

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan Patologis

Persalinan (*Partus*) adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yaitu janin dan uri, yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Ari Kurniarum, 2016).

Persalinan patologis atau persalinan komplikasi dengan keadaan luar biasa ialah persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi *caesarea*. Persalinan patologis digolongkan dalam dua kategori yang masing-masing terdiri dari beberapa bentuk komplikasi (Mochtar, 2015).

1. Perdarahan persalinan

a. Ruptura uteri

Terjadinya ruptura uteri pada ibu bersalin masih merupakan bahaya besar yang mengancam jiwa ibu dan janinnya. Ruptura uteri durante partum adalah ruptura uteri yang terjadi pada waktu melahirkan dan lokasinya sering terjadi pada segmen bawah rahim (SBR). Ruptura uteri dibedakan menjadi menurut lokasi terjadinya, yaitu :

- 1) Korpus uteri, terjadi pada rahim yang sudah mengalami operasi, seperti seksio sesarea klasik (korporal) atau miomektomi.
- 2) Segmen bawah rahim (SBR), biasanya terjadi pada partus yang sulit dan lama. Semakin lama proses partus maka SBR makin regang dan tipis dan akhirnya terjadi ruptura uri.
- 3) Serviks uteri, yaitu terjadi pada waktu melakukan ekstraksi forseps atau versi dan ekstraksi, sedang pembukaan belum lengkap.
- 4) Kolpoporeksis-kolpoporeksis, yaitu terjadinya robekan-robekan diantara serviks dan vagina.

Etiologi terjadinya ruptura uteri dibedakan menjadi dua jenis yaitu :

1) *Ruptura uteri spontanea.*

Etiologi *ruptura uteri spontanea* yaitu dinding rahim yang lemah dan cacat dapat menyebabkan *ruptura uteri spontanea*, misalnya pada bekas seksio sesaria, miomektori, perforasi waktu kuretase, histerorafia, dan pelapasan plasenta secara manual. Dapat juga terjadi pada graviditis dan graviditas interstitialis, kelainan kongenital dari uterus seperti hipoplasia uteri dan uterus bikornus, penyakit pada rahim, dimana dinding rahim menipis dan meregang.

Peregangan yang luar biasa pada rahim misalnya pada panggul sempit atau kelainan bentuk panggul, janin besar misalnya pada penderita DM (Diabetes Miletus), hidropos fetalis, postmaturitas, dan grandemultipara, dan lain-lain. Kelainan kongenital janin dapat pula mendorong ruptura uteri misalnya hidrocefalus, torakofagus, anensefalus dan *shoulder dystocia*. Penyebab ruptura uteri lain yaitu kelainan letak janin seperti letak sungsang, dan adanya tumor pada jalan lahir.

2) *Ruptura uteri violenta* disebut juga *ruptura uteri traumatika* yang disebabkan karena tindakan dan trauma pada persalinan. Misalnya ekstraksi forseps, versi dan ekstraksi, embriotomi, dan kuretase.

b. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan dalam masa 24 jam setelah anak lahir mencapai volume 500 sampai 600 mililiter. Termasuk dalam perdarahan ini adalah perdarahan pada saat plasenta belum lahir dalam waktu satu jam setelah bayi lahir.

Menurut waktu terjadinya perdarahan postpartum dibedakan atas dua bagian, yaitu perdarahan postpartum primer dan postpartum sekunder. Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Sedangkan perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) yang

terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi pada hari ke 5 sampai ke 15 postpartum.

Untuk menolong persalinan dengan komplikasi perdarahan harus memperhatikan tiga hal yaitu menghentikan perdarahan, jaga jangan sampai timbul syok, dan penggantian darah yang hilang.

2. Kelainan pada persalinan

Kesulitan pada persalinan disebut distosia.

a. Distosia karena kelainan his (*power*)

Penyebab distosia ini adalah his yang tidak normal, baik kekuatan maupun sifatnya sehingga menghambat jalannya persalinan.

Etiologi distosia kelainan his dapat dikelompokkan dalam 6 jenis yaitu:

- 1) Kelainan his sering dijumpai pada primigravida tua,
- 2) Faktor herediter seperti emosi dan ketakutan,
- 3) Salah pimpinan persalinan, atau salah pemberian obat-obatan seperti oksitosin dan obat penenang,
- 4) Bagian terbawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah rahim,
- 5) Kelainan uterus misalnya pada uterus bikornis unikolis, dan
- 6) Kehamilan postmatur.

Jenis distosia ini ada tiga yaitu inersia uteri yaitu his yang sifatnya lebih lemah, lebih singkat, dan lebih jarang dibandingkan dengan his normal. Tetania uteri yaitu his yang terlampau kuat dan terlalu sering sehingga tidak ada relaksasi rahim. Aksi uterus inkoordinasi yaitu sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antara kontraksi dan bagian-bagian lainnya.

b. Distosia karena kelainan jalan lahir (*passage*)

Penyebab distosia kelainan jalan lahir (*passage*) dapat dikelompokkan menjadi 5 macam yaitu :

- 1) Bentuk dan kelainan panggul.

Proses persalinan dipengaruhi oleh 4 faktor internal yaitu *his* (*power*), jalan lahir (*passage*), janin (*passager*), kejiwaan ibu

(psikis), dan faktor eksternal yaitu penolong persalinan.

Jenis kelainan panggul dikenal dengan kelainan kongenital, kelainan penyakit tulang panggul, dan kelainan tulang belakang.

- 2) Imbang feto-pelvik, Imbang sefalo-pelvik, dan disproporsi sefalo-pelvik.

Proses persalinan dapat dipandang sebagai proses mekanik, dimana janin dalam rahim didorong oleh his (tenaga) melalui pelvis keluar. Jika ada ketidak seimbangan/ disproporsi antara janin dan pelvis (feto-pelvik) maka akan terjadi persalinan patologis.

Imbang sefalo-pelvik yaitu adanya keseimbangan antara his, posisi kepala, dan keadaan servik yang dapat diharapkan adanya partus pervaginam. Disproporsi sefalo-pelvik artinya bahwa janin tidak dapat dilahirkan secara normal pervaginam.

- 3) Panggul sempit (*pelvic contraction*).

Panggul disebut sempit apabila ukurannya 1 – 2 cm kurang dari ukuran normal. Kesempitan panggul dapat dipandang bagian panggul yang sempit pada inlet (pintu atas panggul = p.a.p). Kesempitan pada p.a.p akan terjadi apabila inlet kurang dari 10 cm. Midpelvis (ruang tengah panggul = r.t.p) termasuk sempit apabila diameter interspinarum 9 cm atau kurang, sedang apabila diameter transversa ditambah diameter sagitalis posterior kurang dari 13,5 cm.

Kesempitan outlet (bagian dasar panggul = b.d.p), apabila diameter transversa dan diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm. Meskipun kesempitan ini tidak menghalangi lahirnya janin, tetapi dapat menyebabkan perineal ruptur hebat, karena arkus pubis sempit sehingga kepala janin terpaksa melalui ruangan belakang.

- 4) Partus percobaan

Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan, untuk memperoleh bukti ada atau tidaknya disproporsi sefalo-pelvik. Penilaian berdasarkan pada perbandingan keadaan

satu saat tertentu dengan keadaan waktu berikutnya, dan juga suatu waktu minimum antara keduanya.

Pada partus yang berjalan secara fisiologis, maka terjadi perubahan pada pembukaan servik, tingkat turunnya kepala, dan posisi kepala (rotasi). Perubahan dapat terjadi bersamaan, berurutan atau bergantian. Selama terdapat perubahan walaupun hanya satu jenis gerakan, masih dapat dikatakan partus maju.

Syarat partus percobaan adalah his normal dan adekuat, serviks lunak, dan anak dalam letak kepala serta hidup. Pemeriksaan dilakukan setiap 2 – 4 jam, dan waktu ketuban pecah.

5) Kelainan jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak dapat pula menghalangi jalannya persalinan. Yang termasuk jalan lahir lunak adalah serviks uteri, vagina, selaput dara dan kelainan jalan lahir lunak lainnya.

Distosia serviks adalah terhalangnya kemajuan persalinan karena kelainan pada servik uteri. Kelainan ini ditandai dengan his normal dan baik, tetapi permukaan servik macet karena serviks tidak mau membuka. Yang termasuk pada kelainan serviks uteri adalah serviks kaku, serviks gantung, serviks konglumer, dan edema serviks.

Serviks kaku adalah suatu keadaan seluruh serviks kaku yang sering dijumpai pada primigravida tua, atau adanya bekas luka dan infeksi yang sembuh tetapi meninggalkan parut. Serviks gantung adalah suatu keadaan dimana ostium uteri eksternum dapat terbuka lebar tetapi ostium uteri internum tidak dapat membuka sehingga berbentuk seperti corong. Hal sebaliknya dimana ostium uteri internum dapat terbuka lengkap, sedangkan ostium uteri eksternum tidak dapat membuka disebut serviks konglumer. Sedangkan serviks yang dijumpai adanya edema yang disertai hematoma dan nekrosis maka dapat menjadi tanda adanya obstruksi. (Sarwono Prawiroharjo, 2013)

c. Distosia karena kelainan janin (*passanger*)

A. Kelainan letak kepala

Yang termasuk dalam kelainan ini adalah letak kepala tengadah, posisi oksiput posterior persisten, letak belakang kepala UUK (Ubun-ubun Kecil) melintang, dan letak tulang ubun-ubun. Letak kepala tengadah meliputi presentasi puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi. Presentasi puncak kepala adalah suatu keadaan dimana bagian terbawah adalah puncak kepala. Pada pemeriksaan dalam teraba UUB (Ubun-ubun Besar) yang paling rendah, dan UUB sudah berputar ke depan.

Presentasi muka adalah letak kepala tengadah, dimana bagian kepala yang paling rendah adalah muka. Letak ini merupakan letak defleksi yang paling maksimal, jadi oksiput dan punggung berhubungan rapat. Muka terlihat kebawah seperti orang melongok.

Presentasi dahi terjadi apabila posisi kepala antara fleksi dan delesi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Dalam proses persalinan biasanya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

Posisi oksiput posterior persisten diawali pada letak belakang kepala biasanya ubun-ubun kecil yang memutar ke belakang. Bila letak UUK memutar ke depan maka akan terjadi janin lahir secara spontan. Dalam menghadapi persalinan UUK di belakang maka penolong harus sabar, sebab rotasi ke depan kadang-kadang baru terjadi di dasar panggul.

Letak belakang kepala UUK melintang ditandai dengan hasil pemeriksaan kepala sudah di dasar panggul sedangkan UUK masih disamping sehingga terjadi putar paksi terlambat. Etiologi kelainan ini adalah kelemahan his pada kala II, panggul picak, janin kecil atau mati, dan kepala janin bundar.

Letak tulang ubun-ubun adalah proses persalinan dimana bagian janin terdepan adalah tulang ubun-ubun. Keadaan ini terjadi

karena asinklitismus permanen yang sering dijumpai pada panggul picak.

B. Letak sungsang

Letak sungsang adalah suatu kondisi dimana kondisi janin dalam rahim letaknya memanjang (membujur), kepala berada difundus dan bokong di bawah.

Termasuk dalam kategori ini adalah letak bokong, letak sungsang sempurna dan letak sungsang tidak sempurna. Letak bokong yaitu posisi janin dalam rahim atau pada saat proses persalinan bokong berada pada bagian terbawah dan posisi tungkai terangkat ke atas. Letak sungsang sempurna adalah bila posisi bokong berada dibagian terbawah dan posisi kedua kaki berada disamping bokong. Sedangkan letak bokong tidak sempurna adalah letak sungsang dimana bokong sebagai bagian terendah janin juga kaki dan lutut, dapat terjadi satu atau kedua kaki atau lutut.

Etiologi letak sungsang adalah kepala pada pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada, misalnya pada panggul sempit, hidrosefalus, anensefali, plasenta previa, tumor pelvis dan lain-lain. Janin mudah bergerak, seperti pada hidramnion, multipara, dan janin kecil. Kasus gemelli atau kehamilan ganda. Kelainan uterus, seperti uterus arkuatus, bikornis, dan mioma uteri. Selain itu juga dapat disebabkan oleh janin yang sudah lama mati, dan sebab-sebab lain yang tidak diketahui.

C. Letak lintang (*Transverse Lie*)

Letak lintang adalah suatu kondisi dimana posisi memanjang janin menyilang sumbu memanjang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus atau mendekati 90 derajat. Posisi yang paling rendah pada letak ini biasanya adalah bahu sehingga sering disebut *shoulder presentation*.

Etiologi letak lintang sering merupakan kombinasi dari beberapa faktor yaitu fiksasi kepala tidak ada karena panggul sempit,

hidrosefalus, anensefalus, plasenta previa, dan tumor pelvis. Janin sudah bergerak pada hidramnion, multiparitas, anak kecil atau sudah mati.

Persalinan posisi letak lintang tidak dapat lahir secara spontan apabila anak normal dan cukup bulan, tetapi lahir spontan dapat terjadi apabila anak kecil (prematur), sudah mati dan menjadi lembek, atau pada panggul luas.

D. Presentasi rangkap/ ganda

Presentasi rangkap adalah suatu keadaan dimana bagian kecil janin menumbung disamping bagian besar janin dan bersama-sama masuk ke panggul. Misalnya tangan berada disamping kepala, kaki berada disamping kepala, atau tangan disamping bokong.

Etiologi presentasi rangkap terjadi pada keadaan dimana pintu atas panggul tidak dimasuki seluruhnya oleh bagian terbawah janin. Hal ini dapat terjadi pada keadaan panggul sempit, janin kecil atau mati, multipara pada keadaan dinding perut sudah kendor dan kepala masih tinggi, serta gemelli.

Penanganan presentasi rangkap biasanya tidak memerlukan tindakan terburu-buru, sabar menunggu dan observasi yang cermat. Bila perlu dilakukan reposisi, dan dianjurkan ibu dalam posisi trendelenburg yaitu posisi tidur telentang dengan posisi kepala lebih rendah dari kaki, dan tidur miring ke arah yang berlawanan. Pada kasus preposisi rangkap dengan panggul sempit atau dengan tali pusat menumbung sebaiknya perlu dilakukan seksio sesaria.

E. Kelainan bentuk dan besar janin

Janin yang lebih besar dari ukuran rata-rata yaitu melebihi 4.000 gram tidak dapat melalui panggul pada rata-rata ibu melahirkan. Janin yang pertumbuhannya sangat cepat dapat diklasifikasikan distosia kepala pada kasus hidrosefalus, kepala besar, dan higromakoli. Kasus distosia bahu yaitu bahu janin lebar seperti anak kingkong. Distosia perut yaitu hidropos fetalis, asites,

dan akardiakus. Distosia bokong yaitu meningokel, spina bifida dan tumor pada bokong janin. Kembar siam dan pertumbuhan monster lainnya.

Etiologi kasus bayi besar biasanya terjadi pada kehamilan posterm, wanita dengan habitus indolen, anak-anak berikutnya selalu lebih besar, orang tua yang besar, eritroblastosis, hipertiroidisme, dan diabetes melitus.

F. Tali pusat menumbung

Tali pusat menumbung adalah kondisi persalinan dimana teraba tali pusat keluar dan biasanya ketuban sudah pecah. Pada umumnya yang terjadi adalah tali pusat terkemuka yaitu keadaan dimana tali pusat yang berada di samping bagian besar janin dapat teraba pada kanalis servikalis dan ketuban masih intak.

Etiologi tali pusat menumbung pada umumnya prolapsus funiculi terdapat pada keadaan dimana bagian terdepan janin tidak terfiksasi pada p.a.p (pintu atas panggul), misalnya letak lintang, letak sungsang, panggul sempit, hidrosefalus dan anensefalus, hidramnion, dan plasenta previa serta plasenta tidak rendah.

G. Distosia tumor dan kelainan lain jalan lahir.

Yang termasuk dalam kelainan ini adalah kelainan vulva, kelainan vagina, kelainan serviks uteri, kelainan uterus dan kelainan ovarium.

Kelainan pada vulva meliputi edema vulva, stenosis vulva, dan stenosis vulva. Edema vulva dijumpai pada pre-eklamsi dan gangguan gizi atau malnutrisi atau pada persalinan lama atau persalinan terlantar. Stenosis vulva dijumpai pada sebagai akibat perlukaan atau infeksi dengan parut yang kaku dan dapat mengecilkan vulva (stenosis), persalinan kelainan ini dapat diatasi dengan episiotomi. Tumor vulva dapat berupa kista, dan jika tidak terlalu besar tidak akan menghalangi persalinan.

Kelainan vagina stenosis, vagina kongenital dan tumor

vagina. Stenosis vagina kongenital dan tumor vagina dapat menghalangi jalan lahir, dan stenosis agak tinggi dan kaku dianjurkan melakukan seksio sesarea.

H. Partus lama (*prolonged labor*) dan partus terlantar.

Partus lama adalah proses persalinan yang berlangsung lebih lama dari biasanya. Persalinan ini berlangsung selama 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi.

Etiologi terjadinya partus lama adalah kompleks termasuk pemeriksaan kehamilan sampai pada pertolongan persalinannya. Faktor-faktor penyebab tersebut antara lain kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan his, pimpinan partus yang salah, janin besar atau ada kelainan kongenital, primitua, ketuban pecah dini, dan perut gantung (ari kurniarum, 2016).

d. Posisi ibu (*position*)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi yang baik dalam persalinan yaitu posisi tegak yang meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok. Posisi tegak dapat memberikan sejumlah keuntungan, hal itu dikarenakan posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin, dapat mengurangi insiden penekanan tali pusat, mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi pembuluh darah serta posisi tegak dapat 13 membuat kerja otot-otot abdomen lebih sinkron (saling menguatkan) dengan rahim saat ibu mendedan (sarwono prawiroharjo, 2013).

e. Psikologis (*Psychologic Respons*)

Psikologis adalah kondisi psikis klien dimana tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping. Psikologis adalah bagian yang krusial saat persalinan, ditandai dengan cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasi nyeri persalinan. Respon fisik terhadap

kecemasan atau ketakutan ibu yaitu dikeluarkannya hormon katekolamin. Hormon tersebut menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta. Faktor psikologis tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut: melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu (Sarwono Prawiroharjo, 2013).

B. Faktor –Faktor Komplikasi Persalinan

1. Umur

Umur merupakan variabel-variabel universal yang harus diperhitungkan untuk diikutsertakan dalam suatu penelitian kesehatan meskipun tidak secara otomatis digunakan sebagai variabel penelitian. Jumlah variabel sebanyak yang diperlukan dan sesedikit mungkin. Terdapat penjelasan bahwa umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah keluarga, pendidikan dan pekerjaan serta pendapatan berkaitan dengan kebutuhan pencarian pelayanan kesehatan. Kebutuhan terkait dengan hal yang nyata seperti penggunaan fasilitas kesehatan, persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan dan hubungan antara pasien dan petugas pelayanan kesehatan. Umur ibu mempengaruhi pertumbuhan dan kesiapan fisik serta mental ibu untuk melahirkan. Pada umur kurang 20 tahun pertumbuhan organ reproduksi belum berkembang optimal dan secara psikologis belum siap untuk melahirkan. Oleh karena itu persalinan pada umur ini lebih berisiko terjadi komplikasi persalinan usia ibu hamil terlalu muda (<20 tahun) dan terlalu tua (>35 tahun) mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi kurang sehat. Hal ini dikarenakan pada umur dibawah 20 tahun, dari segi biologis fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna untuk menerima keadaan janin dan segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, mental, dan emosional, sedangkan pada umur diatas 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami kemunduran atau degenerasi dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya

komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan lebih besar. Perdarahan post partum yang mengakibatkan kematian maternal pada wanita hamil yang melahirkan pada umur dibawah 20 tahun, 2-5 kali lebih tinggi daripada perdarahan post partum yang terjadi pada umur 20-29 tahun. Perdarahan post partum meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun (Winkjosastro, 2010).

2. Pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi apa yang akan dilakukan yang tercermin dari perilakunya (pengetahuan, sikap dan praktek). Pendidikan yang rendah berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang rendah. Angka kesakitan sangat berbeda jumlahnya pada pendidikan rendah dan pekerjaan tidak memadai. Hampir semua penyakit teridentifikasi diantara populasi dengan tingkat pendidikan rendah, dan bila dibandingkan dengan pendidikan tinggi perbedaan itu tampak nyata. Pendidikan dan ekonomi menentukan tingkat kesehatan seseorang. Pendidikan dapat memperbaiki perilaku kesehatan serta membantu mencegah penyakit. Uang dapat digunakan untuk membeli pelayanan kesehatan dan perbaikan lingkungan. Pendidikan, kekayaan dan status sosial berhubungan dengan kesakitan dan kematian khususnya pada mayoritas warga pedesaan yang miskin.

Dalam keluarga berpendidikan rendah, istri lebih dominan dalam menentukan keputusan sebaliknya pada keluarga yang berpendidikan lebih tinggi peran suami lebih besar.

Pendidikan akan berpengaruh pada kelompok mana mereka berada. Orang yang berpendidikan cukup akan mempunyai peluang untuk bekerja dan berkumpul pada orang yang berpendidikan cukup. Informasi pekerjaan, kesehatan, dan kehamilan serta kelahiran sering menjadi pembicaraan diantara mereka sehingga dapat menjadi bahan pertimbangan untuk bertindak (H. Sugiyanto, 2016).

3. Status Gizi

Kesehatan keluarga diselenggarakan untuk mewujudkan keluarga sehat, kecil, bahagia dan sejahtera. Kesehatan keluarga tersebut meliputi kesehatan suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya. Anggota keluarga lainnya adalah setiap orang yang tinggal serumah dengan keluarga tersebut, baik yang mempunyai hubungan darah maupun tidak. Kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil masih sering ditemukan dengan prevalensi 30%. Kondisi ini akan menjadikan ibu tidak cukup tenaga (*power*), kurangnya pertumbuhan janin, ibu tidak cukup kuat yang dapat memicu terjadinya gangguan his, partus lama dan macet. Cara mengidentifikasi apakah ibu hamil mengalami kurang energi atau tidak menggunakan ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA), jika ukuran lila kek yaitu jika ukuran lila kurang dari 23,5 cm.

Anemia merupakan salah satu keadaan yang ditandai dengan kadar Hemoglobin (Hb) kurang dari normal. Terjadinya anemia sangat dipengaruhi ketersediaan kadar zat besi dalam menu makanan ibu hamil selama proses kehamilannya berlangsung. Disamping itu selama kehamilan terjadi pertumbuhan janin di dalam rahim ibu yang secara faali menyebabkan perubahan pada sistem peredaran darah dan komponen darah, kardiovaskuler, pencernaan dan jaringan lemak. Hal ini berakibat pada peningkatan volume darah akibat pencairan darah yang disebut hidremia. Selama kehamilan juga terjadi Eritropoiesis yang menyebabkan meningkatnya volume eritrosit bertambah 18 %, sedangkan penambahan plasma jauh lebih besar 30 %, sehingga konsentrasi Hb dalam darah lebih rendah 19 %. Hal ini menyebabkan banyak terjadi anemia pada ibu hamil yang biasanya disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang kombinasi keduanya. Kadar Hb normal untuk ibu hamil trimester I dan III minimal 11 g%, sedangkan untuk trimester II minimal 10,5 g%. Kategori tingkat keparahan pada anemia yang bersumber dari

WHO adalah sebagai berikut:

- a. Kadar Hb ≥ 11 gr% tidak anemia
- b. Kadar Hb 9-10 gr % anemia ringan
- c. Kadar Hb 7-8 gr% anemia sedang
- d. Kadar Hb < 7 gr% anemia berat

Akibat anemia terutama yang parah memberikan akibat buruk pada ibu hamil dan persalinannya, diantaranya adalah :

- a. Kesakitan dan kematian.

Bagi wanita hamil yang menderita anemia gizi yang berat lebih mudah diserang penyakit baik infeksi maupun umum, dan dapat berlanjut sampai parah dan kematian.

- b. Pengaruh terhadap hasil konsepsi.

Ibu hamil yang menderita anemi berat dapat menyebabkan prematuritas, keguguran, kematian janin dalam kandungan, kematian janin waktu lahir, kematian perinatal yang tinggi, dan janin cacat bawaan.

- c. Pengaruh terhadap kehamilan, persalinan dan nifas, dapat berakibat partus prematurus, keguguran, insersia uteri, partus lama, atonia uteri, perdarahan, syok, infeksi intrapartum dan dalam nifas.

Pengaruh terhadap proses persalinan. Ibu dengan kondisi Hb rendah akan mempengaruhi kemampuan kontraksi uterus. Sel-sel darah merah (eritrosit) akan mengikat oksigen (O_2) dan mengedarkan ke seluruh tubuh. Kadar Hb yang rendah akan mempengaruhi jumlah oksigen yang mampu diikat dan jumlah oksigen yang mampu diangkut dan diedarkan ke seluruh tubuh menurun. Otot uterus yang kekurangan oksigen akan menurunkan kemampuan kontraksi otot uterus atau insersia uteri (H. Sugiyanto, 2016).

4. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seseorang ibu baik lahir hidup maupun lahir mati. Seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko mengalami komplikasi persalinan pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan nutrisi. Jumlah paritas 1

atau lebih dari 4 sangat berisiko terhadap kejadian komplikasi pada saat persalinan. Karena selama hamil zat- zat gizi akan terbagi untuk ibu dan untuk janin yang dikandungnya

Menurut dr. Sunitri, paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan pasca persalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kejadian perdarahan pasca persalinan lebih tinggi. Pada paritas yang rendah (paritas satu), ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan nifas (Carr, n.d.)

Seorang wanita telah mengalami kehamilan sebanyak 6 kali atau lebih, lebih mungkin mengalami :

- a. Kontraksi yang lemah pada saat persalinan (karena otot rahimnya lemah)
- b. Perdarahan setelah persalinan (karena otot rahimnya lemah)
- c. Persalinan yang cepat, yang bisa menyebabkan meningkatnya risiko vagina yang berat
- d. Plasenta previa (plasenta letak rendah)

5. Jarak kelahiran

Jarak kelahiran adalah waktu sejak ibu hamil sampai terjadinya kelahiran berikutnya. Jarak kelahiran yang terlalu dekat menyebabkan terjadinya komplikasi persalinan. Hal ini dikarenakan kondisi ibu belum pulih dan pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi belum optimal, namun dituntut sudah harus memenuhi kebutuhan nutrisi janin yang dikandungnya.

Seorang ibu memerlukan waktu 2 sampai 3 tahun antara kehamilan agar pulih secara fisiologik dari persalinan dan mempersiapkan diri untuk hamil berikutnya. Semakin kecil jarak antara dua kelahiran semakin besar risiko melahirkan dengan komplikasi persalinan. Kejadian tersebut akan menyebabkan perdarahan antepartum, partus premature, dan anemia berat. Jarak kehamilan yang sangat pendek dan jarak yang sangat panjang menjadi

faktor risiko terjadinya ibu melahirkan dengan komplikasi (sarwono prawiroharjo, 2013).

6. Budaya

Upacara krayanan atau brokohan atau selapanan yaitu upacara pada saat bayi berusia 35 hari untuk memberi nama bayi dengan cara berdoa bersama dan bancakan atau selamat dengan nasi urap / sego gundangan rambanan reno pitu. Bersamaan dengan upacara krayanan tersebut juga diadakan upacara adat walikan atau resikan. Upacara ini lebih ditujukan untuk si ibu bayi karena sudah selesai menjalani masa nifas dan siap untuk melayani suaminya kembali. Pada saat selamat itu si ibu dirias secantik mungkin. Di dalam upacara ini kehadiran dukun bayi juga penting, terutama bila mereka yang menolong kelahiran bayinya. Masih banyak masyarakat di lokasi penelitian yang membutuhkan dukun bayi. Menurut responden, dukun bayi dirasakan mempunyai beberapa kelebihan dibanding bidan / dokter yaitu dukun bayi mampu memberikan pelayanan yang paripurna mulai dari menolong persalinan sampai memimpin upacara kelahiran bayi. Dukun bayi juga siap setiap saat dibutuhkan, memberikan rasa nyaman dan aman karena mereka kebanyakan dituakan, begitu juga hubungan kekeluargaan membuat kehadiran dukun bayi dalam hal tertentu sulit digantikan oleh bidan (Suryawati, 2007).

7. Riwayat Obstetri

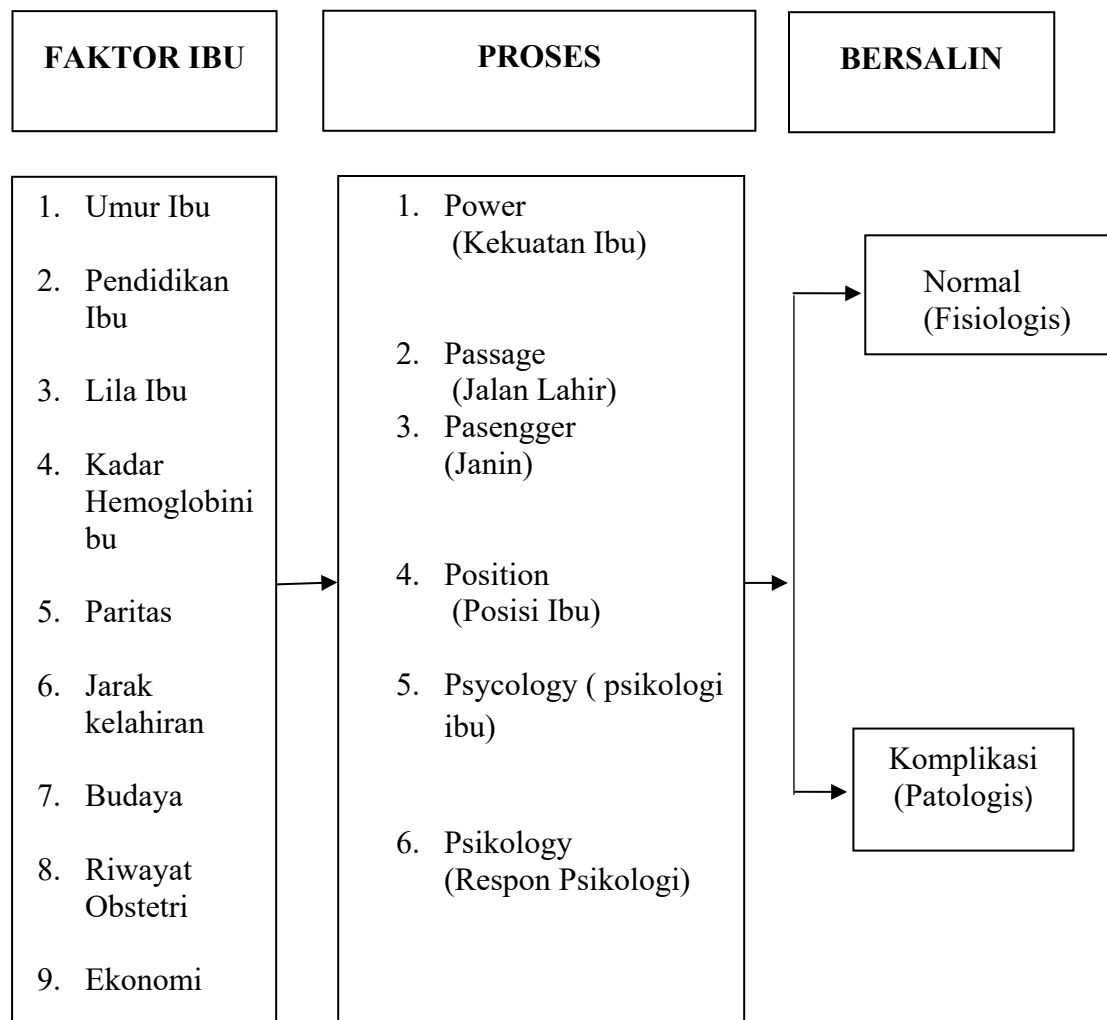
Hal ini dapat dikarenakan riwayat obstetri berbagai riwayat obstetri langsung berhubungan dengan organ reproduksi sehingga menimbulkan komplikasi obstetri pada ibu di kehamilan sekarang mengungkapkan bahwa jejas atau bekas luka dalam pada alat-alat kandungan, ataupun jalan lahir yang ditimbulkan oleh persalinan terdahulu akan memberikan akibat buruk pada kehamilan sekarang (sarwono prawiroharjo, 2013).

8. Ekonomi

Keluarga yang berpenghasilan di bawah UMR sangat kesulitan dalam mencukupi kebutuhan gizinya sehari-hari. Ibu hamil tidak dapat

memenuhi kebutuhan gizinya padahal gizi ibu hamil sangat penting. Setiap hari makan seadanya saja, yang penting makan tanpa mengetahui makanan yang dikonsumsi tersebut mengandung nilai gizi atau tidak. Keluarga yang berpenghasilan rendah juga rata-rata berpendidikan rendah sehingga tidak mengerti akan kesehatan pada saat kehamilan, tidak tahu kebutuhan gizi ibu hamil dan tidak memeriksa dan merawat kehamilan dengan baik sehingga berpengaruh pada saat persalinan (Sugiyanto, 2016).

C. KERANGKA TEORI



(Sugiyanto, 2016; sarwono prawiroharjo, 2013)

Gambar 2.1. Hubungan Antara Faktor-Faktor dengan Kejadian Komplikasi Pada Persalinan Multipara