningkatkan kerja jantung lebih ringan apabila viskositas rendah. Resistensi perifer berkurang, sehingga tekanan darah tidak naik, kedua perdarahan waktu persalinan, banyaknya unsur besi yang hilang lebih sedikit dibandingkan dengan apabila darah ibu tetap kental. Tetapi pengenceran darah yang tidak diikuti pembentukan sel darah merah yang seimbang dapat menyebabkan anemia. Bertambahnya volume darah dalam kehamilan dimulai sejak kehamilan 10 minggu dan

mencapai puncaknya dalam kehamilan 32 dan 36 minggu (Tarwoto dkk,2007).

4. Klasifikasi Anemia

Menurut Tarwoto dkk (2007), kadar Hb menjelang persalinan merupakan indikator untuk menentukan anemia pada ibu hamil dan bersalin. Klasifikasi kadarHb dapat digolongkan sebagai berikut:

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

Klasifikasi anemia pada ibu hamil yaitu:

a. Anemia Defisiensi Zat Besi

Anemia defisiensi besi adalah merupakan jenis anemia yang terbanyak di dunia, Terutama pada Negara miskin dan Negara yang berkembang. Anemia defisiensi besi merupakan gejala kronis dengan keadaan hipokronik (konsentrasi hemoglobin berkurang). Kurangnya zat besi berpengaruh dalam pembentukan hemoglobin, sehingga konsentrasinya dalam sel darah merah berkurang. Hal ini akan mengakibatkan tidak adekuatnya pengangkutan oksigen keseluruh jaringan tubuh.

b. Anemia Megaloblastik

Anemia megaloblastik adalah anemia karena kerusakan sintesis DNA yang mengakibatkan tidak sempurnanya sel darah

merah, anemia ini disebabkan karena kurangnya asam folat, umumnya terkait dengan anemia defisiensi zat besi, jarang dijumpai kasus anemia megaloblastik saja.

c. Anemia hipoplastik

Anemia pada wanita hamil yang disebabkan karena sumsum tulang kurang mampu membuat sel-sel darah baru, dinamakan anemia hipoplastik dalam kehamilan. Penyebab terjadinya anemia hipoplastik sampai sekarang belum diketahui secara jelas, kecuali yang disebabkan oleh sepsis, sinar rontgen, racun atau obat-obatan, dalam hal terakhir anemia dianggap hanya sebagai komplikasi kehamilan.

d. Anemia hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil, sebab apabila ia hamil maka anemianya akan menjadi lebih berat. Sebaliknya mungkin kehamilan dapat menyebabkan krisis hemolitik pada wanita yang sebelumnya tidak mengalami anemia.

e. 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, tuberkolosis, sifilis, tumor ganas, dan lain

sebagainya, dapat menjadi hamil. Dalam hal ini anemianya menjadi lebih berat dan mempunyai pengaruh tidak baik terhadap ibu dalam masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas serta bagi anak dalam kandungan (Tarwoto dkk, 2007).

5. Tanda dan gejala anemia

Anemia bisa dikenali dengan tanda dan gejala sebagai berikut :

a. Anemia Defisiensi zat besi

- 1) Cepat lelah/kelelahan, hal ini terjadi karena penyimpangan oksigen dalam jaringan otot kurang sehingga metabolisme otot terganggu.
- 2) Nyeri kepala dan pusing merupakan kompensasi dimana otak kekurangan oksigen karena daya angkut hemoglobin berkurang.
- 3) Pucat pada muka, telapak tangan, kuku, mukosa, dan konjungtiva.

b. Anemia Megaloblastik

- 1) Mual dan muntah
- 2) Anoreksia
- 3) Kadar Hb dan Ht rendah serta tidak berespons terhadap terapi zat besi
- 4) Riwayat diet menunjukkan asupan rendah sayuran segar, protein hewani atau keduanya (Tarwoto dkk,2007).

6. Penanganan Anemia

Menurut Saifuddin (2012), Kejadian anemia pada ibu hamil maupun bersalin harus selalu diwaspadai mengingat anemia dapat meningkatkan resiko kematian ibu. Maka dari itu ada penanganan anemia dalam kehamilan menurut tingkat pelayanan kesehatan yaitu:

a. Tingkat polindes

- 1) Membuat diagnosis klinik dan rujukan pemeriksaan laboratorium.
- 2) Memberikan terapi oral : tablet besi 90 mg/hari.
- 3) Penyuluhan gizi ibu hamil dan menyusui.

b. Puskesmas

- 1) Membuat diagnosis dan terapi.
- 2) Menentukan penyakit kronik (malaria, TBC) dan penanganannya

c. Rumah Sakit

- 1) Membuat diagnosis dan terapi.
- 2) Diagnosis thalasemia dengan elektroforesis Hb, bila ibu ternyata pembawa sifat, perlu tes pada suami untuk menentukan risiko pada bayi.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan setiap jenis anemia itu berbeda.berikut adalah penatalaksanaan dari berbagai jenis anemia :

a. Anemia defisiensi zat besi

1) Pemberian diet tinggi zat besi

2) Pemberian tambahan zat besi misalnya:

a) Sulfat ferrous

b) Feroglukonat atau diberikan secara parental jika mengalami alergi

3) Pemberian Vit C

4) Transfusi darah jika diperlukan.

b. Anemia megaloblastik

Dalam pengobatan anemia megaloblastik dalam kehamilan sebaiknya bersama-sama dengan asam folat diberikan pula zat besi. Tablet asam folat diberikan 15-30mg sehari, jika perlu asam folat diberikan dengan suntikan dalam dosis yang sama. Apabila anemia megaloblastik disebabkan oleh defisiensi vitamin B₁₂ maka penderita harus diberikan Vit B₁₂ dengan dosis 100-1000 mikrogram sehari, baik per oral maupun per parental.

c. Anemia hipoplastik

Karena obat-obatan penambah darah tidak memberi hasil, maka satu-satunya cara untuk memperbaiki keadaan penderita ialah dengan transfusi darah, yang sering perlu diulang sampai beberapa kali, biasanya anemia hipoplastik karena kehamilan, apabila wanita dengan selamat mencapai masa nifas, akan sembuh dengan

sendirinya. Dalam kehamilan-kehamilan berikutnya wanita tersebut tidak akan mengalami anemia hipoplastik lagi.

d. Anemia hemolitik

Pengobatan anemia hemolitik dalam kehamilan tergantung pada jenis dan beratnya, obat-obat penambah darah tidak memberikan hasil, transfuse darah yang kadang-kadang diulang beberapa kali, diperlukan pada anemia berat untuk meringankan penderitaan ibu dan untuk mengurangi bahaya hipoksia janin.

e. Anemia-anemia lain

Pengobatan ditujukan kepada sebab pokok anemianya, misalnya antibiotika untuk infeksi, obat-obat anti malaria, anti sifilis, obat caceng, dan lain-lain (saifuddin,2012).

8. Hubungan antara anemia dengan atonia uteri

Anemia pada kehamilan dapat menyebabkan kelemahan dan kelelahan sehingga akan mempengaruhi ibu saat mengedan untuk melahirkan bayi (Smith et. Al., 2010). Anemia menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dan dibawa hemoglobin berkurang, sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan jaringan. Bila jumlah oksigen yang di pasok berkurang maka kinerja uterus akan menurun, sedangkan kelancaran proses kontraksi akan terganggu. Anemia menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dan dibawa hemoglobin berkurang, sehingga dapat terjadi perdarahan karena kurangnya oksigen yang diikat oleh hemoglobin di dalam darah untuk di distribusikan ke uterus dan menyebabkan efek

buruk bagi uterus. Otot uterus gagal berkontraksi adekuat sehingga terjadi perdarahan postpartum yaitu atonia uteri (Wilson, 2002).

Penelitian yang dilakukan oleh Wuryanti (2010) di RSUD Wonogiri Tahun 2010 dengan menggunakan analisis bivariat didapatkan bahwa, sebanyak 34 responden, yang mengalami anemia sebanyak 32,4% dan 67,6% tidak anemia. Dari 32,4% ibu bersalin yang anemia, 45,5% diantaranya mengalami perdarahan pascapartum yang disebabkan oleh atonia uteri dan 54,5% tidak mengalami perdarahan. Sedangkan ibu bersalin yang tidak anemia, 4,3% diantaranya mengalami perdarahan pascapartum akibat atonia uteri dan 95,7% tidak mengalami perdarahan pascapartum dengan $\chi^2 = 8,652$; $p\text{-value} = 0,008$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa, anemia pada ibu hamil berhubungan dengan kejadian perdarahan post partum karena atonia uteri.

Penelitian juga dilakukan oleh Putri et al (2015) membuktikan bahwa perbedaan jumlah perdarahan kala IV pada ibu yang anemia dan ibu yang tidak anemia dengan analisis uji T dengan nilai $p = 0,037$. Dimana nilai $p (0,037) < \alpha (0,05)$ yang berarti ada perbedaan antara anemia dengan volume perdarahan kala IV.

C. Usia Ibu

1. 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

(Dorland, 2010). Umur yaitu usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun (Elisabeth, 2015).

2. Klasifikasi Usia Ibu

Menurut Manuaba (2007), klasifikasi usia ibu hamil dan bersalin sebagai berikut :

- a. Usia ibu < 20 tahun adalah kategori resiko tinggi
- b. Usia ibu > 20 tahun sampai dengan 35 tahun adalah kategori resiko rendah
- c. Usia ibu > 35 tahun adalah kategori resiko tinggi.

3. Hubungan Usia Dengan Perdarahan Post Partum

Usia < 20 tahun dan > 35 tahun merupakan usia yang paling rentan berisiko tinggi saat hamil dan melahirkan dibandingkan dengan usia 20-35 tahun. Dilihat dari hasil penelitian analisis bivariat yang dilakukan oleh Indriani, Nirmasari, dan Tarmali (2013) di Puskesmas Bancak Kabupaten Semarang tahun 2012 didapatkan bahwa, dari 50 responden terbagi menjadi 35 responden (70%) termasuk dalam kategori usia reproduksi sehat (20-35 tahun) dan 15 responden (30%) termasuk dalam kategori bukan usia reproduksi sehat (< 20 tahun dan > 35 tahun). Didapatkan bahwa, responden yang memiliki usia dalam kategori bukan reproduksi sehat sebagian besar mengalami kejadian perdarahan post partum yaitu atonia uteri sebanyak 8 responden (53,3%). sedangkan responden usia reproduksi sehat sebagian besar yang mengalami kejadian atonia uteri

hanya 3 responden (8,6%) dengan p -value 0,001, sehingga ada hubungan antara usia dengan kejadian atonia uteri.

Usia yang paling menguntungkan untuk seorang ibu hamil adalah antara 20-35 tahun, karena pada periode ini risiko untuk mengalami komplikasi atau penyulit kehamilan dan persalinan lebih sedikit jika dibandingkan dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun (Simkin, Whalley, dan Keppler, 2010). Hal ini dikarenakan pada usia < 20 tahun fungsi reproduksi belum berkembang dengan sempurna, sedangkan usia > 35 tahun fungsi reproduksi sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan fungsi reproduksi normal. Pada usia > 35 tahun, penurunan fungsi uterus yang terjadi ditandai dengan kontraksi uterus yang melemah yang disebabkan oleh atrofi dari miometrium dan penurunan ekspresi dari kanal ion kalsium sehingga meningkatkan risiko terjadinya perdarahan post partum (Arrowsmith dkk, 2012).

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fathina *et al* (2013) didapatkan hasil $p = 0,033 < \alpha = 0,05$ maka ada hubungan antara usia ibu dengan atonia uteri. Ibu yang berusia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun berisiko mengalami perdarahan postpartum 2,1 lebih besar dibandingkan ibu yang berusia 20 sampai 30 tahun.

D. Paritas

1. Definisi

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*) (Prawirohardjo, 2009). Paritas/para adalah jumlah yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan (28 minggu atau 1000 gram) (Varney, 2001). Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup atau mati, bukan jumlah janin yang dilahirkan (Jensen dkk, 2004).

2. Klasifikasi Paritas

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

a. 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 (Prawirohardjo, 2009).

b. 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 (Prawirohardjo, 2010).

c. 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 (Prawirohardjo, 2010).

3. 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 (Manuaba, 2010).

4. Hubungan paritas dengan kejadian atonia uteri

Uterus yang telah melahirkan banyak anak cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan sehingga berisiko tinggi mengalami perdarahan postpartum karena kondisi miometrium dan tonus otot yang sudah tidak efektif sehingga menimbulkan kegagalan kontraksi uterus yang menyebabkan atonia uteri sehingga perdarahan banyak dan memanjang (Pamuji, Kurnianto, dan Andriani, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Purwanti dan Trisnawati (2015) di RSUD Margono Soekarjo pada bulan Januari 2014-Desember 2014 menyebutkan bahwa, dari 80 responden, dengan paritas yang berisiko, yang mengalami atonia uteri sebanyak 30 orang (37.5 %) dan yang tidak mengalami atonia uteri sebanyak 17 orang (21.2%). Hasil analisis *chi square* nilai *p-value* 0.037 yang artinya ada hubungan antara paritas dengan atonia uteri. Nilai OR-nya 2,224, sehingga ibu yang paritasnya lebih dari 3 berisiko 2.2 kali lebih besar mengalami atonia uteri dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak 2 sampai 4.

Dengan bertambahnya paritas, akan semakin banyak jaringan ikat pada uterus sehingga kemampuan untuk berkontraksi semakin menurun akibatnya sulit melakukan penekanan pada pembuluh- pembuluh darah yang terbuka setelah terlepasnya plasenta sehingga pada grande multiparitas, terjadi involusi endometrium berulang, memungkinkan untuk terjadinya defek minor medium, yang berakibat pada berkurangnya serabut miometrium sehingga persalinan pada grandemultiparitas cenderung mengalami atonia uteri (Kavle, 2008).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fathina *et al* (2013) didapatkan hasil $p= 0,953 > \alpha= 0,05$ maka tidak ada hubungan antara paritas dengan atonia uteri. Meskipun tidak ada hubungan yang bermakna proporsi ibu primipara dan multipara sebesar 63,2% mengalami atonia uteri sedangkan pada ibu grandemultipara sebesar 42,9%.

Semakin tinggi paritas berbanding lurus dengan makin tingginya risiko perdarahan post partum (Indriani, Nirmasari, dan Tarmali (2013). BKKBN sebagai pengola dan pelaksana program KB menetapkan motto “dua anak lebih baik”. Hal ini bisa berperan dalam menurunkan angka kejadian perdarahan post partum pada ibu bersalin dengan faktor risiko paritas.

E. Jarak Kelahiran

1. Definisi

Kelahiran adalah pertumbuhan dan perkembangan janin *intra uterine* mulai sejak kontrasepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba,2008).

Jarak adalah ruang sela (panjang jauh) antara dua benda atau tempat (tim penyusun kamus pusat bahasa Indonesia, 2001). Jadi, jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan yang pertama dengan kehamilan berikutnya (Depkes RI, 2008).

2. 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. Menurut Yulianto (2004), jarak kelahiran dibagi menjadi beberapa bagian yaitu :

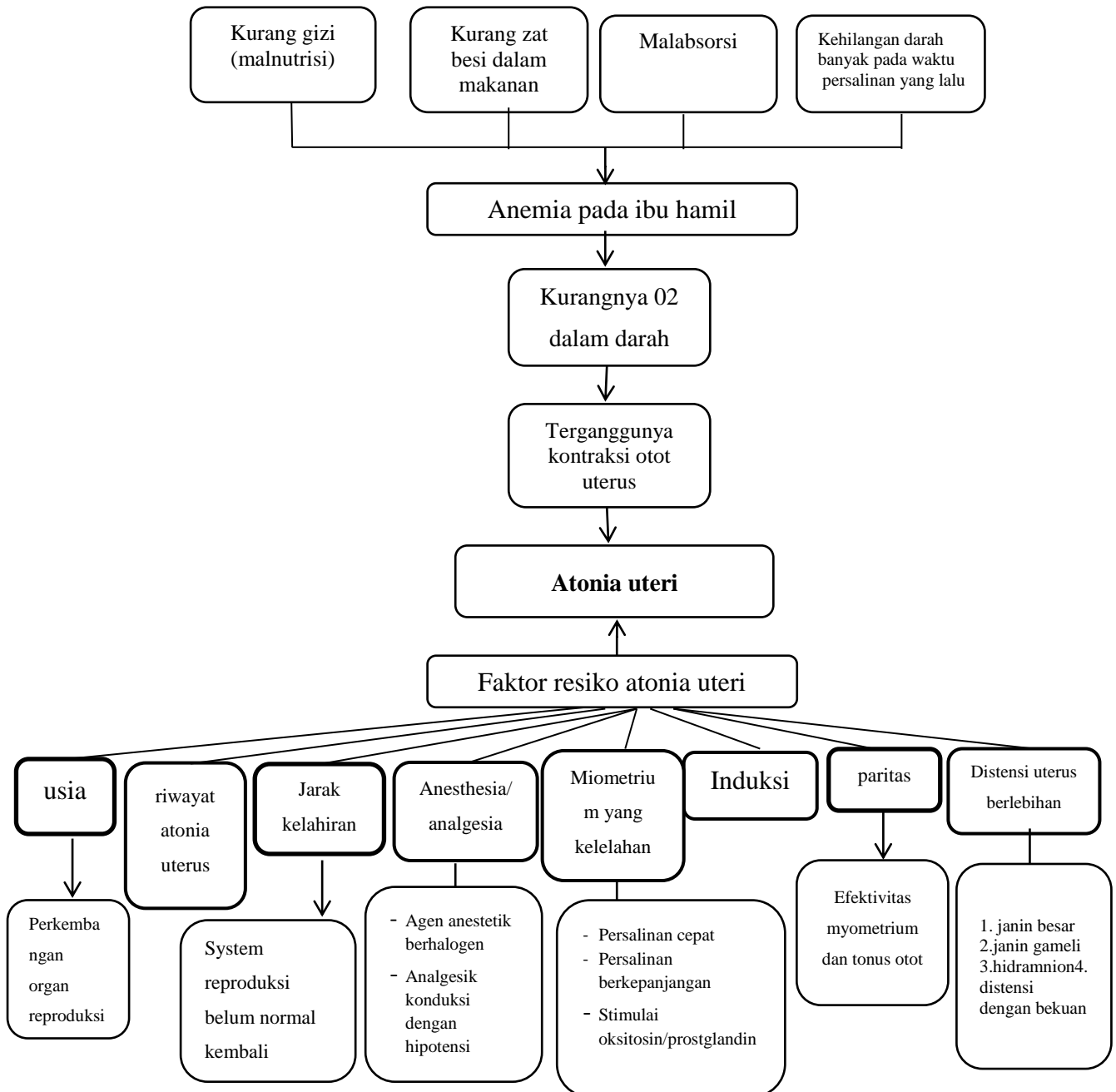
- a. jarak kelahiran berisiko tinggi yaitu jarak kelahiran kurang dari 2 tahun atau jarak kelahiran lebih dari 6 tahun.
- b. jarak kelahiran berisiko rendah yaitu jarak kelahiran antara 3-5 tahun.

3. Hubungan jarak kelahiran dengan kejadian atonia uteri

Jarak kelahiran yang pendek mengakibatkan resiko kejadian perdarahan postpartum karena tubuh belum pulih setelah kelahiran terdahulu jarak ideal melahirkan sekurangkurangnya 2 tahun (Manuaba, 2007). 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 (Manuaba, 2007). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Eka Yuliana (2014) didapatkan hasil $p= 0,000 < \alpha= 0,05$ ada hubungan yang sangat signifikan antara jarak kelahiran dengan perdarahn post partum karena atonia uteri.

F. Kerangka Teori

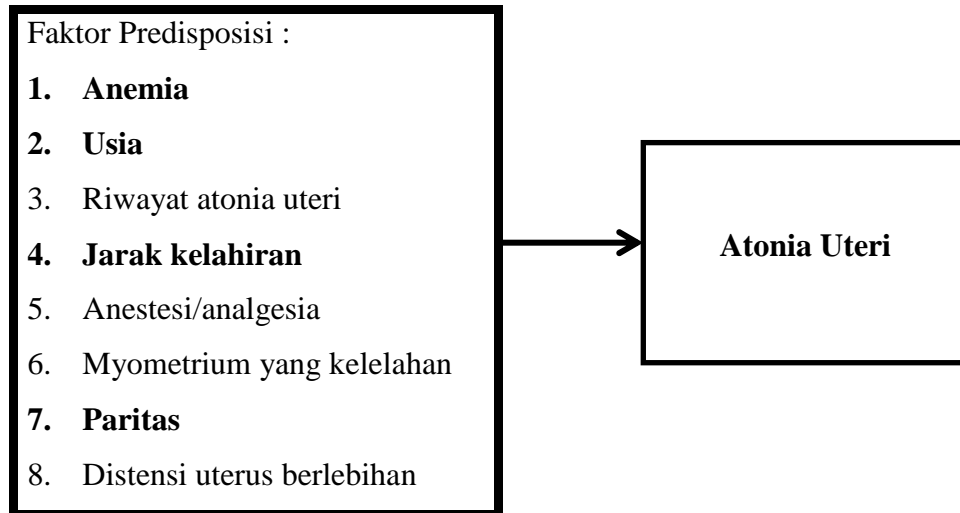
Bagan 2.1 Kerangka Teori



Sumber: (Arrowsmith dkk, 2012), (Pamuji, Kurnianto, dan Andriani, 2010), (Cunningham dkk, 2012).

G. Kerangka Konsep

2.2 Kerangka Konsep



Ket.: tulisan yang bercetak tebal adalah variabel yang akan diteliti.

H. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara anemia dengan kejadian perdarahan postpartum karena atonia uteri pada ibu bersalin pervaginam di RSUD dr. M.Yunus Bengkulu tahun 2017.
2. Ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin pervaginam di RSUD dr. M.Yunus Bengkulu tahun 2017.
3. Ada hubungan paritas dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin pervaginam di RSUD dr. M.Yunus Bengkulu tahun 2017.
4. Ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin pervaginam di RSUD dr. M.Yunus Bengkulu tahun 2017.

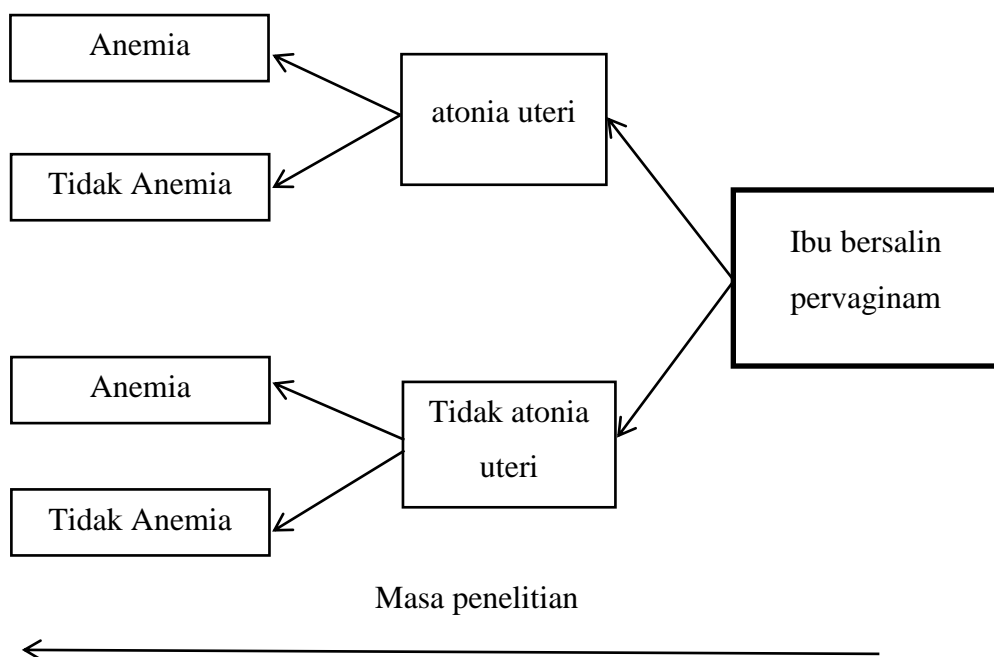
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan desain *case control* dengan pendekatan *retrospektif*, yaitu penelitian yang berusaha melihat kebelakang artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi (atonia uteri), kemudian efek tersebut ditelusuri kebelakang tentang penyebabnya atau variabel-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut (anemia) (Notoatmojo,2010). Dengan desain sebagai berikut :

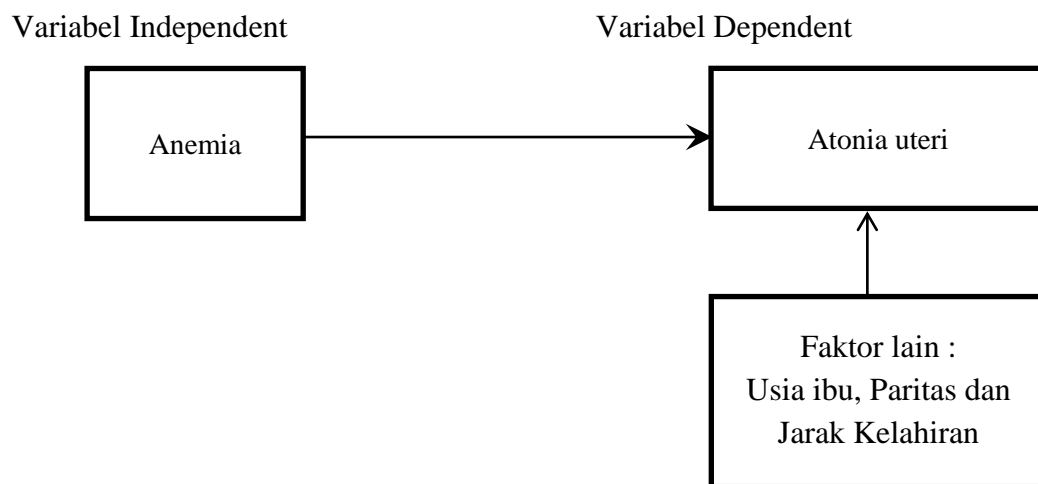
Bagan 3.1 Desain Penelitian



B. Variabel Penelitian

Sesuai dengan desain penelitian diatas maka variable penelitian yang digunakan adalah variabel independent dan variabel dependent, adapun variabel independent yaitu status anemia sedangkan variabel dependent yaitu atonia uteri pada ibu bersalin. Variabel penelitian dapat di lihat pada bagan di bawah ini.

Bagan 3.2 Variabel Penelitian



C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Nama	Definisi	Alatukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1	Variabel independent : Anemia	Nilai atau jumlah Hemoglobin (Hb) ibu hamil sebelum bersalin yang tercatat di data <i>Medical Record</i> / Rekam Medik pada pasien bersalin pervaginam di RSUD Dr.MYunus Bengkulu tahun 2017	Format pengumpulan data (checklist)	Mengisi format pengumpulan data (checklist)	0 = Anemia (Hb<11 gr/dl) 1 = normal (Hb≥11 gr/dl)	Nominal

2	Variable dependent : Atonia uteri	Keadaan yang terjadi pada ibu bersalin yang menyebabkan uterus tidak berkontraksi dan terjadi perdarahan di lihat dari diagnosa dokter dan kode INA-CBG yaitu 0-6-12-I di Rekam Medik pasien persalinan pervaginam	Format pengumpulan data (checklist)	Mengisi format pengumpulan data (checklist)	0 = ya, Jika diagnose dokter adalah perdarahan disebabkan oleh atonia uteri 1 = tidak, Jika tidak mengalami atonia uteri	Nominal
Faktor lain						
3	Usia Ibu	Umur ibu bersalin saat persalinan Tercatat di data <i>Medical Record</i> / Rekam Medik pasien di RSUD Dr.M Yunus Bengkulu	Format pengumpulan data (checklist)	Mengisi format pengumpulan data (checklist)	0 =berisiko Jika umur < 20 tahun dan >35 tahun 1 = tidak berisiko Jika umur 20-35 tahun	Nominal
4	Paritas	Jumlah anak/janin yang di lahirkan oleh ibu bersalin hidup/mati yang tercatat di data Rekam Medik pasien di RSUD Dr.MYunus Bengkulu	Format pengumpulan data (checklist)	Mengisi format pengumpulan data (checklist)	0 = Resiko tinggi. Jika primipara (bilapertama kali hamil /bersalin) atau grandemulti (bila pernah hamil/ memiliki anak lebih dari 5) 1 = Resiko rendah . jika Multipara (pernah hamil/melahirkan 2 sampai 4 kali).	Nominal
5	Jarak Kelahiran	Jarak atau stase antara persalinan sebelumnya dengan persalinan saat ini dilihat dari data <i>Medical Record</i> /Rekam Medik pasien di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu	Format pengumpulan data (checklist)	Mengisi format pengumpulan data (checklist)	0 = risiko tinggi Jika, jarak kelahiran < 2 tahun atau > 7 tahun 1= risiko rendah Jika, jarak kelahiran 3-6 tahun	nominal

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah pengambilan keseluruhan subyek/obyek penelitian yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Hidayat, 2009). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin pervaginam di ruang C1 Mawar RSUD dr. M. Yunus Bengkulu pada tahun 2017 yang berjumlah 378 orang.

2. Sampel

a. Sampel kasus

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin pervaginam di ruang C1 Mawar RSUD Dr. M Yunus Bengkulu. Dalam penelitian ini ada dua jenis sampel, yaitu sampel kasus dan sampel kontrol.

Pengambilan besar sampel kasus diambil secara *total kasus* dari kasus atonia uteri yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 37 orang.

Kriteria inklusi dari sampel yang diambil adalah sebagai berikut :

- 1) Ibu yang bersalin pervaginam
- 2) Ibu bersalin yang mengalami atonia uteri tanpa disertai penyakit perdarahan lainnya (retensio placenta, sisa plasenta, kelainan darah dan robekan jalan lahir)
- 3) Ibu bersalin yang memiliki riwayat atonia uteri
- 4) Data rekam medik pasien yang mempunyai kelengkapan data Hb sebelum persalinan, usia ibu, paritas ibu dan jarak kelahiran.

Kriteria Eksklusi sampel adalah :

- 1) Komplikasi persalinan atau persalinan dengan tindakan (persalinan lama, persalinan cepat, stimulasi oksitosin/prostaglandin, *sectio Caesar*, ekstraksi vacuum dan Forcept).
- 2) Ibu mengalami penyakit kelainan darah.

b. Sampel Kontrol

Jumlah sampel kontrol diambil dengan perbandingan 1:2 dengan merekrut sejumlah subjek efek (kelompok kasus), kemudian dicari subjek lain yang karakteristiknya sebanding namun tidak mempunyai efek (kelompok kontrol) (Sastroasmoro, 2006).

Jadi, $n_1+n_2 = 111$ sampel.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *systematic random sampling* menurut pola tertentu untuk mendapatkan interval yaitu dengan rumus (Sastroasmoro, 2006).

$$K = \frac{N}{n} = \frac{315}{74} = 4$$

Jadi, sampel dipilih setiap kelipatan 4 hingga mencapai 74 sampel.

Kriteria inklusi dari control yang diambil adalah sebagai berikut :

- 1) Ibu yang bersalin pervaginam
- 2) Ibu bersalin yang tidak mengalami atonia uteri
- 3) Data rekam medik pasien yang mempunyai kelengkapan data Hb sebelum persalinan, usia ibu, paritas ibu dan jarak kelahiran.

Kriteria Eksklusi kontrol adalah :

- 1) Komplikasi persalinan atau persalinan dengan tindakan

(persalinan lama, persalinan cepat, stimulasi oksitosin/prostaglandin, *sectio Caesar*, ekstraksi vacuum dan lain-lain).

2) Ibu dengan penyakit kelainan darah

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD dr. M Yunus Bengkulu pada 09 Mei 2018 sampai dengan 09 Juni 2018.

F. Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan data sekunder. Data sekunder yang digunakan yaitu data sekunder periode januari sampai dengan desember tahun 2017, peneliti melihat data pasien persalinan pervaginam di register dan rekam medik untuk memperoleh data kadar Hb ibu, usia ibu, jumlah paritas ibu, dan jarak kelahiran anak ibu. Selanjutnya peneliti langsung melakukan pencatatan data yang diperlukan dalam format pengumpulan data (checklist).

2. Pengolahan

Data yang dikumpulkan selanjutnya dilakukan pengolahan data melalui tahapan-tahapan sebagai berikut :

- a. *Editing* yaitu proses pengecekan data yang telah terkumpul, bila ada kesalahan dan kelalaian dalam pengumpulan data akan diperbaiki dan data di isi ulang terhadap responden.
- b. *Coding* yaitu data yang telah terkumpul di ubah ke bentuk angka dan di susun sedemikian rupa agar proses analisis data menjadi lebih mudah dan cepat.
- c. *Entri data* yaitu kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam database computer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat tabel kontingensi.
- d. *Cleaning Data* yaitu Mengecek kembali data yang sudah diproses apakah ada kesalahan atau tidak pada masing-masing variabel yang sudah di proses sehingga dapat diperbaiki dan dinilai.
- e. *Tabulating* yaitu data yang telah lengkap dihitung sesuai dengan variable yang dibutuhkan kemudian dimasukkan ke dalam tabel distribusi frekuensi.

3. Analisis Data

Analisa data yang digunakan adalah :

- a. Analisa Univariat

Analisis data secara univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variable indeviden dan dependen. Mengingat dua kategorik maka hasil analisis tersebut disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dengan skala sebagai berikut :

0%	: Tidak satu pun kejadian
1-25 %	: Sebagian kecil kejadian
26-49%	: Hampir sebagian kejadian
50%	: Setengah dari kejadian
51-75%	: Sebagian besar kejadian
76- 99 %	: Hampir seluruh kejadian
100%	: Seluruh kejadian.

b. Analisa Bivariat

Analisis yang digunakan adalah uji *chi square* menggunakan perangkat computer. dengan kriteria :

- 1). Jika $\alpha = 0,05$ artinya apabila (probabilitas) $\leq 0,05$ (H_0 ditolak) artinya ada hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin.
- 2). jika p value $> 0,05$ (H_0 gagal ditolak) artinya tidak ada hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Jalannya Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu untuk mengetahui hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017. Diawali dengan melakukan survey awal pra penelitian tanggal 16 Oktober 2017. Pengumpulan data penelitian dilaksanakan dari tanggal 09 Mei - 09 Juni 2018 dengan menggunakan data sekunder yang diperoleh dari data Rekam medik dan buku laporan persalinan di ruang C1 Mawar RSUD dr. M. Yunus Bengkulu.

Peneliti melakukan pengumpulan data dan penelitian dengan mendapatkan izin penelitian dari penguji dan pembimbing, selanjutnya mengurus surat izin penelitian dari kampus Poltekkes Kemenkes Bengkulu, dilanjutkan ke kantor Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kota Bengkulu, Kantor Sekretariat RSUD dr. M. Yunus Bengkulu, ruang Diklat Pendidikan, Ruang Keperawatan, Ruang pengolahan data Rekam Medik dan Ruang C1 Mawar RSUD dr. M. Yunus Bengkulu.

Kegiatan pertama adalah mengumpulkan data sekunder, yaitu berupa data inisial ibu, kadar Hb ibu sebelum persalinan, usia ibu, paritas ibu, jarak kehamilan dan diagnosa seluruh populasi ibu bersalin pervaginam tahun 2017 dilihat dari buku register sebanyak 374 persalinan dan 40 diantaranya mengalami atonia uteri. Dilakukan pemilihan data sebagai sampel penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi sampel maka dari jumlah 40 kasus, 1 status

pasien tidak bisa ditemukan oleh peneliti di ruang rekam medik dan 2 lainnya tidak memiliki kelengkapan data jarak kehamilan dan Hb sebelum persalinan. Data diambil untuk di jadikan sampel sebanyak 111 orang dengan perbandingan kasus dan kontrol sebanyak 1:2 berarti 37 kasus dan 74 kontrol. Dilakukan pengambilan sampel kasus kejadian atonia uteri yang diambil secara total sampling dan kelompok control sebanyak 74 orang dari 335 orang yang tidak mengalami atonia uteri diambil secara *systematic random sampling* dengan interval 4.

Setelah data sampel diperoleh dilakukan penulisan ke lembar pengambilan data dan memeriksa kelengkapannya lalu memberi kode dan mengelompokannya berdasarkan kategori yang telah dibuat selanjutnya dianalisis data menggunakan *SPSS* untuk mengetahui hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017.

B. Hasil Penelitian

Setelah data diperoleh kemudian diolah dan dianalisis menggunakan sistem komputerisasi. Adapun hasil penelitian diuraikan sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat distribusi, frekuensi dan yang dilakukan terhadap variabel yang diteliti baik variabel independen (Anemia) dan variabel dependent (atonia uteri) dan faktor lain (usia ibu, paritas dan jarak kelahiran) dengan teknik komputerisasi. hasil analisis tersebut adalah :

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Kadar Hb, Atonia Uteri, Usia Ibu, Paritas dan Jarak Kelahiran pada Ibu Bersalin di RSUD Dr.M Yunus Bengkulu Tahun 2017.

Variabel	Frekuensi (N= 111)	Persentase (100%)
Kadar Hb		
- Anemia (≤ 11 gr/dl)	60	54,1%
- Normal (> 11 gr/dl)	51	45,9%
Atonia uteri		
- Ya	37	33,3%
- Tidak	74	66,7%
Usia Ibu		
- Berisiko tinggi (<20 tahun dan > 35 tahun)	32	28,8%
- Berisiko rendah (20 – 34 tahun)	79	71,2%
Paritas		
- Berisiko tinggi (primipara dan grandemultipara)	35	31,5%
- Berisiko rendah (multipara)	76	68,5%
Jarak Kelahiran		
- Resiko tinggi (< 2 tahun dan > 7 tahun)	53	47,7%
- Resiko rendah (2-6 tahun)	58	52,3%

Berdasarkan hasil analisis Tabel 4.1 dapat dilihat bahwa dari 111 responden ibu bersalin pervaginam sebagian besar responden dengan anemia (54,1%), hampir sebagian ibu bersalin pervaginam mengalami atonia uteri (33,3%), hampir sebagian dengan usia resiko tinggi (28,8%), hampir sebagian dengan paritas tinggi (31,5%) dan juga hampir sebagian dengan jarak kelahiran yang berisiko tinggi (47,7%).

2. Analisis Bivariat

Uji statistik yang di gunakan adalah *chi-square* dengan sistem komputerisasi dengan tingkat kemaknaan nilai $p=0,05$. adapun hasilnya adalah :

Tabel 4.2 Hubungan Anemia dengan Kejadian Atonia Uteri pada ibu bersalin di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu Tahun 2017.

Anemia	Atonia uteri		Tidak atonia uteri		Total		<i>p</i>	OR (95% CI)
	N	%	N	%	N	%		
Ya	26	70.3 %	34	45.9%	60	54.1%	0.026	2.781
Tidak	11	29.7%	40	54.1%	51	45.9%		1.200-
Jumlah	37	100%	74	100%	111	100%		6.443

Hasil analisis Tabel 4.2 menunjukkan bahwa ibu bersalin mengalami atonia uteri sebagian besar (70.3%) dengan anemia Sedangkan ibu bersalin yang tidak mengalami atonia uteri hampir sebagian (45.9%) mengalami anemia.

Hasil uji statistic dengan perhitungan *chi-square* diperoleh nilai $p=0.026 < 0.05$ berarti ada hubungan antara anemia dengan atonia uteri pada ibu bersalin dengan OR 2.781 (CI 1.200-6.443). Nilai OR menunjukkan bahwa ibu yang anemia mempunyai resiko 2.781 kali lebih besar untuk terjadi atonia uteri dibandingkan ibu bersalin yang memiliki kadar Hb normal.

Tabel 4.3 Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Atonia Uteri pada ibu bersalin

Usia ibu	Atonia uteri		Tidak atonia uteri		Total		<i>p</i>	OR (95% CI)
	N	%	N	%	N	%		
Resiko Tinggi	12	32.4%	20	27.0%	32	28.8%	0.711	1.296
Resiko Rendah	25	67.6%	54	73.0%	79	71.2%		0.549-3.058
Jumlah	37	100%	74	100%	111	100%		

Hasil analisis Tabel 4.3 menunjukkan bahwa ibu bersalin mengalami atonia uteri hampir sebagian (32.4%) dengan usia resiko tinggi (<20 tahun dan > 35 tahun). Sedangkan responden yang tidak mengalami atonia uteri hampir sebagian (27.0%) dengan usia <20 tahun dan >35 tahun.

Hasil uji statistik dengan perhitungan *chi-square* diperoleh nilai $p=0.711 > 0.05$ berarti tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin dengan OR 1.296 (CI .549-3.058). Nilai OR menunjukkan bahwa usia ibu hanya memiliki resiko 0.711 kali untuk terjadi atonia uteri.

Tabel 4.4 Hubungan Paritas dengan Kejadian Atonia Uteri pada ibu bersalin di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu Tahun 2017.

Paritas	Atonia uteri		Tidak atonia uteri		Total		<i>p</i>	OR (95% CI)
	N	%	N	%	N	%		
Tinggi	8	21.6%	27	36.5%	35	31.5%	0.170	0.480
Rendah	29	78.4%	47	63.5%	76	68.5%		0.192-1.199
Jumlah	37	100%	74	100%	111	100%		

Hasil analisis Tabel 4.4 menunjukkan bahwa ibu bersalin mengalami atonia uteri sebagian kecil (21.6%) terjadi pada paritas berisiko tinggi (primipara dan grandemultipara). Sedangkan ibu bersalin yang tidak mengalami atonia uteri sebagian kecil (36.5%) terjadi pada primipara dan grandemultipara.

Hasil uji statistik dengan perhitungan *chi-square* diperoleh nilai $p=0.170 > 0.05$ berarti tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin dengan OR 0.480 (CI .192-1.199). Nilai OR menunjukkan bahwa paritas hanya memiliki resiko 0.480 kali untuk terjadi atonia uteri.

Tabel 4.5 Hubungan jarak kehamilan dengan Kejadian Atonia Uteri pada ibu bersalin di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu Tahun 2017.

Jarak kelahiran	Atonia uteri		Tidak atonia uteri		Total		<i>p</i>	OR (95% CI)
	N	%	N	%	N	%		
Resiko Tinggi	17	45.9%	36	48.6%	53	47.7%	0.946	0.897
Resiko Rendah	20	54.1%	38	51.4%	58	52.3%		
Jumlah	37	100%	74	100%	111	100%		0.407- 1.979

Hasil analisis tabel 4.5 menunjukkan bahwa ibu bersalin mengalami atonia uteri hampir sebagian (45.9%) dengan jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun dan lebih dari 7 tahun. Sedangkan ibu bersalin yang tidak mengalami atonia uteri hampir sebagian (48.6%) dengan jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun dan lebih dari 7 tahun.

Hasil uji statistik dengan perhitungan *chi-square* diperoleh nilai $p = .946 > 0.05$ berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak kelahiran dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin dengan OR 0.897 (CI 0.407-1.979). Nilai OR menunjukkan bahwa jarak kehamilan hanya memiliki resiko 0.946 kali untuk terjadi atonia uteri.

C. Pembahasan

1. Hubungan Anemia dengan Kejadian Atonia Uteri

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. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Manuaba (2009) menyebutkan bahwa kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan dan nifas salah satunya adalah perdarahan karena atonia uteri.

Anemia pada ibu hamil sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan janin, apabila ibu hamil dengan Hb rendah atau > 11 gr/dl (anemia) bisa terjadi perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri. Kurangnya hemoglobin dalam tubuh menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dan dibawa berkurang sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan jaringan

uterus. bila jumlah oksigen yang di pasok berkurang maka kinerja uterus akan menurun, sedangkan kelancaran proses kontraksi akan terganggu menyebabkan otot uterus gagal berkontraksi adekuat sehingga terjadi atonia uteri (Wilson, 2002).

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wuryanti (2010) di RSUD Wonogiri Tahun 2010 yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara anemia dengan kejadian atonia uteri dengan hasil $p\text{-value} = 0,008$. Selanjutnya penelitian oleh Dina, Seweng, dan Nyorong (2013) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara anemia dengan atonia uteri di RSUD Majene Tahun 2013 dan didapat hasil $OR=2.9$ sehingga dapat dinyatakan bahwa ibu yang anemia mempunyai resiko 2.9 kali lebih besar untuk mengalami atonia uteri dibanding ibu yang tidak anemia.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian bahwa ibu hamil yang anemia beresiko terjadinya atonia uteri. oleh karena itu, diperlukan penanganan khusus mengenai masalah anemia pada kehamilan sehingga mengurangi resiko terjadinya atonia uteri. Selama hamil diperlukan lebih banyak zat besi untuk menghasilkan sel darah merah karena ibu harus memenuhi kebutuhan janin dan dirinya sendiri serta pada saat persalinan dibutuhkan Hb yang cukup untuk memberikan energi agar otot-otot uterus dapat berkontraksi dengan baik sehingga tidak terjadi atonia uteri (Manuaba,2009).

2. Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Atonia Uteri

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa dari 111 responden hampir sebagian (28.8%) ibu dengan usia < 20 tahun dan >35 tahun, sedangkan sebagian besar (71.2%) ibu dengan usia > 20 tahun sampai dengan 35 tahun. Hasil bivariat menunjukkan bahwa ibu bersalin yang mengalami atonia uteri, hampir sebagian (32.4%) dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun sedangkan sebagian besar (67.8%) dengan yang berusia 20-35 tahun dengan hasil uji *chi-square* menunjukkan nilai $p=0.711$ atau $p > 0.05$ berarti tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian atonia uteri. Peluang terjadinya atonia uteri dengan usia yang berisiko dapat dilihat dari nilai $OR=1.298$ yang berada di dalam interval 0.549-3,058, yang artinya kelompok usia yang berisiko paling kecil akan berisiko 0.549 kali untuk menderita atonia uteri dan paling besar 3,058 kali untuk menderita atonia uteri.

Usia yang paling menguntungkan untuk seorang ibu hamil adalah antara 20-35 tahun karena pada periode ini risiko untuk mengalami komplikasi atau penyulit kehamilan dan persalinan lebih sedikit jika dibandingkan dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun (Simkin, Whalley, dan Keppler, 2010). Hal ini dikarenakan pada usia <20 tahun fungsi reproduksi belum berkembang dengan sempurna, sedangkan usia >35 tahun fungsi reproduksi sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan fungsi reproduksi normal. Pada usia > 35 tahun, penurunan fungsi uterus yang terjadi ditandai dengan kontraksi uterus yang melemah yang

disebabkan oleh atrofi dari miometrium dan penurunan ekspresi dari kanal ion kalsium sehingga meningkatkan risiko terjadinya atonia uteri (Arrowsmith dkk, 2012).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anggrainy, Irianto dan Irmayani (2013) yang melakukan penelitian di RSUP NTB Tahun 2012 yang menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dengan kejadian atonia uteri yang ditunjukkan dengan nilai p 0,225. Penelitian juga dilakukan oleh Feerasta, S.H; Motiei,A; et al. (2000) melakukan penelitian di Tertiary Care Hospital Pakistan Tahun 2000 yang mendapat hasil tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian atonia uteri dengan nilai $p = 0.123$.

Hasil penelitian bertolak belakang dengan teori diatas hal ini dapat terjadi karena hasil data yang didapatkan dipengaruhi oleh jumlah subjek yang termasuk kelompok usia berisiko yang lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah subjek pada kelompok yang tidak berisiko. Usia ibu di dalam penelitian ini rata-rata 20-34 tahun sehingga kondisi kesehatan dan perkembangan sistem reproduksi ibu sudah matang dan otot-otot uterus masih berkerja secara optimal dan pada usia 20-34 tahun kesiapan ibu dalam menerima kehamilan dan menghadapi persalinan sudah baik secara fisik, mental dan pengetahuan. selanjutnya didalam penelitian Feerasta, S.H; Motiei,A; et al. (2000) yang berjudul a risk factor analysis uterine atony di Tertiary Care Hospital Pakistan Tahun 2000 juga mengatakan bahwa usia ibu bukanlah faktor risiko yang bisa menyebabkan

atonia uteri secara langsung namun usia ibu menjadi faktor predisposisi penyebab atonia uteri apabila disertai dengan resiko lainnya seperti paritas tinggi, jarak kelahiran <2 tahun atau >7 tahun, gaya hidup yang tidak baik, preeklamsia, dan anemia.

3. Hubungan paritas dengan kejadian atonia uteri

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa dari 111 responden hampir sebagian (31.5%) dengan paritas berisiko (primipara dan grandemultipara) dan sebagian besar (68.5%) dengan multipara. Hasil bivariat menunjukkan bahwa responden yang mengalami atonia uteri hanya 8 responden (21.6%) dengan paritas resiko tinggi (primipara atau grandemultipara) sedangkan dengan kasus atonia uteri sebagian besar 29 responden (78.4%) pada paritas resiko rendah (multipara). Uji *chi-square* menunjukkan nilai $p=0.170 > 0.05$ berarti tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian atonia uteri dengan nilai $OR=0.480$ menunjukkan bahwa peluang terjadinya atonia uteri dengan dipengaruhi oleh paritas tinggi yang berada di interval resiko paling kecil akan berisiko 0.192 kali untuk mengalami atonia uteri dan untuk yang paling besar berisiko 1.199 kali untuk mengalami atonia uteri. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Friyandini, Lestari dan Utami (2015) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian atonia uteri dengan nilai $p=0.953$ yaitu $p > 0.05$ dengan $OR=0.351$ menunjukkan bahwa paritas bukan merupakan faktor penyebab langsung atonia uteri.

Ibu yang telah melahirkan banyak anak menyebabkan uterus cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan sehingga berisiko tinggi mengalami perdarahan postpartum karena kondisi miometrium dan tonus otot yang sudah tidak efektif sehingga menimbulkan kegagalan kontraksi uterus yang menyebabkan atonia uteri sehingga perdarahan banyak dan memanjang (Pamuji, Kurnianto, dan Andriani, 2010). Bertambahnya paritas, akan semakin banyak jaringan ikat pada uterus sehingga kemampuan untuk berkontraksi semakin menurun akibatnya sulit melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang terbuka setelah terlepasnya plasenta sehingga pada grande multiparitas, terjadi involusi endometrium berulang, memungkinkan untuk terjadinya defek minor medium, yang berakibat pada berkurangnya serabut miometrium sehingga persalinan pada grandemultiparitas cenderung mengalami atonia uteri (Kavle, 2008).

Menurut American Journal of Obsetric and Gynecology oleh Wetta, Luisa A; Szychowki, Jeff M; et al. (2013) yang menyatakan bahwa paritas bukan merupakan faktor penyebab terjadinya atonia uteri pada ibu bersalin pervaginam terbukti dengan nilai $p = 0.342$ melainkan faktor penyebab yang memiliki hubungan dengan kejadian atonia uteri yang memiliki nilai $p > 0.05$ yaitu preeklamsi, karioamnionitis, induksi prostalglandin, anemia, bayi kembar dan KEK. Namun, hasil penelitian yang dilakukan Yekta Satriyandi dan Nena Riski Hariyati (2017) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara paritas dengan atonia uteri dengan nilai $p = 0.042$ yaitu $p <$

0.05 dengan OR=0.351. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian yang sedang dilakukan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya paritas bukan faktor penyebab langsung atonia uteri melainkan paritas akan menyebabkan atonia uteri apabila diikuti dengan resiko lainnya seperti jarak kehamilan < 2 tahun atau > 7 tahun, usia < 20 tahun atau > 35 tahun dan kadar Hb < 11 gr/dl. Selain itu sebagian besar responden pada penelitian ini berada pada paritas tidak berisiko (2-4) dengan angka besar (68.5%). Dari 35 responden dengan paritas berisiko tinggi (primipara atau grandemultipara) yang mengalami atonia uteri hanya 8 responden dan tidak terjadi atonia uteri ada 27 responden. berarti ada faktor keberhasilan baik dari petugas kesehatan dalam melakukan promosi kesehatan, memberikan pelayanan kesehatan dan cakupan KN 1 maupun KN4 di Provinsi Bengkulu sangat baik selanjutnya didukung juga oleh perilaku ibu yang memiliki perilaku hidup sehat dan kesadaran akan kesehatan sehingga ibu mau memeriksakan kesehatan dirinya dan kehamilannya.

4. Hubungan jarak kelahiran dengan kejadian atonia uteri

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa hampir sebagian (47.7%) ibu bersalin dengan jarak kehamilan < 2 tahun atau > 7 tahun sedangkan sebagian besar (52.3%) dengan jarak kehamilan > 2 tahun sampai dengan 6 tahun. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa hanya 17 responden (45.9%) dengan atonia uteri dengan jarak kelahiran yang memiliki resiko tinggi < 2 tahun dan > 7 tahun. Sedangkan sebagian besar

20 responden (54.1%) dengan jarak kelahiran 3-6 tahun. Uji *chi-square* menunjukkan nilai $p = 0.946$ atau $p > 0.05$ berarti tidak ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian atonia uteri. Peluang terjadinya atonia uteri dengan jarak kelahiran yang memiliki resiko tinggi dapat dilihat dari nilai $OR = 0.897$ yang berada di dalam interval $0.407 - 1.979$, yang artinya kelompok jarak kehamilan resiko tinggi paling kecil akan berisiko 0.407 kali untuk mengalami atonia uteri dan paling besar 1.979 kali untuk mengalami atonia uteri. Sejalan dengan hasil penelitian Trisnawati Yuli dan Purwanti Sugi (2015), membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara jarak kehamilan dengan perdarahan postpartum karena atonia uteri dengan nilai $p = 0,123$.

Ibu bersalin yang memiliki jarak kelahiran yang pendek mengakibatkan resiko kejadian perdarahan postpartum karena tubuh belum pulih setelah kelahiran terdahulu jarak ideal melahirkan sekurangkurangnya 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 (Manuaba, 2007).

Menurut Manuaba (2007) bahwa jarak kelahiran bisa menyebabkan anemia akut dan teori ini menyebutkan semakin dekat jarak kelahiran anak pada ibu bersalin maka akan semakin tinggi angka kejadian perdarahan postpartum. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti karena penyebab terjadi perdarahan postpartum bukan hanya atonia uteri, selain itu hasil data yang didapatkan dipengaruhi oleh jumlah subjek yang termasuk kelompok jarak kelahiran berisiko yang lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah subjek pada kelompok yang tidak berisiko dan hasil juga dipengaruhi oleh keberhasilan tenaga medis, pelayanan medis dan terbukti dengan tingginya angka cakupan K1 (90%), K4 (81%), Fe+ (89%) pada tahun 2016 di Provinsi Bengkulu (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, 2017).

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah pada tahap pengumpulan data karena banyaknya data status rekam medik yang tidak berhasil ditemukan, selain itu keterbatasan biaya juga menjadi kendala karena untuk melakukan pengambilan data di RSUD kita harus membayar Rp.80.000.00; pada pra penelitian dan Rp.100.000.00; pada tahap penelitian dan keterbatasan waktu yang dimiliki sebab jadwal untuk pengambilan data hanya dari pukul 11.00 wib s/d pkl 12.45 wib untuk di Ruang C1 Mawar dengan jadwal hari pengambilan data hanya pada hari rabu dan kamis sedangkan di Rekam Medik menunggu kalau petugas tidak terlalu sibuk sehingga peneliti diharuskan mempunyai banyak waktu untuk bisa mengambil data penelitian

sedangkan peneliti masih menjalani PKL Komunitas di Kelurahan Anggut Atas dan proses bimbingan di Prodi D-IV jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Hasil penelitian mengenai hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017 yang dilaksanakan pada tahun 2018 dapat diambil disimpulkan sebagai berikut:

1. Kadar Hb rata-rata ≤ 11 gr/dl dengan Hb terendah 6.0 dan Hb tertinggi 12,9, usia ibu rata-rata 20-34 tahun dengan usia termuda 16 tahun dan yang tertua adalah 46, jumlah paritas ibu rata-rata 2-4 dan jarak kehamilan rata-rata 3-6 tahun dengan jarak terdekat 1 tahun 8 bulan dan jarak resiko tinggi 11 tahun.
2. Ada pengaruh anemia dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017
3. Tidak ada pengaruh usia ibu dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun
4. Tidak ada pengaruh paritas dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017
5. Tidak ada pengaruh jarak kelahiran dengan kejadian atonia uteri pada ibu bersalin di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017
6. Faktor anemia adalah yang paling dominan mempengaruhi kejadian atonia uteri di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti memiliki beberapa saran yang ditujukan kepada:

1. Rumah Sakit

Agar meningkatkan pelayanan kebidanan dengan melakukan deteksi dini terhadap ibu hamil yang mengalami anemia dan meningkatkan pelayanan penatalaksanaan untuk penanganan atonia uteri. Penyebab pasti dan gejala atonia uteri tidak bisa ditebak dan terjadi secara tiba-tiba jadi sangat diperlukan petugas penolong yang sangat baik dan kompeten untuk persalinan di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu. Dampak dari anemia sangatlah merugikan bagi janin dan ibu sehingga sangat perlu dilakukan penatalaksanaan pencegahan anemia dan perbaikan nutrisi pada ibu hamil sehingga ibu bisa melakukan persalinan tanpa komplikasi.

2. Akademik

Menambah pengetahuan dan memperkaya referensi khususnya dalam kasus deteksi dini, pencegahan dan penanganan atonia uteri pada ibu bersalin pervaginam dengan cara memberikan materi tentang tanda dan gejala, penatalaksanaan tindakan yang tepat mengatasi atonia uteri dan pentingnya deteksi dini pada ibu hamil yang anemia supaya bisa mengurangi angka kejadian atonia uteri.

3. Bagi Peneliti Lain

Dapat dijadikan bahan masukan dan referensi untuk melakukan penelitian lain terhadap pengaruh anemia dengan kejadian atonia uteri

menggunakan metode kohort dengan memperhatikan faktor lain seperti pengaruh penggunaan oksitosin, kala II lama dan BB bayi menggunakan data primer.

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeyeh, Rukiyah, dkk. et al. 2010. *Asuhan Kebidanan 1*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Arrowsmith. D.K., Place, C.M., 2012. *Dynamical System Reproduction During Labor*. Globocan.
- Alimul Hidayat, Aziz. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Cunningham F.G., 2012. *Obstetri Williams*. Cetakan 23, EGC, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu, 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2014*, Bengkulu.
- _____,2016. *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2015*, Bengkulu.
- Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2016. *Profil Kesehatan Kota Bengkulu Tahun 2015*. Bengkulu: Dinas Kesehatan Kota Bengkulu.
- Dorland, 2010. *Kamus Kedokteran edisi 31*. Jakarta: EGC.
- Elizabeth, SW. 2015. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PB.
- Eka, Yuliana. 2014. Hubungan jarak kelahiran dengan kejadian perdarahan postpartum karena atonia uteri. *Jurnal Kesehatan*.
- Eniyati. 2013. *Asuhan Kebidanan dan persalinan Patologi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Eny, L., 2012. *Hubungan antara paritas dan anemia dengan kejadian perdarahan postpartum di rumah sakit william booth surabaya*. *Jurnal Keperawatan*
- Everson, Anderson. L., 2015. *Patofisiologi: Konsep klinis gejala-gejala penyulit ibu*. Jakarta; EGC.
- Fathina F, Yuniar L. B.I.U.,2013. Hubungan Kejadian Perdarahan Postpartum Dengan Faktor Resiko Karakteristik Ibu di RSUP Dr. M. Djamil Padang . *Jurnal Kesehatan* , 4 (3), pp.880-855
- Fauziyah, Yulia. 2012. *Obstetri Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika.

- Feerasta, S.H; Motiei, A; Motiwala, S; Zuberi, N F; *A risk factor analysis uterine atony at a tertiary care hospital in Pakistan* National Library of Medicine. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association Vol. 50. Iss 4, 2000: 132-136.
- Hidayat, 2009. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Bina Pusaka.
- Indriani, Nirmasari & Tarmali. 2013. Hubungan usia dengan kejadian Perdarahan Postpartum di Puskesmas Bancak Kabupaten Semarang tahun 2012. *Jurnal Kesehatan*.
- Jensen, Summur,. 2004. *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC.
- Kavle JA, Stoltzfus RJ, Witter F, Tielsch M, Khalfan SS, Caulfield LE. 2008. *Association between anemia during pregnancy and blood loss at and after delivery among women with vaginal birth in Pemba Island, Zanzibar, Tanzania*. *J Health Popul Nutr*.
- Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015*. Jakarta : Kemenkes RI
- Lowdermilk, Jense. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Langlois, B.E. 1970. Some factor affecting. *Jurnal Of Dairy*.
- Manuaba I. A. C., I. B. G. Fajar M., 2007, *Pengantar Kuliah Obstetri*, Jakarta: EGC.
- Manuaba, I. B. G. 2001. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta. EGC
- Notoatmodjo, S. 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- Nugroho. T. 2012. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Pamuji SEB, Kurnianto J, Andriani I. 2010. Hubungan Paritas dengan kejadian atonia uteri di RSUD Kardinah Tegal tahun 2008. *Bhamada JITK* (1); 35-41.
- Prawirohardjo. 2010. *Ilmu Kandungan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Purwanti, & Trisnawati. 2015. Hubungan usia dan paritas terhadap kejadian atonia uteri di RSUD Margono Soekarjo. *Jurnal Kesehatan*.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013

- Rosidi. 2016. *Faktor-faktor penyebab kejadian perdarahan postpartum di RSUD Dr. Mohammad Hoesin Palembang tahun 2014-2015*. Jurnal Kesehatan
- Rukiyah, A. Y., & Yulianti, L. 2010. *Asuhan Kebidanan 4 Patologi Kebidanan*. Jakarta: TIM.
- Saifudin, Abdul Bari. 2013. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Sastroasmoro, A., 2006. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian*. Jakarta; Rineka Cipta.
- SDKI,2012. Demografi dan Kesehatan Indonesia. *Laporan Nasional*, pp.1-45.
- Simkin, Whalley, Keppler. 2007. *Kehamilan, Melahirkan dan Bayi*. Jakarta: Arcan.
- Smith, J, Brock and Colgate, Mark. 2007. *A practical midwifery during labor*. *Journal of Medicine Theory and Practice*.
- Smith R Jhon, et al. 2010. *Managemen The Third Stage of Labor*, Medscape reference;
- Snell RS. 2012. *Clinical Anatomy by Regions*. 9th editions. Medscape reference.
- Tarwoto, dkk. 2007. *Anemia pada Ibu Hamil, Konsep dan Penatalaksanaan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Trisnawati, Sugi Purwanti. *Pengaruh umur dan jarak kehamilan terhadap kejadian perdarahan postpartum di RSUD Margumo tahun 2014*. Jurnal Kebidanan.
- Varney, 2001. *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC.
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan pada kehamilan Yogyakarta*: Baru pres.
- Wetta, Luisa A; Szychouoski, Jeff M; Seals, Samantha; Mancuso, Melissa S; Biggio, Joseph R; et al. 2013. *Risk factor for uterine atony/ postpartum hemorrhage after vaginal delivery*. *American Journal of Obsetrics and Gynecology*. Vol.209.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

World Health Organization (WHO). 2012. *Maternal Mortality*. Amerika : World Health Organization

.2014. *Angka Kematian Bayi*. Amerika: World Health Organization

Wuryanti, A. 2010. *Hubungan Anemia dalam Kehamilan dengan Perdarahan Postpartum karena Atonia Uteri*. Jurnal Kebidanan.

Yuliaswati. 2016. Hubungan jarak kelahiran, usia dan paritas dengan kejadian atonia uteri di RSUD Sukohardjo. Jurnal Kebidanan.

LAMPIRAN

Lampiran 1

ORGANISASI PENELITIAN

A. Pembimbing Terdiri Dari

1. Pembimbing 1

Nama : Eliana, SKM, MPH
NIP : 196505091989032001
Pekerjaan : Dosen Poltekkes Bengkulu
Jabatan : Pembimbing I

2. Pembimbing 2

Nama : Elly Wahyuni SST, M.Pd
NIP : 196603211986012001
Pekerjaan : Dosen Poltekkes Bengkulu
Jabatan : Pembimbing II

B. Peneliti

Nama : Tia Setriana
NIM : P0 5140314 034
Pekerjaan : Mahasiswa D IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes
Bengkulu

Lampiran 3.

BIODATA

Nama : Tia Setriana

Tempat, Tanggal Lahir : Mentiring, 06 September 1996

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Perempuan

Kontak : 1. Email : tiasetriana12@gmail.com
2. No HP : 082175024473

Alamat : Desa Padang Panjang Kec. Semidang Gumay Kab.
Kaur

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 05 Semidang Gumay Kabupaten Kaur
2. SMPN 1 Semidang Gumay Kabupaten Kaur
3. SMA Negeri 2 Bengkulu Selatan



Lampiran 4. Format Pengumpulan Data

No	Nama Ibu	Anemia (kadar Hb)		Atonia Uteri		Usia		Paritas		Jarak Kelahiran	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	resiko tinggi	resiko rendah	resiko tinggi	resiko rendah	resiko tinggi	resiko rendah
1	Ny. E	✓		✓		✓			✓		✓
2	Ny. J	✓		✓		✓			✓		✓
3	Ny. S		✓	✓		✓		✓			✓
4	NY. M	✓		✓			✓		✓		✓
5	NY. D	✓		✓			✓		✓	✓	
6	NY. H	✓		✓			✓		✓	✓	
7	NY.N		✓	✓			✓	✓		✓	
8	NY. U		✓	✓			✓	✓		✓	
9	NY. P	✓		✓		✓		✓		✓	
10	NY. N	✓		✓			✓		✓	✓	
11	NY. Z	✓		✓			✓		✓		✓
12	NY. S		✓	✓			✓		✓	✓	
13	NY.E	✓		✓			✓		✓		✓
14	NY. H	✓		✓			✓		✓		✓
15	NY. S		✓	✓		✓			✓	✓	
16	NY.T	✓		✓			✓		✓		✓
17	NY.D	✓		✓			✓		✓	✓	
18	NY. A	✓		✓			✓		✓		✓
19	NY. F		✓	✓			✓		✓		✓
20	NY. P	✓		✓			✓		✓	✓	
21	NY. Y	✓		✓		✓			✓		✓
22	NY. D	✓		✓		✓		✓		✓	
23	NY.D		✓	✓			✓		✓		✓
24	NY. D	✓		✓			✓		✓		✓
25	NY.D		✓	✓		✓		✓		✓	
26	NY. W	✓		✓			✓		✓		✓
27	NY. E	✓		✓		✓			✓	✓	
28	NY. F		✓	✓		✓			✓		✓
29	NY. H	✓		✓			✓		✓		✓
30	NY. R	✓		✓			✓		✓	✓	
31	NY. R	✓		✓			✓		✓		✓
32	NY. N	✓		✓		✓			✓		✓
33	NY. G	✓		✓			✓	✓		✓	
34	NY. N	✓		✓			✓	✓		✓	
35	NY. A		✓	✓			✓		✓		✓
36	NY. G	✓		✓			✓		✓	✓	

No	Nama Ibu	Anemia (kadar Hb)		Atonia Uteri		Usia		Paritas		Jarak Kelahiran	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	resiko tinggi	resiko rendah	resiko tinggi	resiko rendah	resiko tinggi	resiko rendah
37	NY. I		✓	✓		✓			✓		✓
38	NY.E		✓		✓	✓			✓	✓	
39	NY.S		✓		✓	✓		✓		✓	
40	NY. N	✓			✓		✓		✓	✓	
41	NY.E		✓		✓		✓		✓	✓	
42	NY.D		✓		✓	✓		✓		✓	
43	NY.D	✓			✓		✓		✓		✓
44	NY.S		✓		✓	✓		✓			✓
45	NY.R	✓			✓		✓	✓		✓	
46	NY. M		✓		✓		✓	✓		✓	
47	NY.H		✓		✓		✓	✓		✓	
48	NY.D		✓		✓		✓	✓		✓	
49	NY.E		✓		✓	✓		✓		✓	
50	NY.S	✓			✓		✓		✓		✓
51	NY. O		✓		✓		✓		✓		✓
52	NY.P	✓			✓	✓		✓		✓	
53	NY.A		✓		✓		✓		✓		✓
54	NY.M		✓		✓		✓		✓		✓
55	NY.M	✓			✓		✓		✓		✓
56	NY.S	✓			✓		✓		✓		✓
57	NY.P		✓		✓		✓		✓		✓
58	NY.N		✓		✓	✓			✓		✓
59	NY.S	✓			✓		✓	✓		✓	
60	NY.M	✓			✓	✓			✓	✓	
61	NY.I		✓		✓		✓	✓		✓	
62	NY.S		✓		✓		✓		✓		✓
63	NY.D	✓			✓		✓		✓		✓
64	NY.W	✓			✓		✓		✓		✓
65	NY.S	✓			✓		✓		✓		✓
66	NY. K	✓			✓		✓	✓		✓	
67	NY.N	✓			✓		✓		✓		✓
68	NY. I		✓		✓		✓		✓		✓
69	NY.A	✓			✓		✓	✓		✓	
70	NY. V		✓		✓		✓	✓		✓	
71	NY.C	✓			✓		✓	✓		✓	
72	NY.Y		✓		✓		✓		✓	✓	
73	NY. M	✓			✓		✓	✓		✓	
74	NY. L		✓		✓	✓			✓		✓

No	Nama Ibu	Anemia (kadar Hb)		Atonia Uteri		Usia		Paritas		Jarak Kelahiran	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	resiko tinggi	resiko rendah	resiko tinggi	resiko rendah	resiko tinggi	resiko rendah
75	NY. D	✓			✓		✓		✓	✓	
76	NY.M	✓			✓	✓		✓			✓
77	NY.A	✓			✓	✓			✓	✓	
78	NY.F	✓			✓		✓		✓	✓	
79	NY.S		✓		✓	✓			✓		✓
80	NY.R		✓		✓		✓		✓		✓
81	NY.S	✓			✓		✓	✓		✓	
82	NY. Y	✓			✓		✓		✓		✓
83	NY.S		✓		✓	✓			✓		✓
84	NY.S	✓			✓	✓			✓		✓
85	NY.R		✓		✓	✓			✓		✓
86	NY.F		✓		✓		✓	✓		✓	
87	NY. S		✓		✓	✓		✓			✓
88	NY.E	✓			✓		✓		✓		✓
89	NY.A		✓		✓	✓		✓		✓	
90	NY.U	✓			✓		✓		✓		✓
91	NY.S	✓			✓		✓		✓	✓	
92	NY.T	✓			✓		✓	✓		✓	
93	NY.D		✓		✓		✓	✓		✓	
94	NY.T	✓			✓		✓		✓		✓
95	NY.E		✓		✓	✓			✓	✓	
96	NY.V		✓		✓		✓	✓		✓	
97	NY.H		✓		✓		✓		✓		✓
98	NY.M	✓			✓		✓		✓		✓
99	NY.F	✓			✓	✓			✓	✓	
100	NY.E		✓		✓		✓		✓		✓
101	NY.D		✓		✓		✓	✓		✓	
102	NY.S		✓		✓		✓	✓			✓
103	NY.W	✓			✓		✓		✓	✓	
104	NY.T		✓		✓		✓		✓	✓	
105	NY.U	✓			✓	✓			✓	✓	
106	NY.D	✓			✓		✓		✓		✓
107	NY.J		✓		✓		✓		✓		✓
108	NY.S	✓			✓		✓		✓		✓
109	NY.M		✓		✓		✓	✓		✓	
110	NY. D		✓		✓		✓		✓		✓
111	NY.I		✓		✓		✓		✓		✓

Lampiran 5. Hasil Olah Data

Frequency Table

Kadar_Hb

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anemia	60	54.1	54.1	54.1
	Normal	51	45.9	45.9	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	35	31.5	31.5	31.5
	Rendah	76	68.5	68.5	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	32	28.8	28.8	28.8
	Tidak Beresiko	79	71.2	71.2	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Jarak_Kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	53	47.7	47.7	47.7
	Rendah	58	52.3	52.3	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Atonia_Uteri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Atonia Uteri	37	33.3	33.3	33.3
	Tidak Atonia Uteri	74	66.7	66.7	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Crosstabs

Kadar_Hb * Atonia_Uteri

Crosstab

			Atonia_Uteri		Total
			Atonia Uteri	Tidak Atonia Uteri	
Kadar_Hb	Anemia	Count	26	34	60
		Expected Count	20.0	40.0	60.0
		% within Atonia_Uteri	70.3%	45.9%	54.1%
	Normal	Count	11	40	51
		Expected Count	17.0	34.0	51.0
		% within Atonia_Uteri	29.7%	54.1%	45.9%
Total	Count	37	74	111	
	Expected Count	37.0	74.0	111.0	
	% within Atonia_Uteri	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.876 ^a	1	.015		
Continuity Correction ^b	4.938	1	.026		
Likelihood Ratio	6.016	1	.014		
Fisher's Exact Test				.017	.013
Linear-by-Linear Association	5.824	1	.016		
N of Valid Cases ^b	111				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval			
		Lower	Upper	Lower	Upper
Odds Ratio for Kadar_Hb (Anemia / Normal)	2.781	1.200	6.443		
For cohort Atonia_Uteri = Atonia Uteri	2.009	1.105	3.654		
For cohort Atonia_Uteri = Tidak Atonia Uteri	.723	.555	.941		
N of Valid Cases	111				

Paritas * Atonia_Uteri

Crosstab

			Atonia_Uteri		Total
			Atonia Uteri	Tidak Atonia Uteri	
Paritas	Tinggi	Count	8	27	35
		Expected Count	11.7	23.3	35.0
		% within Atonia_Uteri	21.6%	36.5%	31.5%
	Rendah	Count	29	47	76
		Expected Count	25.3	50.7	76.0
		% within Atonia_Uteri	78.4%	63.5%	68.5%
Total	Count	37	74	111	
	Expected Count	37.0	74.0	111.0	
	% within Atonia_Uteri	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.525 ^a	1	.112		
Continuity Correction ^b	1.883	1	.170		
Likelihood Ratio	2.624	1	.105		
Fisher's Exact Test				.133	.083
Linear-by-Linear Association	2.502	1	.114		
N of Valid Cases ^b	111				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval			
		Lower	Upper	Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Tinggi / Rendah)	.480	.192	1.199		
For cohort Atonia_Uteri = Atonia Uteri	.599	.306	1.174		
For cohort Atonia_Uteri = Tidak Atonia Uteri	1.247	.969	1.606		
N of Valid Cases	111				

Usia * Atonia_Uteri

Crosstab

			Atonia_Uteri		Total
			Atonia Uteri	Tidak Atonia Uteri	
Usia	Beresiko	Count	12	20	32
		Expected Count	10.7	21.3	32.0
		% within Atonia_Uteri	32.4%	27.0%	28.8%
	Tidak Beresiko	Count	25	54	79
		Expected Count	26.3	52.7	79.0
		% within Atonia_Uteri	67.6%	73.0%	71.2%
Total	Count	37	74	111	
	Expected Count	37.0	74.0	111.0	
	% within Atonia_Uteri	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.351 ^a	1	.553		
Continuity Correction ^b	.137	1	.711		
Likelihood Ratio	.347	1	.556		
Fisher's Exact Test				.657	.352
Linear-by-Linear Association	.348	1	.555		
N of Valid Cases ^b	111				

a. 0 cells (.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	Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (Beresiko / Tidak Beresiko)	1.296	.549	3.058		
For cohort Atonia_Uteri = Atonia Uteri	1.185	.682	2.059		
For cohort Atonia_Uteri = Tidak Atonia Uteri	.914	.672	1.244		
N of Valid Cases	111				

Jarak_Kehamilan * Atonia_Uteri

Crosstab

		Atonia_Uteri		Total
		Atonia Uteri	Tidak Atonia Uteri	
Jarak_Kehamilan Tinggi	Count	17	36	53
	Expected Count	17.7	35.3	53.0
	% within Atonia_Uteri	45.9%	48.6%	47.7%
Rendah	Count	20	38	58
	Expected Count	19.3	38.7	58.0
	% within Atonia_Uteri	54.1%	51.4%	52.3%
Total	Count	37	74	111
	Expected Count	37.0	74.0	111.0
	% within Atonia_Uteri	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.072 ^a	1	.788		
Continuity Correction ^b	.005	1	.946		
Likelihood Ratio	.072	1	.788		
Fisher's Exact Test				.842	.474
Linear-by-Linear Association	.072	1	.789		
N of Valid Cases ^b	111				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval			
		Lower	Upper	Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak_Kehamilan (Tinggi / Rendah)	.897	.407	1.979		
For cohort Atonia_Uteri = Atonia Uteri	.930	.548	1.578		
For cohort Atonia_Uteri = Tidak Atonia Uteri	1.037	.797	1.348		
N of Valid Cases	111				

Lampiran 6.



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM DIPLOMA IV KEBIDANAN
Jl. Indragiri No.03 Padang Harapan Bengkulu

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama Pembimbing I : Eliana SKM, M.PH

NIP : 196505091989032001

Nama Mahasiswa : Tia Setriana

NIM : PO 5140 314 034

JUDUL SKRIPSI : Hubungan Anemia dengan kejadian Atonia Uteri
pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu
Tahun 2017

No	Tanggal bimbingan	Kegiatan	Saran pembimbing	Paraf
1	26-09-2017	Judul	Penambahan jurnal	
2	27-09-2017	Judul	ACC judul	
3.	06-11-2017	Konsultasi BAB I, II,III	Perbaikan	
4	29-02-2017	Konsultasi BAB I, II,III	Perbaikan	
5	12-02-2018	Konsultasi BAB I, II,III	Perbaikan	
6	15-02-2017	Konsultasi BAB I, II,III	Perbaikan dan ACC Proposal	
7.	02-04-2018	Konsultasi revisi BAB I, II, dan III	ACC	
8.	27-06-2018	Konsultasi BAB I, II, III, IV, V	Perbaikan	
9.	28-06-2018	Konsultasi BAB I, II, III, IV, V	Perbaikan	
10.	18-06-2018	Konsultasi BAB I, II, III, IV, V	Perbaikan dan ACC Skripsi	
11.	25-07-2018	Revisi skripsi sudah sidang	Perbaikan	
12.	26-07-2018	Revisi skripsi	ACC Skripsi	



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM DIPLOMA IV KEBIDANAN
Jl. Indragiri No.03 Padang Harapan Bengkulu

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama Pembimbing II : Elly Wahyuni SST, M.Pd

NIP : 196603211986012001

Nama Mahasiswa : Tia Setriana

NIM : P0 5140 314 034

JUDUL SKRIPSI : Hubungan Anemia dengan kejadian Atonia Uteri
pada ibu bersalin di RSUD dr. M Yunus Bengkulu
Tahun 2017

No	Tanggal bimbingan	Kegiatan	Saran pembimbing	Paraf
1	28-09-2017	Judul	ACC judul	☑
2	18-01-2018	Konsultasi BAB I, II,III	Perbaikan	☑
3.	24-01-2018	Konsultasi BAB I, II,III	Perbaikan	☑
4	09-02-2018	Konsultasi BAB I, II,III	Perbaikan	☑
5.	09-02-2018	Konsultasi BAB I, II,III	ACC Seminar Proposal Skripsi	☑
6.	02-05-2018	Konsultasi revisi BAB I, II,III	ACC proposal	☑
7.	28-06-2018	Konsultasi BAB IV dan V	Perbaikan	☑
8.	29-06-2018	Konsultasi BAB I, II, III, IV, V	Perbaikan	☑
9.	13-07-2018	Konsultasi BAB IV dan V	Perbaikan dan ACC Skripsi	☑
10.	24-07-2018	Konsultasi BAB IV dan V	Perbaikan	☑
11.	25-07-2018	Konsultasi BAB IV dan V	ACC Skripsi	☑

Lampiran 7.



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



Bengkulu, 09 Mei 2018

Kepada

Nomor : 074/ *698* /BID-DIK
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yth: 1. Kabag. Penyusunan Program & Evaluasi
Cq. Kasubbag Rekam Medis
2. Kabid Pelayanan Keperawatan
RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
di-

Tempat

Dengan hormat,

Menindaklanjuti surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/4132/2/2018, Tanggal 05 April 2018. Perihal: Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa:

Nama : **TIA SETRIANA**
NPM : PO 5140314034
Program Studi : D IV Kebidanan
Judul Penelitian : Hubungan Anemia dengan Kejadian Atonia Uteri Pada Ibu Bersalin di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
Tempat Penelitian : MR dan Mawar

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin terhitung mulai tanggal 09 Mei s.d 09 Juni 2018.

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

Bengkulu, 15-05-2018
Bidang Pelayanan Keperawatan
Ka. Sie Rawat Inap

HERRY NOVERIZAL, KEPERAWAT INAP
NIP. 19701119 198902 1 001

Tembusan disampaikan kepada Yth:
1. Yang Bersangkutan
2. Arsip

Wakil Direktur Penunjang Medik & Kependidikan



DR. HI. HARTIN NITA WULANSARI
NIP. 19730923 200604 2 010



Lampiran 8.



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



SURAT KETERANGAN

Nomor : 074/ 1949 /BID-DIK/2018

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama : dr. Hj. HARTIN NITA WULANSARI
- b. Jabatan : Wakil Direktur Penunjang Medik Dan Kependidikan

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : **TIA SETRIANA**
- b. NPM : PO 5140314034
- c. Institusi : D IV Kebidanan/ Poltekkes Kemenikes Bengkulu
- d. Judul Penelitian : Hubungan Anemia Dengan Kejadian Atonia Uteri Pada Ibu Bersalin di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
- e. Ruang Penelitian : MR Dan Mawar
- f. Maksud : Telah Melakukan Penelitian Mulai Tanggal 09 Mei s/d 09 Juni 2018

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bengkulu, 08 Juni 2018

Wakil Direktur Penunjang Medik Dan Kependidikan



dr. Hj. HARTIN NITA WULANSARI

NIP. 19730923 200604 2 010

Lampiran 9.

Dokumentasi Penelitian di Ruang C1 Mawar dan Ruang Pengolahan Data Rekam Medik RSUD Dr. M Yunus Bengkulu

1. Proses pengambilan data dan nomor Rekam Medik pasien di Ruang C1 Mawar



2. Proses Pencatatan Angka Kejadian Anemia dan Atonia Uteri tahun 2017 di Ruang Pengolahan Data Rekam Medik dilihat di lembar penginputan Rekam Medik



3. Proses Pencarian Rekam Medik Pasien di Ruang Rekam Medik RSUD Dr. M yunus bengkulu



4. Proses ACC data dan Hari terakhir Penelitian di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu

