HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN ATONIA UTERI DI RSUD H. ABDUL MANAP KOTA JAMBI

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

SHELVY LOUSIANA

NIM : 191015401017

PRODI DIII KEBIDANAN

STIKES KELUARGA BUNDA JAMBI

JAMBI 2021

HALAMAN PENGESAHAN

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Proposal Penelitian ini Telah Di Setujui Untuk Dipresentasikan Dihadapan Tim Penguji Proposal Penelitian Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Keluarga Bunda Jambi

Oleh :

SHELVY LOUSIANA

NIM : 191015401017

Disetujui Oleh Pembimbing dan Penguji Seminar Proposal KTI

Penguji I	Penguji II	Penguji III
Sulastri,SKM,M.Kes	**Rosa Riya, SKM.M.Kes**	**Reni Hariyanti, SST, M.Tr,Keb**
NIDN: 1023038901	NIDN: 1022018701	NIDN: 1016019102

Jambi, 08 Juni 2022

Mengetahui,

Ketua Program Studi Diploma III Kebidanan

Rosa Riya, SKM.M.Kes

NIDN: 1022018701

BIODATA

I. IDENTITAS PRIBADI

NAMA	: SHELVY LOUSIANA
TEMPAT/TANGGAL LAHIR	: JAMBI, 04 JUNI 2001
JENIS KELAMIN	: PEREMPUAN
ALAMAT	: DESA PONDOK MEJA, KEC.MESTONG, KAB.MUARO JAMBI, JAMBI

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

TAHUN 2006-2007	: TK MAYANG MAS SEBAPO
TAHUN 2007-2013	: SDN 27/IX SEBAPO
TAHUN 2013-2016	: SMPN 10 MUARO JAMBI
TAHUN 2016-2019	: SMAN 3 MUARO JAMBI
TAHUN 2019-SEKARANG	: STIKES KELUARGA BUNDA JAMBI

III. ORANG TUA

NAMA AYAH	: DODI ARWANTONI
PEKERJAAN	: TNI-AD
AGAMA	: ISLAM
ALAMAT	: DESA PONDOK MEJA, KEC.MESTONG,KAB.MUARO JAMBI, JAMBI
NAMA IBU	: YULIANTI
PEKERJAAN	: IRT
AGAMA	: ISLAM
ALAMAT	: DESA PONDOK MEJA, KEC.MESTONG,KAB.MUARO JAMBI,JAMBI

HALAMAN PERYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Shelvy Lousiana

NIM : 191015401017

Judul KTI : Hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa penulisan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini berdasarkan hasil penelitian, pemikiran dan pemaparan asli dari saya sendiri, baik untuk naskah laporan maupun kegiatan programing yang tercantum sebagai bagian dari Proposal Karya Tulis Ilmiah ini. Jika terdapat karya orang lain, saya akan mencantumkan sumber yang jelas.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bunda Jambi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jambi, Juni 2022

Yang membuat pernyataan

(Shelvy lousiana)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT karena atas karunia Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah mengenai "Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi"

Dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan arahan dan bimbingan dari berbagai pihak.Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih.

1. Ketua Yayasan STIKES Keluarga Bunda Jambi
2. Ketua STIKES Keluarga Bunda Jambi Ibu Silvia Mariana SKM,M.Kes
3. Ibu Rosa Riya SKM,M.Kes selaku Kaprodi DIII Kebidanan Keluarga Bunda Jambi
4. Ibu Reni Hariyanti SST.,M.Tr.Keb Selaku pembimbing yang telah banyak memberikan arahan, bimbingan serta dorongan dalam penyusunan proposal
5. Orang tua terutama mama yang telah memberikan segala pengorbanan, perhatian, dan do'anya selama ini sehingga anakmu ini bisa melewati segalanya.
6. Teman-teman seperjuangan Mahasiswa Yayasan STIKES Keluarga Bunda Jambi.

Penulis menyadari bahwa penyusun proposal Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran penulisan penulis harapkan sebagai bahan perbaikan

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN i

HALAMAN BIODATA ii

HALAMAN PERNYATAAN iii

KATA PENGANTAR iv

DAFTAR ISI v

DAFTAR BAGAN vii

DAFTAR TABEL viii

DAFTAR LAMPIRAN ix

ABSTRAK x

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 6
C. Tujuan Penelitian 7
D. Manfaat Penelitian 7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 9

A. Atonia Uteri 9
   1. Anatomi Uterus 9
   2. Uterus pada masa kehamilan 10
   3. Definisi Atonia Uteri 12
   4. Patofisiologi Atonia Uteri 13
   5. Tanda dan gejala Atonia Uteri 14
   6. Diagnosis Atonia Uteri 15
   7. Faktor predisposisi Atonia Uteri 15
   8. Pencegahan Atonia Uteri 18
   9. Penatalaksanaan pendarahan post partum 18
B. Anemia Dalam Kehamilan 20
   1. Definisi Anemia 20
   2. Etiologi Anemia 21
   3. Patofisiologi Anemia 21
   4. Klasifikasi Anemia 22
   5. Tanda dan Gejala Anemia 24
   6. Penatalaksanaan 25
C. Hubungan Anemia dengan Atonia Uteri 27
D. Kerangka Teori Penelitian 30

BAB III METODOLOGI PENELITIAN 31

A. Kerangka teori 31
B. Variabel dan defenisi operasional 31
C. Hipotesis penelitian 32
D. Rancangan penelitian 33
E. Populasi dan sampel 33
F. Pengumpulan data 34
G. Tempat dan waktu penelitian 35
H. Pengelolahan data 35
I. Analisa data 36

BAB IV HASIL PENILITIAN 38

A.Hasil Penelitian 38
B. Pembahasan 41

BAB V PENUTUP 44

A. Kesimpulan 44
B. Saran 45
DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka teori..... 30

Bagan 3.1 Kerangka konsep..... 31

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Definisi Operasional 31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Ceklis
Lampiran 2	Lembar Konsultasi
Lampiran 3	Surat Survei Data Awal

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bunda Jambi
Program Studi DII Kebidanan
Karya Tulis Ilmiah, 08 Juni 2023

Shelvy Lousiana

Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Jambi

X+ 36 Halaman, 2 Bagan, 5 Tabel

ABSTRAK

Anemia merupakan suatu keadaan adanya penurunan kadar hemoglobin, hematokri dan jumlah ertirosit dibawah nilai normal. Pada penderita anemia, lebih sering disebut kurang darah, kadar sel darah merah dibawah (hemoglobin/Hb) dibawah nilai normal. Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. Perdarahan postpartum dengan penyebab uteri tidak terlalu banyak dijumpai karena penerimaan gerakan keluarga berencana makin meningkat (Manuaba & APN).

Tujuan Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

Metode Penelitian yang digunakan adalah penelitian survey yang bersifat analitik yaitu suatu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi dengan pendekatan restrospektif, seluruh ibu bersalin dengan Atonia Uteri tahun 2021 sebanyak 31 responden. Teknik pengambilan sampel ini peneliti menggunakan teknik total sampling, yaitu teknik pengambilan sampel dimana sampel sama dengan populasi penelitian. Sampel yang diambil dari penelitian ini sebanyak 31 responden

Hasil penelitian Berdasarkan hasil penelitian ibu bersalin yang mengalami atonia uteri sebanyak 22 orang (71.0%). kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia ringan serta mengalami atonia uteri sebanyak 7 orang (63,6%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 4 orang (36,4%). kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia sedang serta mengalami atonia uteri sebanyak 12 orang (75,0%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 4 orang (25,0%). kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia berat serta mengalami atonia uteri sebanyak 3 orang (75,0%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 1 orang (25,0%).

Kata Kunci :Anemia Dalam kehamilan, Atonia Uteri

Daftar Pustaka : 31 (2010-2021)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization (*WHO*)* Angka Kematian Ibu (*maternal mortality rate*) merupakan jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target global *Sustainable Development Goals* (SDGs) dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (AKI) didunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa.Angka Kematian Ibu (AKI) di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2020). Menurut Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007-2012. Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan pada tahun 2012-2015 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 yaitu sebanyak 4.221 kasus (Kemenkes RI, 2020).

Jumlah AKI di Indonesia dari 14.640 total kematian ibu yang dilaporkan hanya 4.999, berarti ada 9.641 yang tidak dilaporkan ke pusat. Dari data tersebut, ada 83.447 kematian ibu di desa maupun kelurahan,

sementara di Puskesmas ada 9.825 kematian ibu, dan 2.868 kematian ibu di rumah sakit. Lebih jauh ia paparkan, dari laporan yang diterima pusat bisa dijabarkan tempat kematian ibu yang terjadi, adalah di rumah sakit 77%, di rumah 15,6%, di perjalanan ke fasilitas pelayanan kesehatan 4,1%, di fasilitas kesehatan lainnya 2,5% dan kematian ibu di tempat lainnya sebanyak 0,8%. Akibat gangguan hipertensi sebanyak 33,07%, perdarahan obstetrik 27.03%, komplikasi non obstetric 15.7%, komplikasi obstetric lainnya 12.04% infeksi pada kehamilan 6.06% dan penyebab lainnya 4.81% (Kemenkes RI, 2019).

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.Berdasarkan hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015.AKI kembali mengalami penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.

Hasil laporan dari Seksi Kesga dan Gizi Bidang Kesehatan Masyarakat terdapat jumlah kematian ibu (hamil, bersalin, dan nifas) di Provinsi Jambi tahun 2020 adalah 62 kasus dengan jumlah kelahiran hidup 64.365. Jika diproyeksikan angka kematian ibu di Provinsi Jambitahun 2020 adalah 96 per 100.000 kelahiran hidup.Selama tujuh tahun terakhir, konversi AKI mengalami kenaikan dan penurunan, walaupun angka kematian ini jauh di bawah angka nasional yaitu 305/100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu terbanyak terdapat di Provinsi jambi

Kabupaten Tebo (11 kasus) sedangkan Kota Sungai Penuh dengan kematian terendah dengan satu kematian ibu (Dinkes jambi, 2020).

Upaya pemerintah dalam menurunkan AKI memenuhi pelayanan antenatal sesuai standar meliputi timbang berat badan, pengukuran tinggi badan, tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas), tinggi fundus uteri menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan memberikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, serta temu wicara (konseling) termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta KB pasca persalinan. Ditetapkan pula bahwa distribusi frekuensi pelayanan antenatal adalah 4 kali selama masa kehamilan, dengan ketentuan pemberian pelayanan yang dianjurkan yaitu: minimal 1 kali pada triwulan pertama, 1 kali pada triwulan kedua, dan 2 kali pada triwulan ketiga. Standar untuk pelayanan kesehatan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko dan penanganan komplikasi. Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Keberhasilan program ini

diukur melalui indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (cakupan PF) (Dinkes jambi, 2020)

Di dunia kira-kira 3% sampai 5% pasien obsetrik akan mengalami pendarahan post partum setiap tahun kejadian yang dapat dicegah ini adalah penyebab seperempat kematian ibu didunia, *the American college of obstetricians and gynecologists* 1000 ml kehilangan darah total atau kehilangan darah yang bersamaan dengan tanda dan gejala hipovolemia dalam waktu 24 jam setelah melahirkan janin atau kehilangan intrapartum, pendarahan postpartum primer dapat terjadi sebelum plasenta lahir dan hingga jam setelah janin lahir, komplikasi pendarahan postpartum ini berkisar dari memburuknya gejala post partum umum seperti kelelahan dan suasana hati yang tertekan hingga kematian akibat kolaps kardiovaskuler(Evensen et al., 2017).

Di Indonesia diperkirakan ada 14 juta kasus perdarahan dalam kehamilan.Setiap tahunnya paling sedikit 128.000 perempuan mengalami perdarahan sampai meninggal.Perdarahan pasca persalifnan terutama perdarahan postpartum primer merupakan perdarahan yang paling banyak menyebabkan kematian ibu. Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran (Armynia Subratha, 2022).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan atau hilangnya darah sebanyak lebih dari 500 cc yang terjadi setelah anak lahir baik sebelum, selama, atau sesudah kelahiran plasenta. Menurut waktu kejadiannya,

perdarahan postpartum sendiri dapat dibagi atas perdarahan postpartum primer yang terjadi dalam 24 jam setelah bayi lahir, dan perdarahan postpartum sekunder yang terjadi lebih dari 24 jam sampai dengan 6 minggu setalah kelahiran bayi (Yulianingsih, 2009).

Anemia merupakan suatu keadaan adanya penurunan kadar hemoglobin, hematokri dan jumlah ertirosit dibawah nilai normal. Pada penderita anemia, lebih sering disebut kurang darah, kadar sel darah merah dibawah (hemoglobin/Hb) dibawah nilai normal. Anemia defisiensi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh, sehingga kebutuhan zat besi (Fe) untuk eritropoesis tidak cukup yang ditandai dengan gambaran sel darah merah hipokrom-mikrositer, kadar besi serum (serum iron) dan jenuh transferrin menurun, kapasitas besi total meninggi dan cadangan besi dalam sumsum tulang serta ditempat yang lain sangat kurang atau tidak ada sama sekali (Yeyeh rukiyah dan Lia yulianti, 2011).

Kehamilan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional, kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu , trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga minggu ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40) (cunningham, 2012).

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. Perdarahan postpartum dengan penyebab uteri tidak terlalu banyak dijumpai karena penerimaan gerakan keluarga berencana makin meningkat (Manuaba & APN). Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan pospartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan pospartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi.

Berdasarkan uraian di atas dan hasil studi pendahuluan pada tahun 2021 di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi diperoleh data dari rekam medic kasus atonia uteri sebanyak 31 kasus. Kasus tersebut terbilang tinggi dan menjadi dasar peneliti tertarik untuk meneliti tentang mengenai Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H Abdul Manap Kota Jambi.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah ”Apakah Ada Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi?”

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

   Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

2. Tujuan khusus

   a. Diketahuinya Anemia ibu hamil Dengan Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

   b. Diketahuinya kejadian atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik secara teoritis maupun praktis

1. Manfaat teoritis

   a. Menambah informasi tentang bagaimana hasil analisis faktor penyebab terjadinya atonia uteri

   b. Menjadi referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan berikutnya

   c. Menjadi bahan bacaan perpustakaan

2. Manfaat praktis

   a. Bagi peneliti

      Sebagai sarana untuk menerapkan pengetahuan yang telah diperoleh selama kuliah, menambah pengalaman peneliti dalam

melakukan penelitian dan sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan kebidanan.

b. Bagi mahasiswa

Dapat dijadikan sebagai bahan bacaan diperpustakaan sekaligus bahan masukan bagi peneliti untuk penelitian selanjutnya.

c. Bagi STIKES Keluarga Bunda Jambi

Diharapkan agar dapat menjadi sumber informasi tambahan bagi pendidikan dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan pendidikan khususnya yang berkaitan dengan "Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi"

d. Bagi RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Sebagai salah satu sumber informasi bagi penentu kebijkan dan pelaksanaan Program di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi menyusun perencanaan, pelaksanaan dan penangannan yang tepat untuk atonia uteri

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, 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 10 tidak mempunyai lapisan submukosa. *Portio supravaginalis cervicis* dikelilingi oleh *fascia pelvis viceralis* 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, 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 ovari, 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, 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, berbetuk 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 umumya 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, 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 (Yeyeh Rukiyah dan Lia yulianti, 2011).

4. Patofisiologi Atonia Uteri

Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini.Perdarahan pospartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut myometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi (cunningham, 2012).

Atonia uteri menyebabkan pendarahan dapat diperkiraan apabila digunakan zat anestetik berhalogen dalam konsentrasi tinggi yang menyebabkan relaksasi uterus,uterus yang mengalami overdistensi besar kemungkinan mengalami hipotonia setelah persalinan, dengan demikian wanita dengan janin besar, janin multiple atau hidramnion rentan terhadap pendarahan akibat atonia uteri. Sebagai contoh, kehilangan darah pada persalinan kembar rata-rata hamper 1000ml dan mungkin jauh lebih banyak, wanita yang persalinannya ditandai dengan his yang terlalu kuat atau tidak efektif juga besar kemungkinan mengalami perdarahan berlebihan akibat atonia uteri setelah melahirkan. Persalinan yang dipicu atau dipacu dengan oksitosin lebih rentan mengalami atonia uteri dan pendarahan postpartum, wanita

dengan paritas tinggi. Resiko lain apabila wanita perna mengalami pendarahan postpartum kesalahan penatalaksanaan persalinan kala tiga mempercepat pelahiran plasenta selain daripada mengeluarkannya secara manual,pemijatan dan penekanan secara terus menerus terhadap uterus yang sudah berkontraksidapat menggangu mekanisme fisiologi pelepasan plasenta sehingga pemisahan plasenta tidak sempurna dan pengeluaran darah meningkat.

5. Tanda dan gejala Atonia Uteri

   Tanda dan gejala atonia uteri yang biasa dikenali dengan tanda tanda sebagai berikut :

   a. Pendarahan pervaginam

      Pendarahan pada atonia sangat banyak dan disertai dengan gumpalan karena tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai antibeku darah.

   b. Konsistensi Rahim lunak

      Gejala khas atonia uteri yang membedakan atonia dengan penyebab lain

   c. Fundus uteri naik

      Dikarenakan adanya darah yang terperangkap di dalam cavum uteri dan menggumpal

   d. Terdapat tanda syok

      Tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan lemah, ektremitas 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 (Yeyeh Rukiyah dan Lia yulianti, 2011).

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 dengain 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 (Fauziyah, 2012).

b. Paritas

Paritas tinggi merupakan salah satu faktor risiko untuk terjadinya perdarahan postpartum. Paritas lebih dari 4 mempunyai risiko lebih besar untuk terjadinya perdarahan postpartum karena otot uterus lebih sering meregang sehingga dindingnya menipis dan kontraksinya menjadi lebih lemah. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan perdarahan postpartum dengan paritas beresiko (1 dan >3) memiliki resiko 3 kali lebih besar terjadinya perdarahan postpartum dibandingkan ibu dengan paritas tidak berisiko (2 dan 3) (cunningham, 2012).

c. Anemia

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

d. Jarak kehamilan

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 fakor predisposisi atonia sebagai berikut:

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).

9. Penatalaksanaan pendarahan 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 pendarahan post partum.
b. Pemberian uterotonika, pemberian oksitosin pada kalla III dapat mengurangi pendarahan post partum lebih dari 40%. Manajemen aktif kalla III dapat mengurangi jumlah pendarahan dalam persalinan.

c. Lakukan massase dan kompresi bimanual, massase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan pendarahan :

1) Kompresi bimanual internal (KBI)

Kompresi uterus dilakukan dengan cara melakukan penekanan kepalan tangan pada forniks 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 berkotraksi lakukan 2 menit dilanjutkan observasi kala IV secara ketat (Rukiyah dkk, 2010). Jika uterus tidak berkontraksi maka lanjutkan Kompresi Bimanual Eksterna.

2) Kompresi bimanual eksternal (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 keadaan tubuh dimana kadar hemoglobin dalam darah kurang dari jumlah normal atau sedang mengalami penurunan (Kemenkes,2019). 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.

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh, sehingga kebutuhan zat besi (Fe) untuk eritropoesis tidak cukup yang ditandai dengan gambaran sel darah hipokrom mikrositer, kadar besi serum(serum iron), dan jenuh transferrin menurun, kapasitas besi total meninggi dan cadangan besi dalam sumsum tulang serta tempat yang lain sangat kurang atau tidak ada sama sekali (Yeyeh Rukiyah dan Lia yulianti, 2011).

2. Etiologi anemia

Amenia pada ibu hamil biasanya disebabkan oleh:

a. Kekurangan besi (anemia defisiensi besi)
b. Penghancuran sel darah merah yang berlebihan sebelum waktu (hemolisis)
c. Pendarahan kronik
d. Gizi buruk
e. Gangguan pembentukan eritrosit oleh sumsum tulang belakang (astutik,dkk,2018)

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 :

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 kosentrasinya dalam sel darah merah berkurang. Hal ini

akan mengakibatkan tidak adekuatnya pengangkutan oksigen keseluruh jaringan tubuh.

b. 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.

c. Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik adalah anemia karena kerusakan sintesis DNA yang mengakibatkan tidak sempurnanya sel darah 23 merah, anemia ini disebabkan karena kurangnya asam folat, umumnya terkait dengan anemia defisiensi zat besi, jarang dijumpai kasus anemia megaloblastik saja.

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. Amemia defisiensi zat besi

1) Cepat lelah/kelelahan, hal ini terjadi karena penyimpangan oksigen dalam jaringan otot kurang sehingga metabolism 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 megaloblatik

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 penangan anemia dalam kehamilan menurut tingkat pelayanan kesehatan yaitu:

a. Tingkat polindes
   1) Membuat diagnosis klinik dan rujukan pemeriksaan laboratorium
   2) Memberi terapi oral, tablet besi 90mg/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 thalassemia dengan elektroforesis Hb, bila ibu ternyata pembawa sifat, perlu tes pada suami untuk menentukan risiko pada bayi.

7. Penatalaksanaan

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

a. Anemia defisiensi zat besi

1) Pemberian diet zat besi

2) Pemberian tambahan zat bessi misalnya :

a) Sulfat ferosus

b) Feroglukonat atau diberikan secara parental jika mengalami alergi

c) Pemberian vit C

d) Tranfusi darah jika di perlukan

b. Anemia megaloblastik

Dalam pengobatan anemia megaloblastik dalam kehamilan sebaiknya bersama-sama dengan asam folat diberikan pula zat besi. Tablet asam folat diberikan 15-30 mg 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 27 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 cacing, dan lain-lain (saifuddin,2012).

C. Hubungan 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 Putu Ayu Riesky (2018) di RSUD Kota Kendari Tahun 2015-2017didapatkan bahwa, Jumlah ibu hamil yang mengalami anemia di RSUD Kota Kendari pada pada pada kelompok kasus berjumlah 20 (57,1%) dan kelompok kontrol berjumlah 10 (28,6%). Kejadian atonia uteri di RSUD Kota Kendari pada tahun 2015-2017 berjumlah 35 orang (50%), keseluruhan dijadikan sebagai kelompok kasus. Ada hubungan yang signifikan antara anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD Kota Kendari. ibu yang mengalami anemia pada masa kehamilan berpeluang mengalami atonia uteri sebesar 3.33 kali dibandingkan ibu yang tidak anemia (Riesky, 2018).

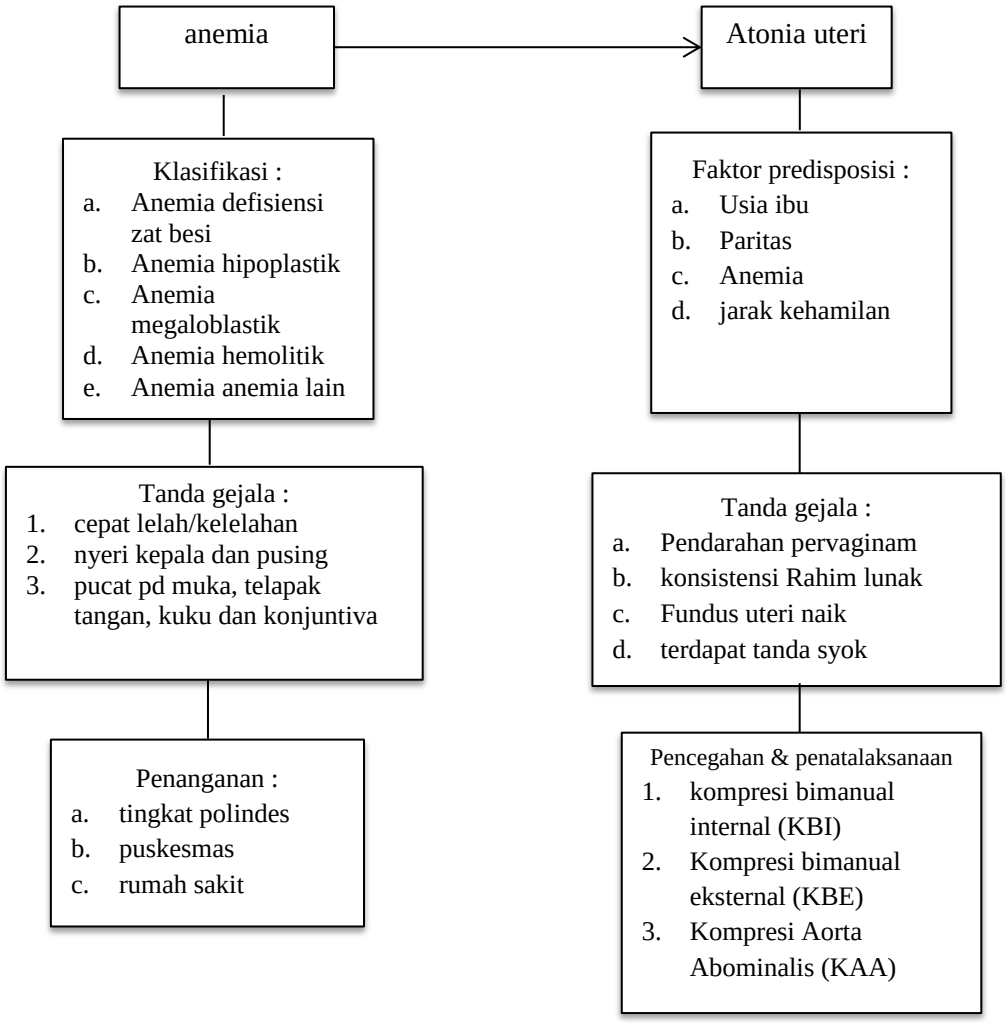
Penelitian juga dilakukan oleh Ayu Wuryanti (2010) Populasi penelitian adalah ibu hamil yang bersalin di RSUD Wonogiri. Jumlah sampel yang diperoleh mulai 19 Mei 2010 sampai dengan 10 Juli 2010 sebanyak 34 responden. Variabel bebas adalah anemia dalam kehamilan dan variabel terikat adalah perdarahan postpartum karena atonia uteri. Analisa penelitian dilakukan dengan menggunakan analisa bivariat, dengan uji statistik chi-square. Kemaknaan hasil dilihat dari p

value yang dibandingkan dengan nilai α=0,05. Hasil: Dalam penelitian yang dilakukan terdapat 32,4% ibu yang mengalami anemia (Hb <11 gr%), 67,6% tidak anemia (Hb >11 gr%). Ibu dengan anemia dalam kehamilan, 45,5% mengalami perdarahan postpartum karena atonia uteri dan 54,5% tidak perdarahan. Sedangkan ibu bersalin yang tidak mengalami anemia dalam kehamilan 4,3% mengalami perdarahan postpartum karena atonia uteri dan 95,7% tidak mengalami perdarahan postpartum. Hasil uji korelasi chi- square nilai X2 = 8,652; p = 0,003 (p<0,05). Simpulan: 32,4% ibu mengalami anemia selama hamil, dimana 45,5% mengalami perdarahan postpartum. Terdapat hubungan antara anemia dalam kehamilan dengan perdarahan postpartum karena atonia uteri (Ayu, 2010).

D. Kerangka Teori Penelitian

Bagan 2.1

Kerangka Teori



Menurut : Tarwoto dkk (2007), Saifudin (2012) dan Cunningham (2012), Yeyeh Rukiyah dan Lia Yulianti (2011)

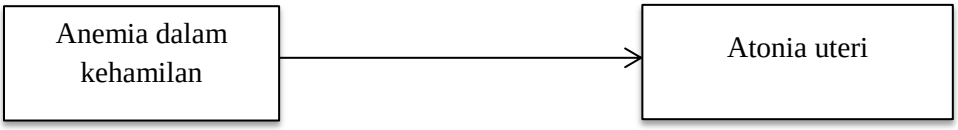
BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Penelitian ini bermatsud untuk menganalisis Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi. Dari kerangka teori, peneliti dalam kerangka konsep yang menjadi variable independen yaitu, anemia dalam kehamilan, dan variabel dependen yaitu atonia uteri.

Variabel Independen **Variabel Dependen**



Keterangan : variabel bebas (independen)

Variabel terikat (dependen)

B. Variabel dan Defenisi Operasional

a. Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu yaitu benda, manusia (Sugiono,2016). Variabel penelitian terdiri dari dua yaitu variabel bebas (independen) dan variable terikat (dependen).

1. Variable bebas, sebab, mempengaruhi atau independen variable atau variable resiko, yang merupakan variable independen yaitu anemia dalam kehamilan
2. Variable terikat, akibat terpengaruh atau dependen variable yang dipengaruhi, yang merupakan variable dependen yaitu atonia uteri.

b. Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

No	**Variable**	**Definisi Operasional**	**Cara Ukur**	**Alat Ukur**	**Skala ukur**	**Hasil ukur**
1.	Anemia	Anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar Hb dibawah 11 gr% pada trimester 1 dan trimester 3 atau kadar Hb	Observasi data rekam medis	Lembar ceklis	ordinal	1. Anemia ringan : Hb 11 gr% 2. Anemia sedang : Hb 9-10 gr% 3. Anemia berat: < 7 gr%
2.	Atonia uteri	Keadaan dimana serat otot myometrium gagal berkontraksi uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Wiknjosastro,2007).	Observasi data rekam medis	Lembar ceklis	Ordinal	1: Atonia uteri 0: Tidak atonia uteri

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam suatu penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan, dugaan atau dalil sementara yang sebenarnya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Natoatmodjo,2012)

Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah :

Ha: Ada hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Ho: Tidak ada hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

D. Rancangan penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian survey yang bersifat analitik yaitu suatu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi dengan pendekatan *restrospektif*, Yang bertujuan untuk menganalisis Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Atonia Uteri di RSUD H. Abdul Manap Jambi.

E. Populasi dan Sampel

1. Populasi

   Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetpkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya Sugiyono (2011). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin dengan Atonia Uteri tahun 2021 sebanyak 31 responden.

2. Sampel

   Menurut sugiyono (2011) sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, sehingga sampel merupakan bagian dari populasi yang ada. Dalam pengambilan sampel ini peneliti menggunakan teknik *total sampling*, yaitu teknik

pengambilan sampel dimana sampel sama dengan populasi penelitian. Sampel yang diambil dari penelitian ini sebanyak 31 responden

F. Pengumpulan data

1. Jenis data

   Pada penelitian ini menggunakan data khusus yaitu data yang menggambarkan variable yang akan diteliti antara lain hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

2. Sumber data

   Sumber data dalam penelitian ini adalah data sekunder, data yang di peroleh melalui status pasien yang mengalami anemia berdasarkan rekam medik RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

3. Pengumpulan data
   a. Peneliti mengajukan surat izin kepada direktur rumah sakit
   b. Setelah mendapatkan izin, peneliti mengamati catatan medis pasien untuk mendapatkan data yang di perlukan
   c. Peneliti mengisi lembar ceklis
   d. Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam lembar pengumpulan
   e. Kerahasiaan informasi di jamin oleh peneliti

4. Instrument penelitian

   Pengumpulan data menggunakan lembar ceklis dengan melihat data yang tercatat di status pasien dan rekam medik rumah sakit

G. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

   Penelitian ini akan dilaksanakan di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi, alasan peneliti memilih lokasi penelitian ini adalah jumlah kasus atonia uteri pada ibu bersalin banyak terdapat di rumah sakit tersebut jumlah ibu bersalin yang di periksa

2. Waktu penelitian

   Penelitian akan dilaksanakan pada bulan juni 2022

H. Pengelolahan data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data, data yang masih mentah (rawdata), perlu diolah sehingga menjadi informasi yang akhirnya digunakan untuk mejawab tujuan penelitian agar analisis penelitian menhasilkan informasi yang benar, langkah langkah pengelolahan data di lakukan dengan empat tahap :

a. *Editing* (penyuntingan)

   Memeriksa kelengkapan semua data yang di isi di lembar ceklis

b. *Coding* (pengkodean)

   Setelah lembar ceklis di periksa selanjutnya lakukan pengkodean yaitu menguba data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan

   Pada penelitian ini pengkodean dalam setiap variable yaitu:

1) Pada variabel anemia pada kehamilan di kategorikan mengalami anemia apabila

   1 : Anemia ringan : Hb 9-10 gr%

   2 : Anemia sedang : Hb 7 – 8 gr%

   3 : Anemia berat : Hb < 7 gr%

2) Pada variabel atonia uteri dikategorikan

   1 : Atonia uteri

   0 : tidak atonia uteri

c. *Processing* (memasukan data)

   Melakukan pengelompokan data sesuai dengan atribut masing masing variabel seperti dalam bentuk kode di masukan ke dalam program SPSS for Windows

d. *Tabulating*

   Tabualating adalah kegiatan untuk meringkas data yang di peroleh ke dalam table table yang telah di siapkan, data yang di peroleh kemudian dikelompokan dan diproses dengan menggunkan table tertentu. Tabulasi data dalam penelitian ini menggunakan system komputerisasi

e. *Cleaning* (pembersihan data)

   Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai di masukan, perlu di cek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi

I. Analisa data

a. Analisa Univariat

Tujuan analisa univariat adalah menyampaikan masing-masing variabel dependen dan independen (saryono,2009). Dalam analisa univariat ini hanya table distribusi frekuensi setiap variabel. Variabel dependen yaitu anemia dalam kehamilan dan variabel independen yaitu atonia uteri. Penyajian data pada analisa univariat dengan menggunakan table dan narasi

b. Analisa bivariate

Analisa bivariate yang dilakukan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara variabel independen danvariabel dependen yaitu anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri, analisa yang di gunakan adalah *chi-square* dengan *confidence interval* 95% secara komputerisasi dengan SPSS. Batas kemaknaan yang digunakan 0.05 sehingga nilai *pvalue* $\leq$ 0.05 maka hasil statistic bermakna dan bila *p value*>0.05 maka hasil statistik tidak bermakna (riwidikdo,2009).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD Abdul Manap Kota Jambi. Maka setelah mengadakan penelitian pada tanggal 21 juni sampai 04 juli 2022.

Analisis dari penelitian ini dilakukan dua cara yaitu analisis univariat dan analisis bivariate. Pada analisis univariat akan dilihat frekuensi dan pada analisis bivariate akan dilihat hubungan antara variabel independent dan variabel dependen. Didapatkan hasil responden 31 orang dan hasil penelitian adalah sebagai berikut :

1. Analisis Unuvariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat distribusi, frekuensi dan yang dilakukan terhadap variabel yang diteliti baik variabel independen anemia dan variabel dependen atonia uteri dengan teknik komputerisasi. Hasil analisis tersebut adalah :

Tabel 4.1

Distribusi responden menurut anemia dengan kejadian atonia uteri di RSUD Abdul Manap Kota Jambi

Variabel Anemia	(F)	(%)
Anemia ringan	**11**	**35,5%**
Anemia sedang	**16**	**51,6%**
Anemia berat	**4**	**12,9%**
Total	**31**	**100**

Berdasarkan tabel 4.1 distribusi responden dengan presentasi terbanyak terdapat pada anemia sedang dengan jumlah 16 responden (51%) dan responden dengan anemia ringan dengan jumlah 11 responden (35,5%) dan responden anemia berat 4 responden (12,9%) responden.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat atau mengetahui hubungan variabel dependent (kejadian atonia uteri) dengan variabel independent (anemia). Uji statistic yang di gunakan adalah chi-square. Berdasarkan hasil penelitian diketahui hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri di RSUD Abdul Manap Kota Jambi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2

Hubungan anemia dengan kejadian atonia uteri di RSUD Abdul Manap Kota Jambi

No	Anemia	Kejadian atonia uteri				Total		*p-value*
		Atonia uteri		Tidak atonia uteri				
		F	%	F	%	F	%	
1.	Anemia ringan	7	63,6	4	36,4	11	100	0,801
2.	Anemia sedang	12	75,0	4	25,0	16	100	
3.	Anemia berat	3	75,0	1	25,0	4	100	
Jumlah		22	71,0	9	29,0	31	100	

Berdasarkan tabel 4.2 diatas maka dapat diketahui kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia ringan serta mengalami atonia uteri sebanyak 7 orang (63,6%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 4 orang (36,4%). kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia sedang serta mengalami atonia uteri sebanyak 12 orang (75,0%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 4 orang (25,0%). kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia berat serta mengalami atonia uteri sebanyak 3 orang (75,0%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 1 orang (25,0%). Hasil uji person chi-Square diperoleh nilai p (0,801) > α (0,05), hal ini berarti tidak terdapat hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD Abdul Manap Kota Jambi.

B. Pembahasan

1. Hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD Abdul Manap Kota Jambi

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh bawah ibu bersalin yang mengalami atonia uteri sebanyak 22 orang (71.0%). kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia ringan serta mengalami atonia uteri sebanyak 7 orang (63,6%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 4 orang (36,4%). kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia sedang serta mengalami atonia uteri sebanyak 12 orang (75,0%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 4 orang (25,0%). kejadian atonia uteri dengan kategori ibu yang mengalami anemia berat serta mengalami atonia uteri sebanyak 3 orang (75,0%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 1 orang (25,0%).

Berdasarkan hasil penelitian yang perna dilakukan Indah Iisnawati Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dibawah 11 gr% padatrimester I dan III atau kadar < 10,5 gr% pada trimester II (Saifuddin, 2005). Hb mempunyai fungsi untuk transportasi oksigen dan nutrisi ke jaringan seluruh tubuh. Anemia pada ibu hamil disebabkan oleh kekurangan zat besi, kekurangan asam folat, infeksi dan kelainan darah.Anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk terutama saat kehamilan, persalinan dan (>14,5 g/dl) pada ibu, keduanya berkaitan dengan hasil luaran bayi. Kadar hemoglobin ibu di atas 11gr/dl dan di bawah 13

g/dl mempunyai risiko minimal terhadap hasil luaran yang merugikan, sedangkan hemoglobin yang lebih tinggi juga dapat berpengaruh terhadap hasil luaran. Salah satu penyebab tersering pada anemia kehamilan adalah karena defisiensi zat besi (iron deficiency). Sejumlah penyakit kronik selama kehamilan juga dapat menyebabkan anemia, sebagian di antaranya adalah penyakit ginjal kronik, penyakit radang usus, lupus eritematosus sistemik, infeksi granulomatosa, neoplasma ganas, Anemia menunjukkan gejala umum seperti lemah dan kelelahan tetapi tidak dapat diketahui gejala anemia dalam kehamilan berdasarkan kadar adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta. Kehamilan dibawah usia 20 tahun atau diatas usia 30 tahun meningkatkan resiko mengalami anemia, Ibu multiparitas memiliki resiko lebih tinggi mengalami anemia dibandingkan ibu yang memiliki anak lebih sedikit, Anemia pada kehamilan dibagi menjadi 3 kategori berdasarkan tingkat hemoglobinnya menjadi anemia ringan, anemia sedang, dan anemia berat. Ibu dengan anemia ringan, harus mengurangi kapasitas kerjanya agar dapat menjalani persalinan pervaginam normal. Berdasarkan penelitian sebelumnya, anemia ringan dan tidak menyebabkan kehamilan risiko tinggi dan hasil persalinan yang buruk. Ibu dengan anemia sedang memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami infeksi, penyembuhan lebih lama dari infeksi, perdarahan, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, maupun kematian bayi, Selain akibat anemia selama

kehamilan, perdarahan pada saat persalinan dapat terjadi akibat persalinan kala 1 memanjang, infeksi, serta robekan jalan lahir. Kehamilan dibawah usia 20 tahun atau diatas usia 30 tahun meningkatkan resiko mengalami anemia. Banyak faktor yang mempengaruhi kejadian atonia uteri antara lain peregangan uterus yang berlebihan seperti pada kehamilan kembar, bayi besar, dan polihidramnion, selanjutnya pada persalinan lama, persalinan dengan induksi atau akselerasi oksitosin, persalinan dengan tindakan dan anemia, Penggunaan oksitosin yang berlebihan dalam persalinan (induksi partus); Riwayat perdarahan pasca persalinan sebelumnya atau riwayat plasenta manual; pimpinan kala III yang salah menjadi faktor penyebab perdarahan post partum primer

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan memberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Terdapat 31 kasus kejadian atonia uteri di RSUD Abdul Manap Kota Jambi, Kategori ibu yang mengalami anemia ringan serta mengalami atonia uteri sebanyak 7 orang (63,6%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 4 orang (36,4%). Anemia sedang serta mengalami atonia uteri sebanyak 12 orang (75,0%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 4 orang (25,0%). anemia berat serta mengalami atonia uteri sebanyak 3 orang (75,0%) dan yang tidak atonia uteri sebanyak 1 orang (25,0%).
2. Tidak ada hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri dengan p-value 0,801

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 Abdul Manap Kota Jambi. Dampak dari anemia sangatlah merugikan bagi janin dan ibu sehingga sangat perlu dilakukan penatalaksanaan pencegahatan anemia dan perbaikan nuterisi pada ibu hamil sehinggga ibu bisa melakukan persalinan tanpa komplikasi.

2. Akademi

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

3. Bagi peneliti lain

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

DAFTAR PUSTAKA

Armynia Subratha, H. F. (2022). Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum. *Jurnal BIMTAS: Jurnal Kebidanan Umtas*, *5*(1), 1–6. https://doi.org/10.35568/bimtas.v5i1.1793

Ayu, W. (2010). *hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD Wngr*.

cunningham, dkk. (2012). *obstetri williams dkk,21 Ed, Vol 1*.

Dinkes jambi, 2020. (2020). *Profil Kesehatan Jambi* (Issue 08).

Evensen, A., Anderson, J. M., & Fontaine, P. (2017). Postpartum hemorrhage: Prevention and treatment. *American Family Physician*, *95*(7), 442–449.

Kemenkes RI. (2019). Mother's day. In *Kenyon Review* (Vol. 33, Issue 2). https://doi.org/10.7326/0003-4819-128-9-199805010-00016

Kemenkes RI. (2020). *Angka kematian ibu(AKI) Angka kematian bayi (AKB)* (Issue 2019).

Riesky, ni putu ayu. (2018). *hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di kota kendiri*. http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/669/1/pdf.pdf

Yeyeh Rukiyah dan Lia yulianti. (2011). *asuhan kebidanan IV (patologi kebidanan)*.

Snell, R. S. 2012. Anatomi Klinis Berdasarkan Sistem. Dialih bahasakan oleh

Sugarto L. Jakarta:EGC.

Bobok, Lowdermilk, J (2016). Buku Ajar Keperawatan Maternitas.Jakarta : EGC

Wiknjosastro, dkk. 2007. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Eniyati. (2013). *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Patologi* . Yogykarta 55167: Pustaka Pelajar.

Prawirohardjo, Sarwono. 2010. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Yulia Fauziyah. 2012. Obstetri Patologi.Yogyakarta : Nuha Medika.

Manuaba, IGB. 2007. Pengantar Kuliah Obstetri. Jakarta : EGC.

Nugroho, T. 2010. Buku Ajar Obstetri.Yogyakarta : Nuha Medika

Elizabeth, Siwi W dan Endang P. 2015.Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui.Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

Astuti. 2018. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu I Kehamilan. Yogyakarta: Rohima Press**.**

Tarwoto, Wartonah, Suryati, 2007. Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan. Jakarta: Sagung Seto.

Saifuddin AB. 2012. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Price, S.A. & Wilson, L.M. 2002. Pathophysiology: Clinical Concept of Disease Processes. 3th Edition. Alih bahasa : Anugerah, P. Jakarta: EGC.

Ayu, W. (2010). *hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di RSUD Wngr*.

Riesky, ni putu ayu. (2018). *hubungan anemia dalam kehamilan dengan kejadian atonia uteri di kota kendiri*. http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/669/1/pdf.pdf

Sugiyono. (2016). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: PT Alfabet.

Notoatmodjo . 2012. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

Saryono.(2009). Pengantar Apresiasi Sastra. Malang: Universitas Negeri Malang.

Riwidikdo, H. 2009. Statistik Kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendekia.

```
CROSSTABS
  /TABLES=anemia BY atonia
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ CC RISK
  /CELLS=COUNT
  /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

Notes

Output Created		05-JUL-2022 21:02:30
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	31
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=anemia BY atonia /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ CC RISK /CELLS=COUNT /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	349496

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
anemia * atonia	31	100.0%	0	0.0%	31	100.0%

anemia * atonia Crosstabulation

Count

		Atonia		
		Atonia uteri	Tidak atonia uteri	Total
anemia	Ringan	7	4	11
	Sedang	12	4	16
	Berat	3	1	4
Total		22	9	31

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.445[a]	2	.801
Likelihood Ratio	.437	2	.804
Linear-by-Linear Association	.328	1	.567
N of Valid Cases	31		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.16.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.119	.801
N of Valid Cases		31	

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for anemia (ringan / sedang)	[a]

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

```
FREQUENCIES VARIABLES=anemia atonia
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Notes

Output Created		05-JUL-2022 21:03:52
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	31
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=anemia atonia /NTILES=4 /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

Statistics

		anemia	atonia
N	Valid	31	31
	Missing	0	0
Mean		1.77	1.29
Median		2.00	1.00
Std. Deviation		.669	.461
Minimum		1	1
Maximum		3	2
Percentiles	25	1.00	1.00
	50	2.00	1.00
	75	2.00	2.00

Frequency Table

Anemia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	11	35.5	35.5	35.5
	sedang	16	51.6	51.6	87.1
	berat	4	12.9	12.9	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Atonia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	atonia uteri	22	71.0	71.0	71.0
	Tidak atonia	9	29.0	29.0	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

No	Nama Responden	Anemia			Atonia Uteri	
		Ringan	Sedang	Berat	Ya	Tidak
1	Ny. D		2		1	
2	Ny. S		2		1	
3	Ny. M	1				2
4	Ny. N	1				2
5	Ny. M	1			1	
6	Ny. H		2		1	
7	Ny. H		2		1	
8	Ny. N			3	1	
9	Ny. R		2		1	
10	Ny. N		2			2
11	Ny. R	1			1	
12	Ny. K			3	1	
13	Ny. S	1			1	
14	Ny. E		2		1	
15	Ny. S		2			2
16	Ny. A		2			2
17	Ny. M	1			1	
18	Ny. A		2		1	
19	Ny. R			3	1	
20	Ny. M		2			2
21	Ny. I		2		1	
22	Ny. S		2		1	
23	Ny. L			3		2
24	Ny. R		2		1	
25	Ny. L	1			1	
26	Ny. M	1			1	
27	Ny. R	1				2
28	Ny. J	1			1	
29	Ny. N		2		1	
30	Ny. U	1				2
31	Ny. Y		2		1	

No	Nama Responden	Anemia	Atonia uteri
1	Ny. D	2	1
2	Ny. S	2	1
3	Ny. M	1	2
4	Ny. N	1	2
5	Ny. M	1	1
6	Ny. H	2	1
7	Ny. H	2	1
8	Ny. N	3	1
9	Ny. R	2	1
10	Ny. N	2	2
11	Ny. R	1	1
12	Ny. K	3	1
13	Ny. S	1	1
14	Ny. E	2	1
15	Ny. S	2	2
16	Ny. A	2	2
17	Ny. M	1	1
18	Ny. A	2	1
19	Ny. R	3	1
20	Ny. M	2	2
21	Ny. I	2	1
22	Ny. S	2	1
23	Ny. L	3	2
24	Ny. R	2	1
25	Ny. L	1	1
26	Ny. M	1	1
27	Ny. R	1	2
28	Ny. J	1	1
29	Ny. N	2	1
30	Ny. U	1	2
31	Ny. Y	2	1