



**PERBEDAAN KEJADIAN INERSIA UTERI ANTARA
PERSALINAN DISERTAI DAN TANPA DISERTAI
ANEMIA DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Dina Ayu Savitri
NIM 152010101042**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**PERBEDAAN KEJADIAN INERSIA UTERI ANTARA
PERSALINAN DISERTAI DAN TANPA DISERTAI
ANEMIA DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S-1)
Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Oleh

**Dina Ayu Savitri
NIM 152010101042**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

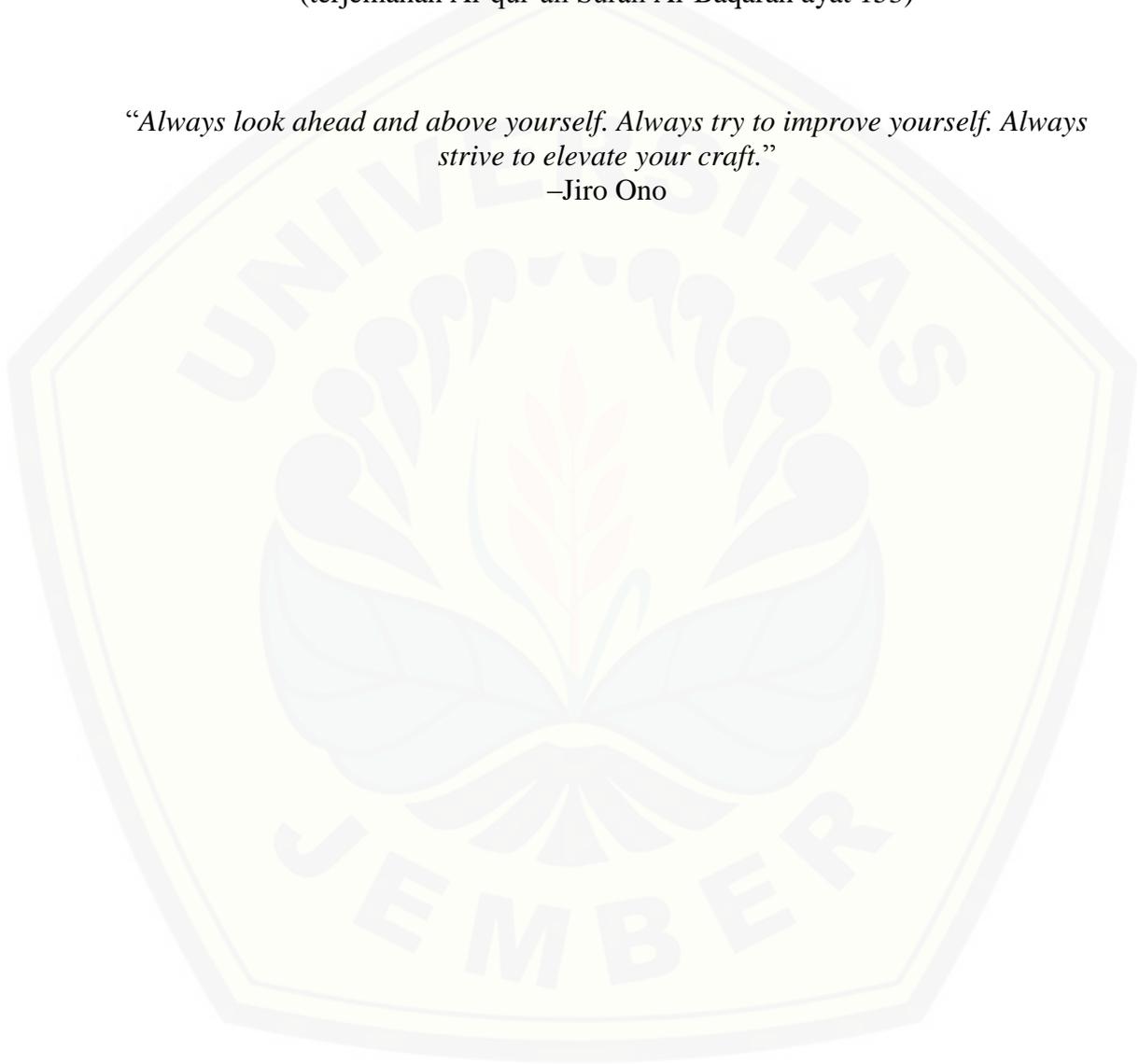
Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibuku tercinta Sri Mudjiati dan Bapakku tercinta Ecep Saeful Falah yang telah mendukung, mendoakan dan mencurahkan kasih sayangnya;
2. Kakakku tercinta Dini Nurul Falah yang selalu menjadi motivasi bagi saya untuk semangat dalam mencari ilmu;
3. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai perguruan tinggi yang telah mendidik dan memberikan ilmu;
4. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

MOTTO

“Wahai orang-orang yang beriman. Mohonlah pertolongan (kepada Allah) dengan sabar dan shalat. Sungguh, Allah beserta orang-orang yang sabar.”
(terjemahan Al-qur’an Surah Al-Baqarah ayat 153)

“Always look ahead and above yourself. Always try to improve yourself. Always strive to elevate your craft.”
–Jiro Ono



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dina Ayu Savitri

NIM : 152010101042

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Perbedaan Kejadian Inersia Uteri antara Persalinan Disertai dan Tanpa Disertai Anemia di RSD dr. Soebandi Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember,

Yang menyatakan,

Dina Ayu Savitri

NIM 152010101042

SKRIPSI

**PERBEDAAN KEJADIAN INERSIA UTERI ANTARA
PERSALINAN DISERTAI DAN TANPA DISERTAI
ANEMIA DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

Oleh

Dina Ayu Savitri
NIM 152010101042

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Yonas Hadisubroto, Sp. OG

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Pipiet Wulandari, Sp. JP FIHA

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Perbedaan Kejadian Inersia Uteri antara Persalinan Disertai dan Tanpa Disertai Anemia di RSD dr. Soebandi Jember” karya Dina Ayu Savitri telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Kamis, 17 Januari 2019

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Tim Penguji:

Penguji I,

Penguji II,

Dr. dr. Aris Prasetyo, M.Kes.
NIP. 196902031999031001

dr. Rini Riyanti, Sp.PK.
NIP. 197203281999032001

Penguji III,

Penguji IV,

dr. Yonas Hadisubroto, Sp.OG.
NIP. 197909262014121001

dr. Pipiet Wulandari, Sp.JP FIHA
NIP. 198207202008012013

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember,

dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp.BA
NIP. 197304241999031002

RINGKASAN

Perbedaan Kejadian Inersia Uteri Antara Persalinan Disertai dan Tanpa Disertai Anemia di RSD dr. Soebandi Jember; Dina Ayu Savitri, 152010101042; 2018; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data World Health Organization (WHO), angka kematian ibu di dunia pada tahun 2015 adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Menurut survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI), angka kematian ibu pada tahun 2007 yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data survei kesehatan rumah tangga (SKRT) pada tahun 2001, penyebab langsung dari kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Sedangkan penyebab tidak langsung dari kematian ibu antara lain kurang energi kronis (KEK) pada kehamilan (37%) dan anemia pada kehamilan (40%). Kejadian anemia pada ibu hamil ini akan meningkatkan resiko kematian ibu dibandingkan dengan ibu yang tidak menderita anemia. Target yang harus dicapai pada tahun 2010 untuk AKI sebesar 125 per 100.000 kelahiran hidup dengan cara mengurangi penyebab tidak langsung, seperti anemia (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2012). Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 g/dl (WHO, 2015). Secara umum, penyebab utama anemia pada kehamilan adalah defisiensi zat besi pada ibu hamil yang menyebabkan kadar hemoglobin menjadi rendah dan tidak dapat mencukupi kebutuhan tubuh akan oksigen untuk perfusi ke jaringan. Hal ini mengakibatkan metabolisme energi didalam otot terganggu dan terjadi penumpukkan asam laktat yang menyebabkan rasa lelah dan melemahnya kontraksi myometrium. Pada saat persalinan, anemia dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tidak adekuat yang disebut dengan inersia uteri dan ditandai dengan perpanjangan fase persalinan (Price, 2005). Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui perbedaan kejadian

inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember. Manfaat penelitian ini diantaranya bagi masyarakat umum, dinas kesehatan, RSD Dr. Soebandi, bagi institusi Fakultas Kedokteran Universitas Jember dan bagi peneliti diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan, dan pengalaman di bidang Obstetri dan Ginekologi khususnya tentang kejadian inersia uteri dan anemia pada persalinan.

Rancangan penelitian yang dipakai adalah metode penelitian survei analitik observasional dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil yang telah mengalami persalinan dan tercatat dalam rekam medis di RSD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2017 – 31 Desember 2017. Sampel dari penelitian ini adalah ibu yang telah mengalami persalinan dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu dilakukan dengan cara memilih sampel dari rekam medis yang memenuhi kriteria penelitian baik inklusi maupun eksklusi dari kurun waktu periode 1 Januari 2017 sampai dengan 31 Januari 2017 sampai jumlah sampel terpenuhi. Sebanyak 76 sampel didapatkan dari setiap bulan, sehingga diperoleh masing-masing 3 sampel anemia dan 3 sampel tidak anemia setiap bulannya. Dengan demikian, peneliti menggunakan penggabungan antara metode *stratified, cluster dan consecutive sampling*.

Jenis data yang digunakan pada penelitian ini ialah data sekunder. Data sekunder akan diperoleh peneliti dengan melihat rekam medis dari ibu hamil yang telah mengalami persalinan. Data demografi berupa usia ibu hamil dan paritas. Data klinis berupa kejadian inersia uteri dan data laboratoris berupa kadar hemoglobin. Pada analisis data dengan uji Chi Square (X^2) maka diperoleh nilai signficancy sebesar 0,011. Oleh karena nilai $<0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa H_a diterima dan H_o ditolak yang berarti terdapat perbedaan yang bermakna pada kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Kejadian Inersia Uteri antara Persalinan Disertai dan Tanpa Disertai Anemia di RSD dr. Soebandi Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Jurusan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

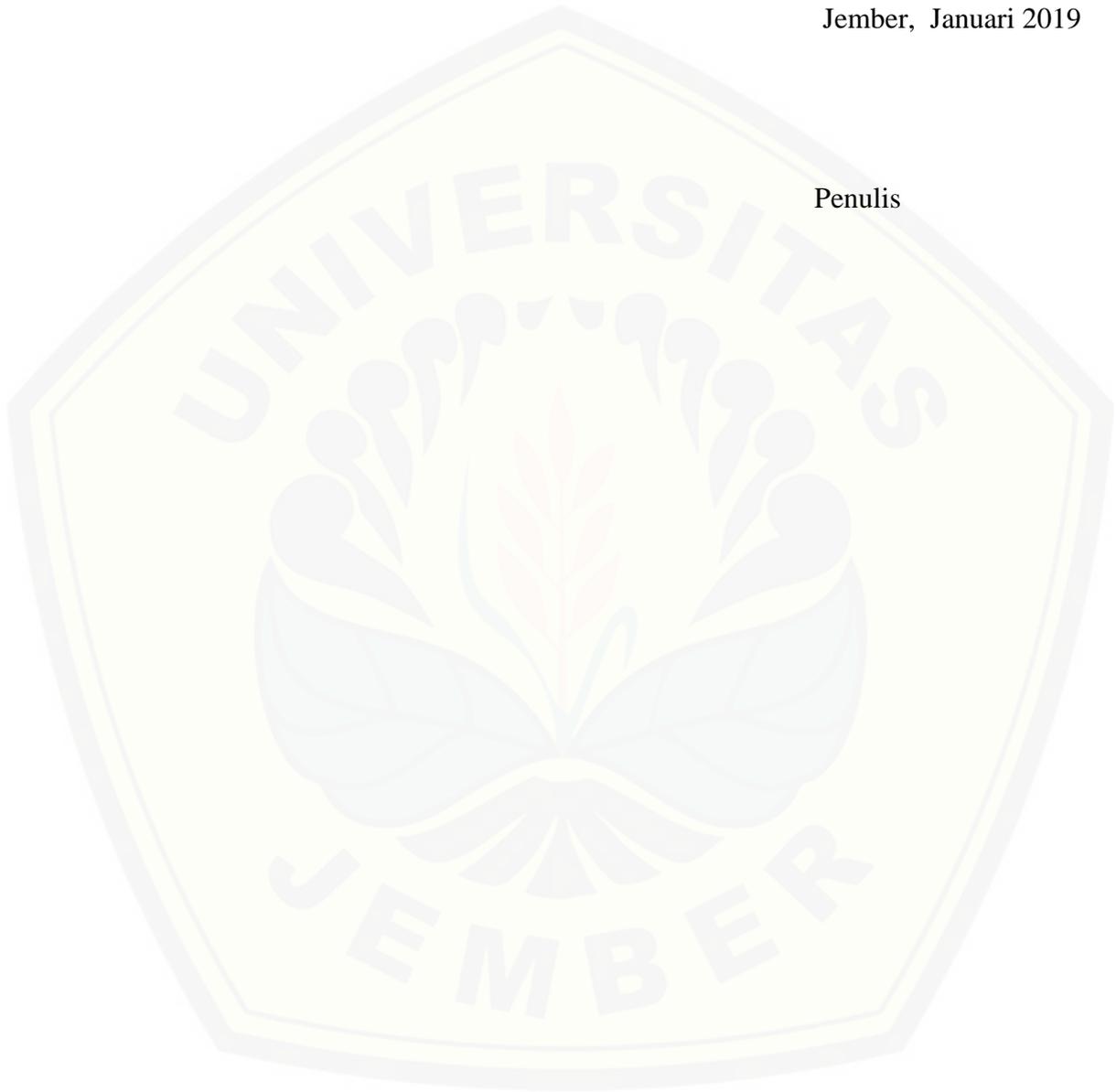
Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ibuku tercinta Sri Mudjiati dan Bapakku tercinta Ecep Saeful Falah yang telah mendukung, mendoakan dan mencurahkan kasih sayangnya;
2. Kakakku tercinta Dini Nurul Falah yang selalu menjadi motivasi bagi saya untuk semangat dalam mencari ilmu;
3. dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp.BA selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang telah memimpin dengan baik;
4. dr. Yonas Hadisubroto, Sp.OG selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Pipiet Wulandari, Sp.JP FIHA selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
5. Dr. dr. Aris Prasetyo, M.Kes dan dr. Rini Riyanti, Sp.PK selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktunya untuk memberi kritik dan saran yang membangun dalam penyusunan skripsi ini;
6. Dr. dr. Yunita Armiyanti, M.Kes selaku Dosen KOMBI yang telah mendampingi serta mengarahkan dalam penulisan skripsi ini;
7. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai perguruan tinggi yang telah mendidik dan memberikan ilmu;
8. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, terima kasih atas bantuan dan kerjasamanya.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Januari 2019

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN BIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Anemia dalam Kehamilan	5
2.1.1 Definisi.....	5
2.1.2 Etiologi.....	5
2.1.3 Anemia Fisiologis	6
2.1.4 Patofisiologi	7
2.1.5 Gejala Klinis	9
2.1.6 Diagnosis	10
2.1.7 Pengobatan.....	11
2.1.8 Komplikasi.....	11

2.2 Inersia Uteri.....	12
2.2.1 Definisi.....	12
2.2.2 Etiologi.....	13
2.2.3 Partograf pada Persalinan	13
2.2.4 Diagnosis	18
2.2.5 Penatalaksanaan	18
2.2.6 Komplikasi.....	19
2.3 Hubungan Anemia dan Inersia Uteri.....	20
2.4 Kerangka Konsep.....	22
2.5 Hipotesis.....	23
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	24
3.1 Jenis Penelitian.....	24
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	24
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	24
3.3.1 Populasi.....	24
3.3.2 Sampel	24
3.3.3 Besar Sampel	25
3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel	25
3.4 Jenis dan Sumber Data.....	26
3.5 Variabel Penelitian.....	26
3.5.1 Variabel Dependen	26
3.5.2 Variabel Independen	26
3.6 Definisi Operasional.....	27
3.7 Instrumen Penelitian	28
3.8 Rancangan Penelitian	28
3.9 Prosedur Penelitian.....	29
3.9.1 Prosedur Pengambilan Data.....	29
3.9.2 Alur Penelitian	30
3.9.3 Analisis Data.....	31
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	32
4.1 Hasil Penelitian.....	32
4.1.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu	32

4.1.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Paritas	33
4.1.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Anemia	33
4.1.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Inersia Uteri	34
4.1.5 Hubungan Antara Umur Ibu dan Kejadian Inersia Uteri	35
4.1.6 Hubungan Antara Paritas dan Kejadian Inersia Uteri	36
4.1.7 Perbedaan Kejadian Inersia Uteri Antara Persalinan dan Tanpa Disertai Anemia	37
4.2 Pembahasan	38
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	43
5.1 Kesimpulan	43
5.2 Saran	43
DAFTAR PUSTAKA	44
LAMPIRAN	50

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Tahapan Pada Persalinan Fase Aktif.....	15
3.1 Definisi Operasional.....	27
4.1 Distribusi Berdasarkan Umur Ibu	32
4.2 Distribusi Berdasarkan Paritas	33
4.3 Distribusi Berdasarkan Status Anemia.....	34
4.4 Distribusi Berdasarkan Status Inersia Uteri	34
4.5 Hubungan Antara Umur Ibu dan Kejadian Inersia Uteri	35
4.6 Hubungan Antara Paritas dan Kejadian Inersia Uteri	36
4.7 Perbedaan Kejadian Inersia Uteri Antara Persalinan Disertai dan Tanpa Disertai Anemia	37

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Perubahan Volume Darah Total Selama Kehamilan	7
2.2 Gejala Klinis Anemia	9
2.3 Stadium Persalinan Menurut Friedman	15
2.4 Pencatatan Pembukaan Serviks	16
2.5 Penurunan Bagian Terbawah Janin pada Partograf	17
2.6 Kerangka Konsep	22
3.1 Rancangan Penelitian	28
3.2 Alur Penelitian	30

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
1.1 Daftar Singkatan	50
2.1 Partograf WHO	51
3.1 <i>Ethical Clearance</i>	53
3.2 Surat Rekomendasi Bebas Plagiasi	55
3.3 Surat Ijin Penelitian.....	56
4.1 Tabel Data Hasil Konservasi.....	57
4.2 Hasil Analisis Statistik SPSS versi 16.0	60

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) ialah salah satu dari beberapa parameter yang dapat mendeskripsikan kesejahteraan masyarakat pada suatu negara, terutama negara berkembang seperti Indonesia. AKI di dunia berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada tahun 2015 yaitu 216 setiap 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu sekitar 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Berdasarkan data dari survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI), AKI di Indonesia pada tahun 2007 tergolong sangat tinggi dan menempati urutan pertama di *Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN) yaitu sebesar 228 setiap 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data yang diperoleh dari survei kesehatan rumah tangga (SKRT) pada tahun 2001, kematian ibu secara langsung di Indonesia diakibatkan oleh perdarahan yaitu sebesar 28%, kemudian diikuti dengan eklampsia yaitu sebesar 24% dan yang terakhir oleh karena infeksi yaitu sebesar 11%. Sedangkan etiologi yang secara tidak langsung mengakibatkan kematian ibu sebagian besar ialah kekurangan energi kronis (KEK) pada kehamilan sebesar 37% dan anemia sebesar 40%. Ibu hamil yang menderita anemia terutama pada trimester akhir menjelang persalinan akan meningkatkan risiko kematian apabila dibandingkan dengan ibu yang tidak menderita anemia. Badan pusat statistik (BPS) di Jawa Timur menyatakan bahwa AKI pada tahun 2005 yaitu sebesar 265 setiap 100.000 kelahiran hidup, sementara target yang semestinya dicapai pada tahun 2010 untuk AKI ialah sebesar 125 setiap 100.000 kelahiran hidup. Target tersebut dapat dicapai dengan cara mengurangi penyebab yang tidak langsung seperti anemia (Dinkes Jatim, 2012).

Menurut WHO pada tahun 2015, anemia merupakan salah satu penyebab kematian ibu yang cukup besar baik pada saat masa kehamilan maupun ketika memasuki persalinan. Menurut penelitian yang telah dilakukan, persentase kematian ibu pada saat persalinan yang diakibatkan oleh anemia ialah sebesar

70% dan sekitar 19,7% disebabkan oleh faktor lain. Dampak negatif apabila ibu menderita anemia saat hamil dan persalinan diantaranya terjadi keluhan yang ringan hingga terjadi abortus, bayi lahir prematur dan gangguan pada saat proses persalinan seperti persalinan lama, atonia uteri, perdarahan pasca persalinan dan inersia uteri (Allen, 2007).

Pada kehamilan, ibu dikatakan anemia apabila kadar hemoglobin (Hb) kurang dari 11 g/dl pada trimester pertama dan ketiga atau kurang dari 10,5 g/dl pada saat memasuki trimester kedua. Batasan kadar hemoglobin tersebut berbeda dengan perempuan yang sedang tidak hamil oleh karena pada wanita hamil terjadi hemodilusi, terlebih pada saat memasuki trimester kedua (Cunningham, *et al.*, 2012). Secara umum, etiologi terbanyak dari anemia pada kehamilan ialah defisiensi zat besi (Fe) yang menyebabkan kadar hemoglobin menjadi rendah dan tidak dapat mencukupi kebutuhan tubuh dalam menyalurkan oksigen untuk perfusi ke jaringan. Hal ini mengakibatkan terganggunya pembentukan adenosin trifosfat (ATP) untuk energi didalam otot sehingga mengakibatkan terjadinya kelelahan dan melemahnya kontraksi otot rahim (Price, 2005).

Pada saat persalinan, anemia dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tidak adekuat yang disebut dengan inersia uteri dan ditandai dengan kontraksi yang lemah, jarang, durasi yang pendek dan kala I fase aktif yang memanjang. Dampak terburuk dari anemia pada saat persalinan yaitu terjadi hipoksia yang dapat mengakibatkan perdarahan pasca melahirkan, syok hemoragik dan berakhir dengan kematian ibu pada saat bersalin. Angka kejadian anemia pada ibu hamil di Indonesia kurang lebih 67% dan sebanyak 10-11% dikategorikan sebagai anemia berat yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin serta kesehatan ibu. Anemia yang berat dengan kadar hemoglobin dibawah 7 g/dl dapat menyebabkan komplikasi berupa dekompensasi kordis (Wiknjosastro, 2007).

Sehubungan dengan tingginya angka kematian ibu khususnya pada proses persalinan, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan proses persalinan menjadi tidak lancar, diantaranya adalah *passage* (jalan lahir), *passenger* (bayi), dan *power* (kekuatan ibu). *Passage* dan *passenger* dapat diperkirakan kemungkinannya dalam menyebabkan kesulitan saat persalinan, dan *power* atau kekuatan mengejan

ibu seharusnya juga dapat diprediksi potensinya dalam menyebabkan kesulitan pada proses persalinan. Tidak adekuatnya kontraksi ibu dalam proses persalinan normal dapat berdampak pada lamanya persalinan dan diinterpretasikan dari durasi kala I persalinan, yaitu terjadinya perpanjangan persalinan kala I fase aktif yang disebabkan oleh inersia uteri (Cunningham, *et al.*, 2012).

Menurut kajian peneliti, sampai saat ini belum ada data hasil penelitian mengenai perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian terkait dengan perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah pada penelitian ini ialah “apakah ada perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember?”

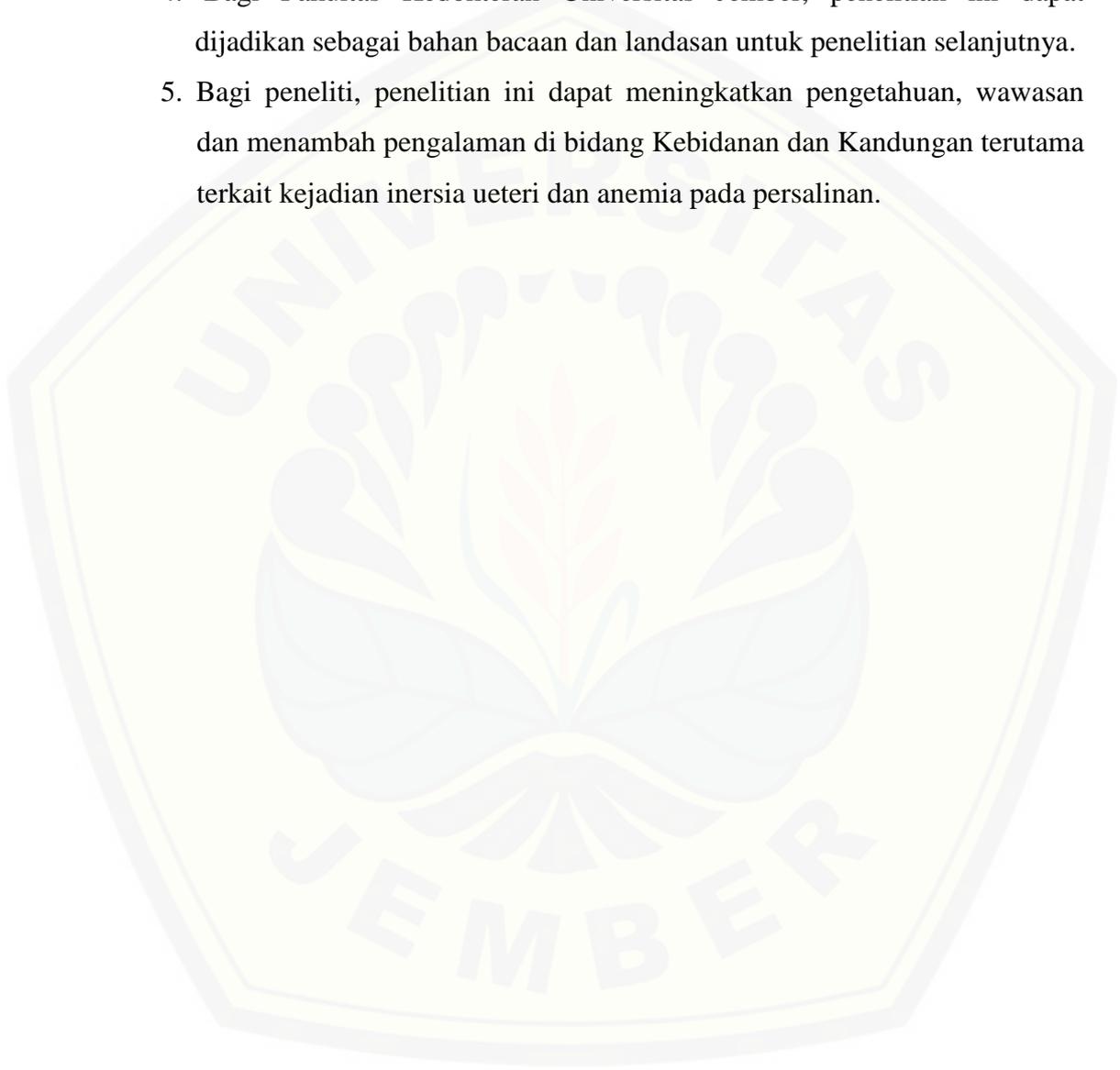
1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi masyarakat khususnya ibu hamil, penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember.
2. Bagi dinas kesehatan, penelitian ini dapat menambah informasi mengenai gambaran kesehatan ibu yang telah mengalami persalinan agar kedepan dapat dilakukan pencegahan dan penanganan anemia pada kehamilan.

3. Bagi RSD dr. Soebandi Jember, penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan, pengetahuan dalam melakukan pelayanan kesehatan yang rutin dan pencegahan anemia pada ibu hamil agar lebih waspada dalam mempersiapkan dan menangani persalinan.
4. Bagi Fakultas Kedokteran Universitas Jember, penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan landasan untuk penelitian selanjutnya.
5. Bagi peneliti, penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan, wawasan dan menambah pengalaman di bidang Kebidanan dan Kandungan terutama terkait kejadian inersia ueteri dan anemia pada persalinan.



BAB. 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anemia dalam Kehamilan

2.1.1 Definisi

Anemia dalam kehamilan ialah ibu hamil dengan nilai hematokrit dan jumlah sel darah merah yang mengalami penurunan, serta kadar hemoglobin yang kurang dari 11 g/dl pada trimester pertama dan ketiga atau kurang dari 10,5 g/dl pada saat memasuki trimester kedua (Cunningham *et al.*, 2012). Sedangkan menurut WHO, anemia dalam kehamilan dibagi menjadi tiga kategori, yaitu ringan, sedang dan berat. Dikategorikan anemia ringan apabila kadar hemoglobin ibu 10 sampai dengan 10,9 g/dl, anemia kategori sedang yaitu 7 sampai dengan 9,9 g/dl dan kategori berat apabila kurang dari 7 g/dl (WHO, 2015).

2.1.2 Etiologi

Anemia pada kehamilan dapat terjadi baik secara fisiologis maupun patologis. Secara fisiologis anemia pada ibu hamil diakibatkan oleh karena terjadi perubahan volume plasma darah yang menyebabkan nilai hematokrit menurun. Sedangkan anemia secara patologis dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya anemia akibat kehilangan darah akut oleh karena perdarahan pada ibu hamil, anemia yang berkaitan dengan penyakit kronik, anemia megaloblastik, anemia hipoplastik dan anemia hemolitik. Akan tetapi, penyebab anemia secara umum dan paling banyak diderita ibu hamil ialah anemia oleh karena defisiensi besi (*American Pregnancy Association*, 2015).

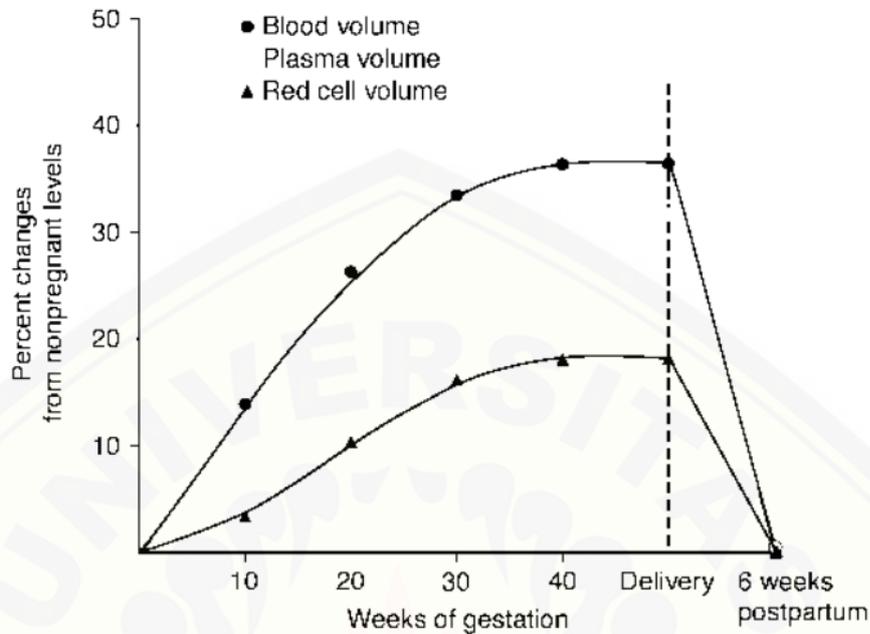
Perdarahan akut pada ibu hamil dapat terjadi pada kasus abortus, kehamilan ektopik dan mola hidatidiformis. Sedangkan anemia pasca partum seringkali disebabkan oleh tindakan obstetrik. Pada anemia yang berkaitan dengan penyakit kronik, terdapat perubahan fungsi retikuloendotelial, gangguan metabolisme besi dan penurunan eritopoiesis. Beragam penyakit menyebabkan anemia misalnya gagal ginjal kronik, kanker dan kemoterapi, infeksi *human immunodeficiency virus* (HIV) dan perdarahan kronik oleh karena insufisiensi

ginjal, penyakit radang usus, neoplasma ganas dan artritis reumatoid. Pada ibu hamil yang menderita anemia hemolitik, terdapat beberapa penyebab diantaranya oleh karena proses autoimun, imbas obat, imbas kehamilan dan akibat cacat eritrosit bawaan seperti pada sferositosis herediter sehingga penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari waktu normalnya. Pada ibu hamil dengan anemia hipoplastik, sumsum tulang kurang mampu memproduksi sel-sel darah baru dapat membahayakan ibu hamil meskipun kasusnya jarang ditemui. Sedangkan pada anemia megaloblastik, ibu hamil dapat mengalami gangguan sintesis DNA oleh karena defisiensi asam folat dan vitamin B12, sehingga eritrosit yang terbentuk ialah makrositik (Cunningham, *et. al.*, 2012).

2.1.3 Anemia Fisiologis

Secara fisiologis, pada kehamilan terjadi perubahan hematologis berupa hemodilusi oleh karena terjadi ekspansi volume plasma darah yang lebih tinggi daripada peningkatan jumlah sel darah merah yang tidak sebanding. Volume plasma meningkat tiga kali lipat lebih besar yaitu sekitar 30% sampai 40%, sedangkan peningkatan produksi eritrosit hanya sekitar 18%. Hal ini menyebabkan terjadinya perbedaan proporsi yang signifikan antara keduanya, terutama pada trimester kedua. Hal inilah yang menurunkan kadar hemoglobin dan menyebabkan kadar hemoglobin pada masa kehamilan lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil (Manuaba, dkk., 2010).

Volume darah ibu hamil mulai meningkat sejak trimester pertama yaitu sebesar 15% dibandingkan dengan keadaan sebelum hamil. Pada trimester kedua, volume plasma meningkat sebesar 45-65% dan meningkat drastis pada bulan kesembilan yaitu sekitar 1000 ml kemudian terjadi sedikit penurunan saat menjelang aterm dan menjadi normal kembali dalam waktu tiga bulan pasca persalinan. Ekspansi volume plasma ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan metabolik uterus, meningkatkan suplai darah untuk pertumbuhan plasenta dan janin, menghindarkan ibu dan janin dari dampak buruk aliran balik vena dan menghindarkan ibu dari dampak perdarahan pasca persalinan. Perubahan volume darah total selama kehamilan dapat dilihat pada gambar 2.1.



Gambar 2.1 Perubahan volume darah total dan komponen-komponennya (volume plasma dan sel darah merah) selama kehamilan dan masa nifas (Cunningham, *et al.*, 2012)

2.1.4 Patofisiologi

Anemia dapat disebabkan oleh beberapa hal, seperti perdarahan, defisiensi vitamin B12 dan asam folat, hemolisis dan gangguan pada sumsum tulang. Meskipun demikian, sebagian besar anemia pada masa kehamilan diakibatkan oleh defisiensi besi yang terjadi secara bertahap. Hal ini diakibatkan oleh karena besi dibutuhkan tubuh untuk membentuk hemoglobin dalam eritrosit. Inti zat besi yang diserap tubuh akan dipecah menjadi porphirin dan globin (tetraphirin) dan globin inilah yang nantinya bersama heme akan membentuk hemoglobin (Zulhaida, 2008). Anemia defisiensi besi terjadi oleh karena persediaan besi yang kurang untuk eritropoeisis yang selanjutnya dapat menyebabkan kosongnya cadangan besi atau yang disebut dengan (*depleted iron store*) sehingga mengakibatkan hemoglobin yang terbentuk sedikit. Hal ini terjadi karena kadar besi yang diserap oleh usus tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Anemia defisiensi besi dibuktikan dengan gambaran hipokromik mikrositer dan

pemeriksaan laboratorium yang menggambarkan kosongnya cadangan besi. (Sudoyo, 2014).

Pada masa kehamilan, tubuh akan membutuhkan besi lebih besar dibandingkan sebelum hamil yaitu sekitar 800-1000 mg untuk pemenuhan nutrisi pada ibu maupun janin. Ibu hamil memiliki tingkat metabolisme yang tinggi sehingga membutuhkan 300-400 mg zat besi untuk memproduksi energi agar dapat beraktivitas normal sehari-hari. Begitupun dengan janin yang membutuhkan 100-200 mg zat besi untuk pertumbuhan jaringan dan pembentukan organ serta persalinan yang mengeluarkan sekitar 190 mg zat besi dari tubuh yang diakibatkan oleh perdarahan (Sin-sin, 2008).

Pada trimester pertama kehamilan, produksi eritropoetin masih sedikit dan pertumbuhan janin masih lambat sehingga jumlah zat besi yang dibutuhkan masih sedikit. Ketika memasuki trimester kedua, janin tumbuh dan berkembang dengan pesat dan mulai aktif bergerak yaitu dengan menghisap dan menelan air ketuban ibu sehingga oksigen yang dibutuhkan lebih banyak. Hal tersebut mengakibatkan zat besi yang dibutuhkan semakin meningkat dan cadangan besi juga berkurang jumlahnya sehingga pada ibu hamil rentan menderita anemia (Sharma dan Shankar, 2010).

Cadangan besi yang menurun atau *iron depleted state* dibuktikan dengan kadar feritin serum yang turun, penyerapan besi oleh usus yang meningkat serta pengecatan besi sumsum tulang yang menunjukkan hasil negatif. Jika jumlah besi yang kurang ini terus terjadi dalam waktu yang cukup lama maka cadangan besi menjadi kosong dan mengakibatkan bentuk eritrosit menjadi tidak normal. Akan tetapi gejala klinis anemia masih belum tampak, kondisi tersebut dinamakan *iron deficient erythropoiesis*. Pada tahap ini kelainan yang ditemukan ialah diantaranya didapatkan kadar protoporfirin atau dalam sel darah merah terdapat protoporfirin zinc, penurunan saturasi transferin dan peningkatan *total iron binding capacity* (TIBC) serta meningkatnya reseptor transferin dalam serum. Jika kadar besi terus mengalami penurunan maka akan mengganggu eritropoiesis dan kadar hemoglobin menjadi turun, hal ini menyebabkan terjadinya anemia hipokromik mikrositer atau disebut dengan *iron deficiency anemia*. Pada tahap ini juga terjadi

defisiensi besi pada epitel dan beberapa enzim sehingga timbul tanda klinis pada kuku dan epitel mulut serta tanda khas lain. Pada kehamilan, anemia defisiensi besi menyebabkan gangguan pada ibu hamil dan janin yang dikandungnya (Sudoyo, 2014).

2.1.5 Gejala Klinis

Berikut ialah gejala klinis dari anemia pada kehamilan yang ditampilkan pada gambar 2.2.



Gambar 2.2 Gejala Klinis Anemia

Gejala klinis anemia atau yang disebut dengan sindrom anemia seringkali terlihat jelas pada ibu hamil dengan kadar hemoglobin kurang dari 7 g/dl hingga 8 g/dl. Tanda klinis yang ditemukan diantaranya lemah, lesu, mudah lelah, mata berkunang-kunang serta telinga mendenging. Sindrom anemia tersebut tidak selalu dirasakan oleh penderita anemia defisiensi besi apabila kadar hemoglobin menurun sedikit demi sedikit. Hal ini disebabkan oleh karena tubuh telah mengkompensasinya dengan baik. Ditemukan tanda klinis berupa pucat khususnya pada konjungtiva dan jaringan dibawah kuku pasien pada saat pemeriksaan fisik (Bakta, 2006).

Pada anemia defisiensi besi, gejala khas yang dapat dijumpai diantaranya *koilonychia*, atrofi papil lidah, stomatitis angularis, disfagia dan atrofi mukosa gaster. Pada anemia megaloblastik, dapat ditemukan tanda-tanda malnutrisi dan glositis berat (lidah meradang, nyeri), diare dan kehilangan nafsu makan. Pada anemia yang disebabkan oleh penyakit tertentu, maka dapat ditemukan gejala penyakit yang mendasari tersebut. Pada anemia hipoplastik dapat ditemukan tanda klinis berupa perdarahan akibat penurunan trombosit, perdarahan dapat berupa ekimosis dan petekie, epistaksis, perdarahan saluran cerna, perdarahan saluran cerna dan saluran kemih, dan rentan terkena infeksi. Pada anemia hemolitik dapat ditemukan temuan klinis berupa splenomegali dan *jaundice*. Pada anemia yang berat, terdapat tanda-tanda gangguan termogenesis dan dekompensasi kardis (Price, 2005).

2.1.6 Diagnosis

Diperlukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium yang cermat untuk dapat mendiagnosis anemia defisiensi besi. Langkah awal yang dilakukan ialah memastikan status anemia dengan cara pengukuran kadar hemoglobin, hematokrit atau jumlah sel darah merah. Batasan nilai kadar hemoglobin tergantung pada klasifikasi yang digunakan, dapat menggunakan klasifikasi WHO atau kriteria klinik. Langkah selanjutnya ialah memastikan etiologi dari anemia tersebut dan yang terakhir yaitu mencari penyebab defisiensi besi pada ibu hamil (Sudoyo, 2014).

Langkah terakhir yaitu menemukan etiologi anemia defisiensi besi, hal ini seringkali memerlukan berbagai jenis pemeriksaan. Akan tetapi, langkah ini perlu dilakukan untuk mencegah anemia agar tidak kambuh kembali (Sudoyo, 2014). Sedangkan pada pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan darah untuk mengetahui kadar hemoglobin harus dilakukan secara rutin selama pengawasan antenatal. Pemeriksaan kadar hemoglobin dapat dilakukan dengan metode pemeriksaan *Cyanmethemoglobin* yang menggunakan larutan *drabkins* (potassium ferrocyanida) untuk mengoksidasi hemoglobin menjadi methemoglobin yang kemudian bereaksi dengan ion sianida membentuk *Cyanmethemoglobin* (Provan,

2003). Pemeriksaan kadar hemoglobin pada ibu hamil sebaiknya dilakukan setiap tiga bulan sekali atau paling sedikit satu kali pemeriksaan pada awal kehamilan yaitu trimester pertama dan pada saat menjelang persalinan yaitu pada trimester ketiga (Mochtar, 2012).

2.1.7 Pengobatan

Pengobatan anemia pada dasarnya tergantung dengan penyebab yang mendasarinya, sehingga pengobatan dapat disesuaikan dengan jenis anemia yang diderita. Pada anemia defisiensi besi, terapi besi dapat diberikan melalui oral maupun parenteral. Preparat besi yang diberikan secara oral yaitu sulfas ferosus 3x200 mg setiap harinya. Sedangkan pemberian preparat besi secara parenteral hanya diindikasikan pada pasien dengan intoleransi terhadap preparat besi oral, rendahnya kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dan lain sebagainya. Preparat besi yang dianjurkan ialah *iron dextron complex* dengan kandungan 50 mg/ml secara intramuskuler atau intravena pelan (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2008).

2.1.8 Komplikasi

a. Pada Ibu

Pada ibu hamil, anemia dapat menyebabkan beberapa komplikasi baik ketika hamil, persalinan dan masa nifas. Pada trimester kedua dan ketiga, anemia dapat meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa, eklampsia, ketuban pecah dini, partus prematur dan perdarahan antepartum hingga dekompensasi kordis apabila ibu menderita anemia berat (Allen, 2007). Pada saat persalinan, anemia dapat menyebabkan kelemahan dan kelelahan dalam mengejan sehingga terjadi gangguan his yang disebut dengan inersia uteri. Pada kala I, anemia dapat menyebabkan fase aktif yang memanjang dan pada kala II dapat menyebabkan partus lama sehingga seringkali memerlukan tindakan operasi kebidanan. Sedangkan pada kala III, kala IV dan masa nifas, anemia dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan pasca melahirkan oleh karena atonia uteri dan dekompensasi kordis yang mendadak (Sharma dan Shankar, 2010).

b. Pada Janin

Anemia pada kehamilan dapat menyebabkan komplikasi pada janin, hal ini disebabkan oleh karena pertumbuhan plasenta dan janin yang terganggu akibat penurunan kadar hemoglobin. Kondisi tersebut menyebabkan terjadinya kekurangan nutrisi pada janin, berat badan bayi lahir rendah, hipoksia intrauterin akibat kurangnya oksigen dalam rahim dan prematuritas bahkan dapat menyebabkan kematian janin (Smith, et al., 2012). Dampak lain dari anemia dalam kehamilan ialah dapat menyebabkan asfiksia neonatorum dan risiko bayi lahir mati (*stillbirth*) (Mochtar, 1998).

Pada anemia megaloblastik dapat diberikan terapi berupa asam folat 1 mg per oral setiap hari, dalam waktu 4 sampai 7 hari setelah permulaan terapi, hitung retikulosit akan meningkat. Pada anemia hemolitik dan anemia terkait dengan penyakit kronis maka pengobatan disesuaikan dengan etiologi yang mendasari penyakit tersebut dan pada anemia hipoplastik dapat dipertimbangkan untuk transplantasi sumsum tulang (Cunningham, et al., 2012).

2.2 Inersia Uteri

2.2.1 Definisi

Inersia uteri adalah his yang tidak adekuat (*abnormal*) dan ditandai oleh kontraksi uterus dengan frekuensi yang jarang yaitu kurang dari 3 kali dalam 10 menit, amplitudo yang lemah yaitu kurang dari 40 mmHg dan durasi yang lebih pendek yaitu kurang dari 30 detik. Hal ini ditunjukkan dengan terjadinya perpanjangan persalinan kala I fase aktif yang disebabkan oleh karena otot rahim kurang maksimal dan efisien dalam berkontraksi sehingga tidak mampu menghasilkan dilatasi serviks dan mendorong janin keluar (Prawirohardjo, 2014).

Inersia uteri dibagi menjadi dua, yaitu primer dan sekunder. Dikatakan inersia uteri primer apabila kontraksi uterus bersifat lemah sejak awal persalinan. Sedangkan inersia uteri sekunder terjadi apabila sifat his baik atau normal pada awal mula persalinan, akan tetapi his kemudian melemah oleh karena otot-otot uterus yang mengalami kelelahan akibat persalinan yang lama (Prawirohardjo, 2014).

2.2.2 Etiologi dan Faktor Risiko

Inersia uteri dapat diakibatkan oleh beberapa faktor, ialah antara lain faktor uterus oleh karena overdistensi uterus pada kehamilan *gemelli* dan hidramnion. Inersia uteri dapat pula dipengaruhi oleh faktor herediter dan faktor psikologis seperti keadaan ibu yang terlalu cemas atau ketakutan saat persalinan. Mioma uteri, malpresentasi, malposisi, disproporsi sefalopelvik seperti pada makrosomia merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian inersia uteri, hal ini disebabkan oleh karena bagian terbawah janin tidak dapat berhubungan langsung dengan segmen bawah rahim. Selain itu penyebab lain yang turut mempengaruhi kejadian inersia uteri adalah ketidaktepatan penggunaan analgetik dan pengaruh hormonal karena kekurangan prostaglandin atau oksitosin (Prawirohardjo, 2014).

Faktor lain yang mempengaruhi inersia uteri pada persalinan yaitu paritas dan umur. Kelainan his terutama ditemukan pada primigravida tua. Primigravida tua (*older primigravida*) adalah seorang wanita yang mengalami kehamilan pertama pada usia lebih dari 35 tahun. Paritas ibu turut berpengaruh pada kejadian inersia uteri, terutama pada ibu dengan paritas berisiko yaitu ≥ 3 , hal ini diakibatkan oleh semakin sering ibu mengalami persalinan maka elastisitas otot uterus juga semakin berkurang sehingga terjadi inersia uteri. malpresentasi, malposisi. Selain faktor-faktor diatas, kondisi umum ibu yang kurang baik seperti ibu menderita anemia juga dapat menyebabkan terjadinya inersia uteri (Sastrawinata, 2005).

2.2.3 Partograf pada Persalinan

Secara klinis, mulainya persalinan ditandai dengan adanya his pada ibu bersalin dan ditemukan lendir disertai darah (*bloody show*) yang berasal dari kanalis servikalis dan pembuluh darah disekitarnya yang pecah (Wiknjosastro, 2005). Untuk mendiagnosis inersia uteri, kemajuan persalinan harus selalu dipantau yaitu dengan menggunakan partograf. Partograf adalah lembar yang digunakan sebagai alat bantu untuk memantau jalannya persalinan dan berisi keterangan mengenai ibu dan janin untuk selanjutnya dapat menentukan keputusan klinik (Depkes RI, 2004). Terdapat dua partograf yang dapat dijadikan

sebagai acuan untuk memantau kemajuan persalinan, yaitu partograf Friedman yang mencakup kurva servikogram dan partograf WHO yang telah dimodifikasi sehingga lebih sederhana dan mudah untuk digunakan (WHO, 2014).

a. Partograf Friedman

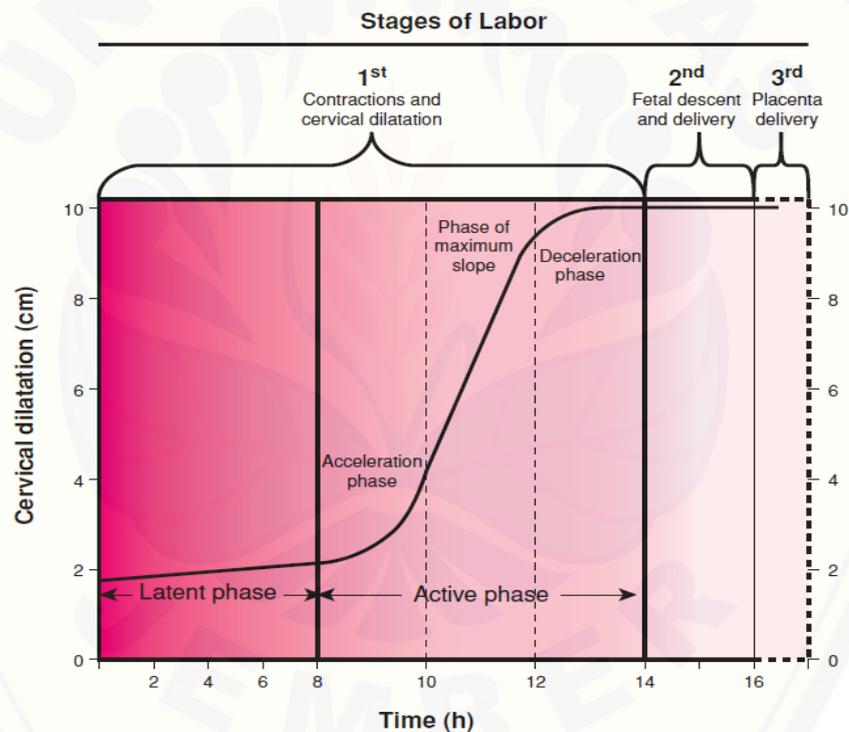
Menurut Friedman dan Sachtleben dalam Cunningham, *et al.*, (2012), proses membukanya serviks sebagai akibat dari his terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Dikatakan memasuki fase laten apabila telah terjadi kontraksi reguler dan berakhir pada dilatasi antara 3 sampai 5 cm. Ambang batas tersebut dapat digunakan untuk menentukan batas dimulainya persalinan fase aktif. Fase laten terjadi selama 8 jam dan dilatasi serviks pada ibu hamil berlangsung lambat. Fase laten yang memanjang adalah fase laten yang melebihi batas waktu 20 jam pada nullipara dan 14 jam pada multipara. Beberapa hal yang berpengaruh terhadap lamanya fase laten yaitu sedasi atau analgesia epidural yang berlebihan, kondisi serviks yang susah untuk mendatar dan persalinan palsu.

Pada persalinan, dinyatakan memasuki fase aktif apabila dilatasi serviks lebih dari 3 cm yang berlangsung selama 6 jam dan disertai dengan kontraksi uterus yang meningkat secara bertahap, baik dari segi frekuensi maupun lamanya kontraksi. Pada multigravida, kemajuan persalinan fase aktif berlangsung lebih cepat dari primigravida oleh karena pada primigravida yang terbuka pertama kali ialah ostium uteri internum sehingga serviks menjadi datar dan tipis, selanjutnya diikuti dengan ostium uteri eksternum yang membuka. Sedangkan pada multigravida, ostium uteri internum telah terbuka terlebih dulu sehingga pembukaan ostium uteri eksternum, penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat yang sama (Cunningham, *et al.*, 2012).

Fase aktif dibagi menjadi tiga tahapan atau bagian yang dapat diidentifikasi pada saat memasuki fase aktif persalinan, yaitu fase akselerasi, fase puncak maksimum dan fase deselerasi yang rinciannya akan dicantumkan pada tabel 2.2 berikut.

Tabel 2.1 Tahapan pada persalinan fase aktif (Cunningham, *et al.*, 2012)

Fase	Waktu	Pembukaan
Akselerasi	Dalam 2 jam	Dari 3 cm pada fase laten kemudian mengalami kemajuan menjadi 4 cm
Puncak maksimum	sekitar 2 jam	Serviks membuka dengan sangat cepat yaitu semula 4 cm menjadi 9 cm
Deselerasi	Dalam 2 jam	Serviks membuka dengan lambat dari yang semula 9 cm jadi pembukan lengkap yaitu 10 cm

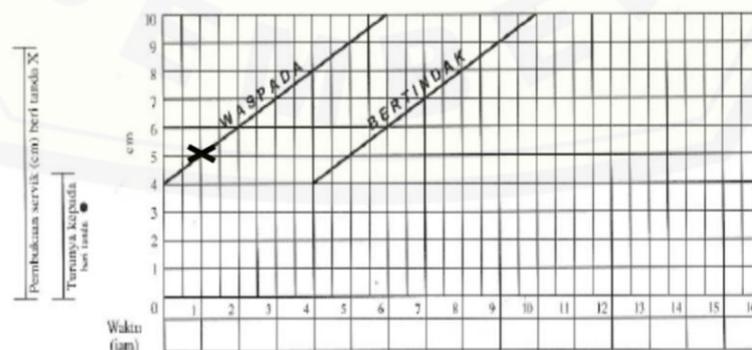


Gambar 2.3 Stadium persalinan yang menunjukkan bentuk kurva dilatasi serviks rerata selama persalinan pada wanita nullipara. Kala pertama terdiri dari fase laten yang relatif datar dan fase aktif yang progresif cepat. Pada fase aktif, terdapat tiga komponen: fase percepatan, fase linier kecuraman maksimal, dan fase perlambatan (Cunningham, *et al.*, 2012).

b. Partograf WHO

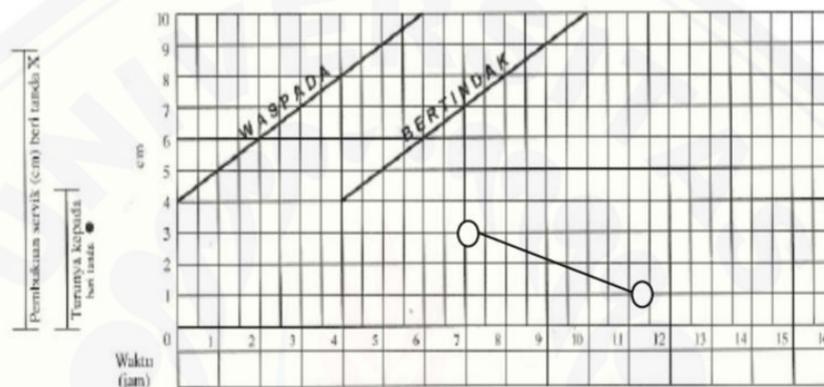
Partograf WHO merupakan partograf yang telah disederhanakan dengan menghilangkan gambaran fase laten didalamnya sehingga waktu dimulainya pengisian partograf adalah ketika memasuki persalinan fase aktif kala I, yaitu dilatasi serviks 4 cm yang disertai dengan kontraksi uterus. Partograf ini mencakup beberapa hal yang berkaitan dengan informasi mengenai kondisi ibu dan janin, termasuk kemajuan persalinan dan kontraksi uterus didalamnya. Selain itu, partograf WHO juga mencakup informasi penting lainnya seperti waktu dan jam, obat-obatan yang diberikan pada pasien, pemeriksaan penunjang yang dilakukan, tindakan klinis dan asuhan yang diberikan. Pencatatan fase aktif harus dimulai di garis waspada (WHO, 2014).

Kemajuan persalinan yang dipantau pada partograf mencakup informasi mengenai kemajuan dilatasi serviks, penurunan bagian terbawah janin serta garis waspada dan garis bertindak. Informasi tersebut dicatat pada kolom dan lajur kedua pada partograf. Dalam menilai sejauh mana dilatasi serviks maka dapat dilakukan pemeriksaan dalam yang dilakukan tiap 4 jam sekali. Hasil yang ditemukan pada pemeriksaan selama persalinan fase aktif harus dicatat dengan mencantumkan tanda “X” pada garis waspada yang setara dengan besarnya laju dilatasi serviks. Besarnya dilatasi serviks dicatat mulai dari angka “0” hingga “10” yang tercantum di kolom sebelah kiri dan dinyatakan dalam satuan sentimeter (cm) (WHO, 2014).



Gambar 2.4 Pencatatan dilatasi serviks partograf (WHO, 2014).

Pemeriksaan dalam bertujuan untuk mengetahui sejauh mana bagian terbawah janin memasuki bagian dalam rongga panggul. Dilatasi serviks selalu diikuti dengan penurunan bagian terbawah janin pada sebagian besar ibu bersalin, akan tetapi ada pula penurunan bagian terbawah janin yang terjadi setelah dilatasi serviks 7 cm. Penurunan dituliskan dengan tanda “O” pada garis waktu yang setara dari angka “0” hingga “5” yang tercantum di sisi yang sama dengan angka dilatasi serviks (WHO, 2014).



Gambar 2.5 Pencatatan penurunan bagian terbawah janin pada partograf (WHO, 2014).

Pada dilatasi serviks 4 cm, pemantauan garis waspada dimulai dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap. Apabila dilatasi serviks menuju ke sebelah kanan dari garis waspada maka perlu dipikirkan adanya penyulit seperti fase aktif yang memanjang, *cephalopelvic disproportion* dan lain sebagainya. Apabila terdapat penyulit maka intervensi harus segera dilakukan sesuai keperluan, misal persiapan rujukan menuju ke fasilitas kesehatan yang mempunyai klinik kegawatdaruratan obstetri. Garis bertindak yang terletak di sebelah kanan dari garis waspada, apabila dilatasi serviks sudah melebihi garis atau disebelah kanan garis tersebut maka harus diberikan tindakan kebidanan dan ibu harus sudah dirujuk (WHO, 2014).

Dibawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak yang bertuliskan “kontraksi per 10 menit” di luar kolom kiri dan setiap kotak diartikan satu kontraksi. Durasi dan banyaknya kontraksi dalam 10 menit dicatat setiap 30 menit

dalam satuan detik. Jumlah his ditandai pada kotak yang disediakan dan sesuai dengan angka yang menggambarkan hasil pemeriksaan (WHO, 2014).

2.2.5 Diagnosis

Diagnosis inersia uteri dapat ditegakkan apabila terdapat karakteristik his yang jarang, yaitu kurang dari tiga kali dalam 10 menit dan durasi yang pendek yaitu kurang dari 30 detik. Pada pemeriksaan *tocography* menunjukkan amplitudo yang rendah, yaitu kurang dari 40 mmHg. Dominasi kontraksi tetap berada pada fundus dan relaksasi tonus otot masih normal, yaitu kurang dari 12 mmHg (Lapets, 1991). Pada inersia uteri, perpanjangan fase persalinan dapat terjadi pada fase laten ataupun fase aktif. Akan tetapi, untuk mendiagnosis inersia uteri pada fase laten jauh lebih sulit (Prawirohardjo, 2014).

Untuk mendiagnosis inersia uteri pada persalinan dapat menggunakan partograf sebagai alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan. Pada partograf WHO, perpanjangan persalinan kala I fase aktif ditunjukkan dengan penambahan dilatasi serviks kurang dari 1 cm per jam dan dievaluasi setiap 4 jam yang dimulai setelah memasuki persalinan fase aktif yaitu dilatasi serviks 4 cm dan melewati garis waspada pada partograf WHO (WHO, 2014).

2.2.6 Penatalaksanaan

Setelah diagnosis inersia uteri ditegakkan, maka langkah selanjutnya adalah memastikan kondisi serviks, presentasi dan posisi janin, penurunan bagian terbawah janin dan keadaan panggul ibu. Apabila didapatkan *cephalopelvic disproportion*, maka sebaiknya dilakukan *sectio caesarea*. Apabila tidak terdapat *cephalopelvic disproportion* dan bayi normal yaitu presentasi janin adalah kepala, posisi dan berat badan bayi normal dan kelainan terletak pada kontraksi uterus, maka dilakukan akselerasi persalinan dengan tujuan untuk memperbaiki his sehingga kontraksi uterus mampu menghasilkan dilatasi serviks dan mendorong janin agar segera lahir. Akselerasi persalinan dapat dilakukan dengan pemberian oksitosin sebanyak 5 IU dalam 500 cc dextrose 5% secara infus intravena dimulai dengan kecepatan delapan tetes tiap satu menit dan kemudian dapat ditingkatkan

empat tetes per menit setiap 15 menit hingga mencapai his yang adekuat atau maksimal 40 tetes per menit. Setelah oksitosin diberikan, ibu hamil maupun janin harus tetap dalam pengawasan. Apabila terjadi hiperstimulasi kontraksi uterus atau gawat janin maka pemberian oksitosin dihentikan (Prawirohardjo, 2014).

2.2.7 Komplikasi

a. Pada Ibu

Pada ibu, persalinan dengan inersia uteri dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi atau sepsis puerperalis. Hal ini disebabkan oleh karena kepala bayi yang tertahan pada pintu atas panggul sehingga menyentuh *os internal*. Akibatnya, ketuban pecah dini mudah terjadi dan meningkatkan risiko sepsis puerperalis. Selain itu, dikarenakan tidak terjadi *engagement*, maka segmen bawah rahim akan mengalami penipisan yang abnormal sehingga mudah terjadi ruptur uterus serta cedera persarafan dan otot-otot dasar panggul (Cunningham, *et al.*, 2012). Pada inersia uteri dapat ditemukan tanda-tanda dehidrasi oleh karena kelelahan pada ibu pada saat mengejan dan diikuti oleh nadi dan temperatur yang meningkat (Manuaba, dkk., 2010).

b. Pada Janin

Inersia uteri dapat menyebabkan komplikasi pada janin, salah satunya gangguan detak jantung janin berupa takikardi atau bradikardi. Pada pemeriksaan *nonstress test* dapat menunjukkan asfiksia intrauterin serta pada pemeriksaan darah dan kulit kepala dapat ditemukan asidosis pada janin. Selain itu, inersia uteri juga dapat mengakibatkan terbentuknya kaput suksedenum pada bagian kepala yang dependen (Hollingworth, 2012).

2.3 Hubungan Anemia dan Inersia Uteri

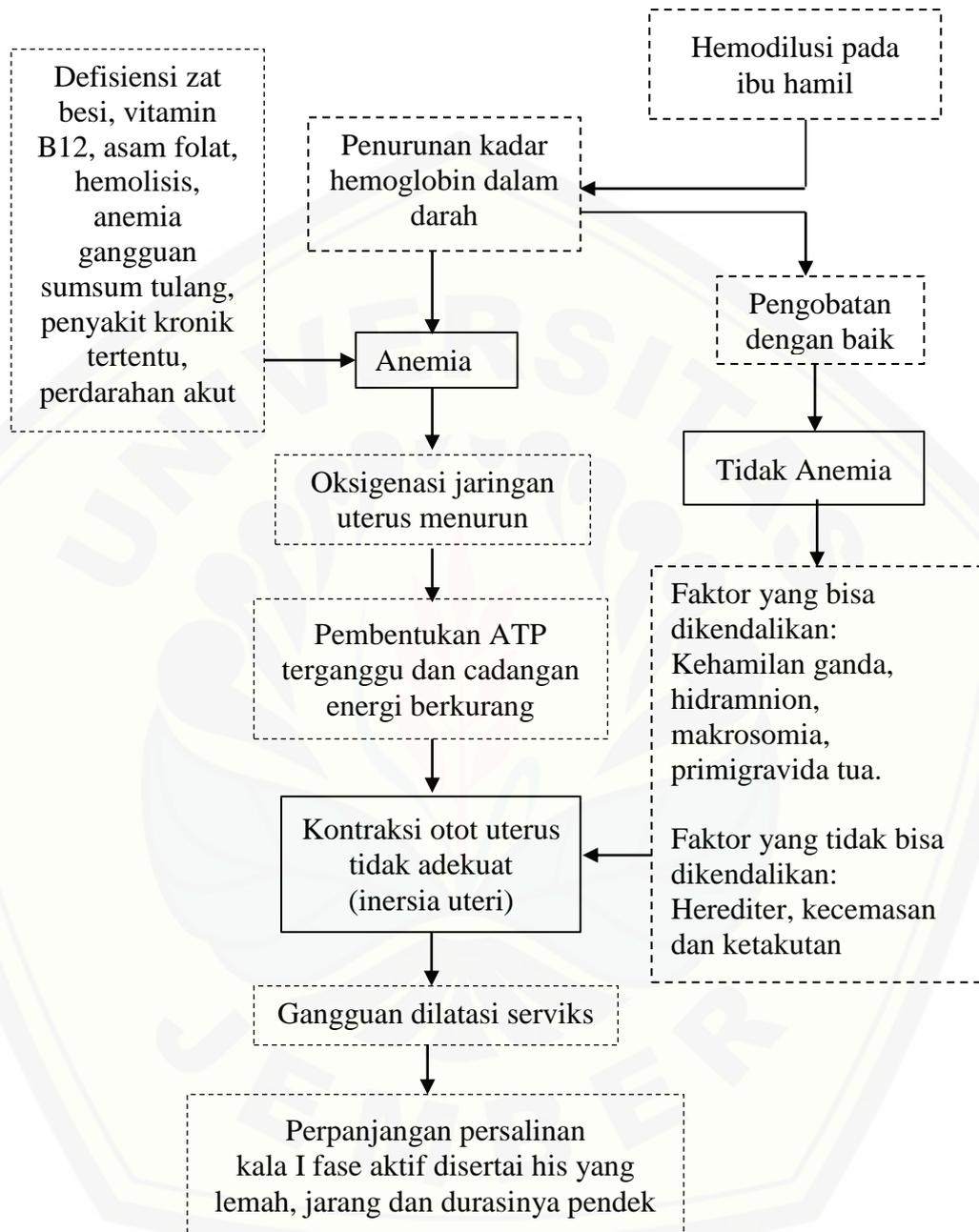
Anemia pada kehamilan dapat terjadi secara fisiologis maupun patologis. Secara fisiologis dapat disebabkan oleh karena hemodilusi sedangkan secara patologis disebabkan oleh karena defisiensi zat besi (Fe). Dengan adanya hemodilusi, volume plasma akan meningkat dalam jumlah yang lebih tinggi daripada peningkatan jumlah sel darah merah yang tidak sebanding. Hal ini mengakibatkan kadar hemoglobin dan nilai hematokrit dalam tubuh menurun sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya anemia pada kehamilan dan persalinan. Pada ibu hamil, anemia rentan terjadi oleh karena hemodilusi pada saat kehamilan dan dapat diperparah oleh kekurangan zat besi. Defisiensi zat besi mengakibatkan anemia oleh karena zat besi merupakan unsur penting dalam pembentukan hemoglobin sehingga ketika ibu hamil kekurangan zat besi maka kadar hemoglobin yang terbentuk menjadi lebih sedikit atau kurang dari batas normal, yaitu dibawah 11 g/dl. Kadar hemoglobin yang tidak memadai tersebut nantinya tidak mampu mencukupi kebutuhan tubuh untuk menyalurkan oksigen menuju ke jaringan perifer pada saat persalinan (Sharma dan Shankar, 2010).

Apabila ibu hamil kekurangan zat besi dan jumlah besi yang diserap oleh tubuh jumlahnya sedikit maka kadar hemoglobin yang dihasilkan juga sedikit. Hal ini menyebabkan hemoglobin tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh oleh karena transportasi oksigen dalam darah menuju ke jaringan perifer tidak dapat berlangsung secara optimal, termasuk perfusi menuju ke otot-otot uterus. Padahal oksigen merupakan senyawa yang penting dalam pembentukan ATP sehingga hal ini mengakibatkan metabolisme tubuh menurun dan ATP yang terbentuk sedikit. Energi yang dihasilkan oleh pembentukan ATP merupakan hal penting yang memicu terjadinya kontraksi otot uterus. Apabila energi yang dihasilkan tidak cukup kuat pada saat persalinan, maka akan mengakibatkan ibu hamil mengalami kelelahan dan otot uterus tidak dapat maksimal dalam berkontraksi sehingga terjadi inersia uteri. Pada inersia uteri, ditemukan sifat kontraksi yang lemah yaitu kurang dari 40 mmHg, durasi lebih pendek yaitu kurang dari 30 detik dan frekuensinya jarang yaitu kurang dari 3 kali dalam 10 menit sehingga dilatasi serviks dan penurunan kepala janin lebih lambat yang nantinya akan

menyebabkan persalinan kala I fase aktif yang memanjang (Sharma dan Shankar, 2010).

Kala I persalinan atau pembukaan jalan lahir dimulai dari timbulnya kontraksi uterus yang mampu menyebabkan pendataran atau penipisan serviks (*effacement*) hingga diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap, yaitu pembukaan 10 cm sehingga dapat dilewati oleh kepala janin (Cunningham *et al.*, 2012). Sedangkan fase aktif mengacu pada dilatasi serviks 4 cm diikuti dengan his yang mengalami peningkatan, yaitu semakin lama semakin kuat dan sering. Persalinan kala I fase aktif yang memanjang adalah persalinan dengan laju pembukaan serviks yang tidak adekuat setelah persalinan fase aktif didiagnosis, yaitu dibawah 1 cm tiap 1 jam yang melewati garis waspada pada partograf (WHO, 2014).

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.6 Kerangka Konsep

Keterangan:

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Anemia dalam kehamilan dapat terjadi secara fisiologis maupun patologis. Anemia secara fisiologis dapat terjadi oleh karena hemodilusi oleh karena volume plasma yang mengalami peningkatan yang tidak sebanding dengan peningkatan jumlah sel darah merah sehingga kadar hemoglobin turun. Sedangkan pada anemia secara patologis dapat disebabkan oleh beberapa etiologi, diantaranya anemia terkait penyakit tertentu, perdarahan akut, defisiensi asam folat dan vitamin B12, hemolisis, hipoplastik dan yang paling banyak terjadi ialah anemia defisiensi besi. Anemia tersebut mengakibatkan oksigenasi jaringan uterus menurun sehingga pembentukan ATP terganggu dan cadang energi berkurang. Hal tersebut dapat mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak adekuat atau disebut dengan inersia uteri. Inersia uteri dapat menyebabkan gangguan pada dilatasi serviks dan ditandai dengan his yang lemah, frekuensinya jarang yaitu kurang dari 3 kali setiap 10 menit dan durasinya lebih pendek yaitu kurang dari 30 detik. Selain itu, inersia uteri juga dapat dilihat pada partograf WHO, terdapat kala I fase aktif yang memanjang melewati garis waspada yang menunjukkan telah terjadi persalinan lama.

Anemia dapat diatasi apabila ibu hamil patuh dalam menjalani pengobatan, seperti mengkonsumsi tablet Fe pada anemia defisiensi besi sehingga ibu hamil tidak menderita anemia. Akan tetapi, meskipun tidak anemia, ibu juga memiliki risiko untuk dapat terjadi inersia uteri pada saat persalinan, hal ini dikarenakan terdapat faktor lain yang dapat meningkatkan risiko terjadinya inersia uteri, baik yang dapat dikendalikan maupun tidak. Faktor yang dapat dikendalikan yaitu faktor yang dapat ditangani dan diperkirakan sebelumnya, seperti kehamilan ganda, hidramnion, makrosomia, dan primigravida tua. Sedangkan faktor yang bisa dikendalikan yaitu faktor yang tidak dapat ditangani dan diperkirakan diantaranya faktor herediter dan kecemasan serta ketakutan.

2.5 Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini yaitu: “ada perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember”.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain studi *cross sectional*. Penelitian dilakukan dengan mengidentifikasi variabel dalam satu waktu dengan menggunakan data pasien pada rekam medis.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di RSD dr. Soebandi Jember untuk mendapatkan data rekam medis dari sampel. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 13 Desember sampai dengan 21 Desember 2018.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi yang diteliti ialah seluruh ibu hamil yang telah mengalami persalinan dan tercatat dalam rekam medis di RSD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2017 – 31 Desember 2017.

3.3.2 Sampel

Sampel dari penelitian ini adalah ibu yang telah mengalami persalinan dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah ibu berusia kurang dari 35 tahun dengan kehamilan tunggal yang telah mengalami persalinan spontan belakang kepala.

b. Kriteria Eksklusi

Beberapa kriteria eksklusi pada penelitian ini diantaranya ibu hamil dengan kehamilan ganda, hidramnion, makrosomia.

3.3.3 Besar Sampel

Berdasarkan Dahlan (2013), besar sampel yang layak dalam penelitian ini dapat dihitung dengan menggunakan rumus untuk penelitian analitik kategorik tidak berpasangan, yaitu:

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{(Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})}{(P_1 - P_2)} \right]^2$$

Keterangan:

n_1 = jumlah sampel minimal kelompok kontrol

n_2 = jumlah sampel minimal kelompok kasus

Z_{α} = nilai distribusi normal standar yang mencerminkan tingkat kemaknaan α (untuk $\alpha = 0,05$ adalah 1,96)

Z_{β} = nilai distribusi normal standar yang mencerminkan kuasa (*power*) sebesar yang diinginkan (untuk $\beta = 0,10$ adalah 1,28)

P_1 = proporsi paparan untuk kelompok control $Q_1 = 1-P_1$

P_2 = proporsi paparan untuk kelompok kasus $Q_2 = 1-P_2$

P = proporsi total = $(P_1 + P_2)/2$

Q = $1-P$

Dari rumus diatas ditemukan jumlah sampel sebesar 38 per kelompok, sehingga sampel minimal yang dibutuhkan adalah 76.

3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu dilakukan dengan cara memilih sampel dari rekam medis yang memenuhi kriteria penelitian baik inklusi maupun eksklusi dari kurun waktu periode 1 Januari 2017 sampai dengan 31 Januari 2017 sampai jumlah sampel terpenuhi. Sebanyak 76 sampel didapatkan dari setiap bulan, sehingga diperoleh masing-masing 3 sampel anemia dan 3 sampel tidak anemia setiap bulannya. Dengan demikian, peneliti menggunakan penggabungan antara metode *stratified, cluster dan consecutive sampling*.

3.4 Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan pada penelitian ini ialah data sekunder. Data sekunder diperoleh peneliti dari rekam medis milik ibu hamil yang telah mengalami persalinan tunggal presentasi kepala di RSD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari – 31 Desember 2017.

3.5 Variabel Penelitian

3.5.1 Variabel Dependen

Variabel dependen (variabel terikat) pada penelitian ini ialah angka kejadian inersia uteri yang terjadi dalam rentang waktu 1 Januari 2017 – 31 Desember 2017 di RSD dr. Soebandi Jember.

3.5.2 Variabel Independen

Variabel independen (variabel bebas) pada penelitian ini ialah angka persalinan disertai anemia dalam rentang waktu 1 Januari 2017 - 31 Desember 2017 di RSD dr. Soebandi Jember.

3.6 Definisi Operasional

Pada tabel 3.1 berikut dicantumkan penjelasan terkait definisi operasional dari variabel penelitian.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

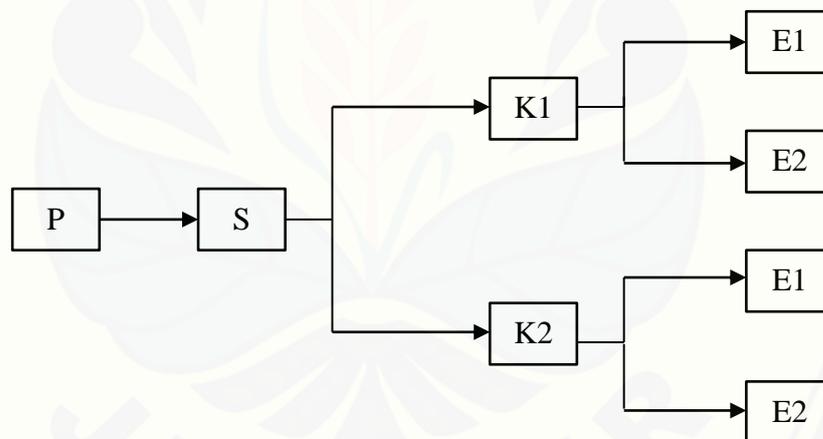
No.	Nama Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Skala
Variabel Independen				
1.	Persalinan disertai anemia	Kondisi pada ibu hamil yang telah bersalin dengan kadar hemoglobin dibawah 11 g/dl pada ketika pemeriksaan yang pertama kali ketika memasuki fase persalinan di Ruang Bersalin RSD dr. Soebandi Jember	-Ya -Tidak	Nominal
2.	Kehamilan tanpa disertai anemia	Kondisi pada ibu hamil dengan kadar hemoglobin 11 g/dl atau lebih pada saat pemeriksaan yang pertama kali ketika memasuki fase persalinan di Ruang Bersalin RSD dr. Soebandi Jember	-Ya -Tidak	Nominal
Variabel Dependen				
1.	Inersia uteri	Persalinan dengan his yang jarang, yaitu kurang dari tiga kali dalam 10 menit dan durasi yang pendek, yaitu kurang dari 30 detik pada saat kala I fase aktif. Serta terjadi persalinan lama yang ditandai dengan kala I fase aktif yang memanjang yaitu melewati garis waspada pada partograf WHO.	-Ya -Tidak	Nominal

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini menggunakan data sekunder berupa rekam medis pasien dengan data dasar meliputi data demografi, data klinis dan data laboratoris dari subjek penelitian. Data demografi berupa umur ibu hamil dan jumlah paritas. Data klinis berupa status inersia uteri dan data laboratoris berupa status anemia pada ibu.

3.8 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain studi *cross sectional*. Dalam penelitian ini dicari perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember. Pada gambar 3.1 akan digambarkan rancangan penelitian sesuai dengan kelompok yang dilakukan saat penelitian.



Gambar 3.1 Rancangan Penelitian

Keterangan:

P : Populasi

S : Sampel

K1 : Kelompok 1 (persalinan disertai anemia pada ibu hamil)

K2 : Kelompok 2 (persalinan tanpa disertai anemia pada ibu hamil)

E1 : Efek 1 (kejadian inersia uteri)

E2 : Efek 2 (tidak terjadi inersia uteri)

3.9 Prosedur Penelitian

3.9.1 Prosedur Pengambilan Data

a. Uji Kelayakan

Penelitian ini menggunakan subjek manusia sehingga dalam pelaksanaannya memerlukan uji kelayakan dari Komisi Etik Kedokteran dan mendapat izin dari Direktur RSD dr. Soebandi Jember.

b. Data Sekunder

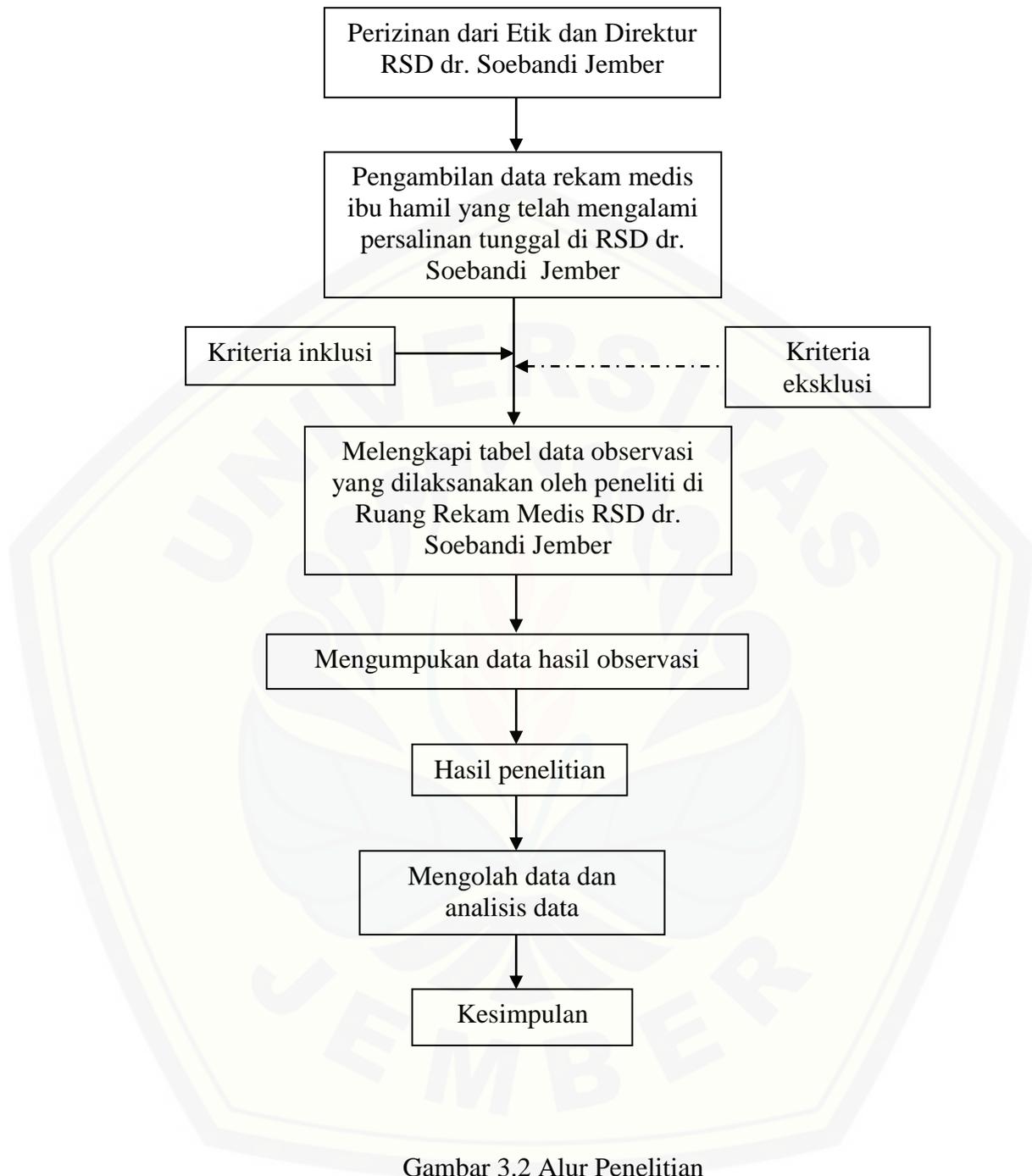
Data sekunder yang digunakan ialah rekam medis dari ibu yang telah mengalami persalinan tunggal presentasi kepala di RSD dr. Soebandi Jember.

c. Pengumpulan Data Populasi dan Pengambilan Sampel

- 1) Menyiapkan instrumen penelitian yang akan digunakan
- 2) Pengisian tabel data observasi di Ruang Rekam Medis RSD dr. Soebandi Jember.

3.9.2 Alur Penelitian

Alur berikut mendeskripsikan tahapan dan prosedur penelitian untuk menganalisis perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai dan tanpa disertai anemia di RSD dr. Soebandi Jember.

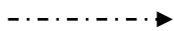


Gambar 3.2 Alur Penelitian

Keterangan:



: alur penelitian



: disingkirkan dari penelitian

3.9.3 Analisis Data

Data yang telah didapatkan dalam bentuk frekuensi akan disajikan dalam bentuk persentase. Data akan dianalisis secara bivariat menggunakan program statistik *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versi 16.0 dengan uji *Chi Square* (X^2) untuk menguji perbedaan dan signifikansi antara variabel dependen dan independen. Uji *Chi Square* (X^2) ialah salah satu jenis uji komparatif non parametrik yang diperlukan untuk mengetahui hubungan atau pengaruh dua buah variabel nominal, yaitu satu buah variabel bebas terhadap satu buah variabel terikat serta mengukur kuatnya hubungan antara variabel yang satu dan variabel nominal lainnya. Namun apabila syarat uji *Chi Square* (X^2) yaitu sel yang memiliki nilai ekspektasi kurang dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel tidak terpenuhi, maka akan dilakukan analisis data dengan uji *Fisher Exact* (Dahlan, 2014).

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan dan pembahasan yang sudah diuraikan, dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kejadian inersia uteri antara persalinan disertai anemia dan tanpa disertai anemia. Pada penelitian ini didapatkan *Odss Ratio* (OR) sebesar 3,322 yang berarti ibu bersalin memiliki risiko 3,322 kali lebih besar untuk mengalami kejadian inersia uteri dibandingkan dengan persalinan yang tidak disertai anemia. Pada penelitian ini juga diperoleh nilai koefisien kontingensi sebesar 0,279 yang berarti keeratan hubungan antara anemia dan inersia pada penelitian tergolong lemah.

5.2 Saran

Saran dari penelitian adalah sebaiknya pada penelitian selanjutnya dapat menggunakan data primer agar data dari faktor yang dianalisis dapat lebih lengkap dan tidak tergantung pada data rekam medis saja. Penelitian selanjutnya juga disarankan untuk menganalisis etiologi dari anemia tersebut, misal dengan mencatat *mean corpuscular volume* (MCV), *mean corpuscular concentration* (MCHC) dan data penunjang lain agar etiologi anemia pada ibu hamil dapat diketahui dengan pasti dan dapat dilakukan pencegahan. Sebaiknya juga peneliti menganalisis riwayat *antenatal care* (ANC) untuk mengetahui kondisi ibu hamil dari awal kehamilan hingga persalinan sehingga faktor yang dianalisis lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, L.H. 2000. Anemia and Iron Deficiency: Effects on Pregnancy Outcome. *Am J Clin Nutr.* 71:1280-48.
- American Pregnancy Association. 2015. Anaemia During Pregnancy: Causes, Symptom, Treatment. (<http://americanpregnancy.org/pregnancy-concerns/anemia-during-pregnancy>, diakses tanggal 8 Juli 2018).
- American Pregnancy Association. 2017. Prolonged Labor: Failure to Progress. americanpregnancy.org/labor-and-birth/prolonged-labor-failure-progress/.
- Amiruddin, R. 2007. Studi Kasus Kontrol Faktor Biomedis Terhadap Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil di Puskesmas Bantimurung. *Jurnal Medika Nusantara* Vol. 25:2. Allen, L.H. 2000. Anemia and Iron Deficiency: Effects on Pregnancy Outcome. *Am J Clin Nutr.* 71:1280-48.
- Anasari, T. 2012. Hubungan Paritas dan Anemia Dengan Kejadian Inersia Uteri Pada Ibu Bersalin di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Involusi Kebidanan* 2(4): 22-32.
- Astriaana, Willy. 2017. Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Ditinjau dari Paritas dan Usia. *Jurnal Ilmu Kesehatan* 3(2): 123-130.
- Bakouei, S., Bakouei, F., Reisian, F., Goshtasebi, A. 2015. Zinc in Pregnancy, Associated with Prolonged Labor. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*. Babol University of Medical Sciences, vol(3): p. 22-26.
- Bakta, I.M. 2006. *Hematologi Klinik Ringkas*. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F. G., K. J. Leveno, S. L. Bloom, C. Y. Spong, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, B. M. Casey dan J. S. Sheffield. 2012. *William Obstetric*. 23th ed. McGraw Hill Education. ISBN: 978-0-07-179894-5.
- Dahlan, Sopiudin. 2013. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta: Salemba Medika.

- Dahlan, Sopiudin. 2014. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi Keenam. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Dangal, G. Preventing Prolonged Labor by Using Partogram. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 7(1).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Usaid.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Profil Data Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Department of Health, Government of South Australia. 2016. *Clinical Guideline: Anaemia in Pregnancy*. South Australia: SA Health.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2011*. Surabaya.
- Friel, L. A. 2014. *Anemia in Pregnancy*. Houston: University of Texas Health Medical School.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., London, Mark. 2007. *Obstetric: Normal and Problem Pregnancies*. 5th edition. Tennessee: Elsevier; p.1050-1052.
- Goepel, E., Ulmer, H. U., Neth, R. D. 1998. Premature Labor Contractions and the Value of Serum Ferritin during Pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 26(4): p. 265-273. doi: 10.1159/000293705.
- Hanley, G.E., Munro, S., Greyson, D., et al. 2016. Diagnosing Onset of Labor: A Systematic Review of Definitions in the Research Literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Canada. Doi: 10.1186/s12884-016-0857-4.
- Hollingworth, Tony. 2012. *Diagnosis Banding Obstetri dan Ginekologi A-Z*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.

- Iffat, J., Shereen, B., Tabassum, S. 2007. Role of Partogram in Preventing Prolonged Labor. *Journal of Pakistan Medical Association*, 57(8): 408.
- Kennedy, C. 1955. Emergencies in General Practice: Uterin Inertia. *British Medical Journal*, 114929: p.1522-1524. Doi: 10.1136/bmj.1.4929.1522.
- Kozuma, Shiro. 2009. Approaches to Anemia in Pregnancy. *Journal of the Japan Medical Association*; vol. 52 (4).
- Lapets, N.E. dan Kozachenko, A.V. 1991. The Diagnosis and Treatment of Uterine Inertia. *Article in Russian*, 56(12):11-4.
- Manuaba, IBG. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Edisi 1. Jakarta: EGC.
- Manuaba, IBG, Chandranita M., Fajar M. 2010. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- McMahon, L. P. 2010. Iron Deficiency in Preganancy. *Obstetric Medicine*, 3(1): p.17-24. Doi:10.1258/om.2010.100004.
- Mehta, A.B., Hoffbrand, A.V. 2000. *Hematology at A Glance*. London: Blackwell Science Ltd.
- Mochtar, Rustam. 2012. *Sinopsis Obstetri: Fisiologi dan Patologi*. Jakarta: EGC.
- Morgan, G. dan C. Hamilton. 2003. *Obstetri dan Ginekologi Panduan Praktis*. Jakarta: EGC.
- Ness, A., Goldberg, J., Berghella, V. 2005. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. *Journal of Obstetry and Gynecology Clin N Am*, 32: p.201-220.
- Norwitz, E. dan J. Schorge. 2009. *At a Glance Obstetri and Gynecology*. Jakarta: Erlangga.

- Nugroho, T. 2008. *Buku Ajar Obstetri*. Jakarta: Nuha Medika.
- Oxorn, Harry and William, R. Forte. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Jakarta: Yayasan Esensial Media.
- Ozturk, M., Ulubay, M., Karashin, E., et al. 2017. Anemia Prevalence at the Time of Pregnancy Detection. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 14: p.176-180. Doi: 10.4274/tjod.06337.
- Prawiroharjo, S. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo.
- Price, S.A. dan Wilson, L.M. 2005. *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi Keenam*. Jakarta: EGC.
- Provan, Drew. 2003. *ABC for Clinical Haematology, 2nd Edition*. London: BMJ Publishing Group.
- Sabina, S., Iftequar, S., Zaheer, Z., Khan, M.M., Khan, S. 2015. An Overview of Anemia in Pregnancy. *Journal of Innovations in Pharmaceuticals and Biological Sciences*, vol (2): p. 144-151. ISBN: 2349-2759.
- Saifudin, AB. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sari, D. R. 2013. Hubungan Antara Anemia dan Kejadian Inersia Uteri di RSUD dr. Moewardi. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Sastrawinata, S., dkk. 2005. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Sharma, J. B. and Shankar, M. 2010. *Anemia in Pregnancy*. Department of Obstetrics and Gynecology in India Institute of Medical Science. New Delhi: 110029.
- Sher, G. 1977. Pathogenesis and Management of Uterine Inertia Complicating Abruptio Placentae with Consumption Coagulopathy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 129(2): p.164-170.

- Sherwood, Lauralee. 2014. *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Shotri, AN. 1991. Early Recognition of Abnormal Labour in Primigravidae. *Journal of Obstetrics and Gynecology India*, 41(3).
- Sin-Sin. 2008. *Masa Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: PT Alex Media Komputindo.
- Steer, Philip and Flint, Caroline. 1999. ABC of Labour Care: Physiology and Management of Normal Labour. *British Medical Journal*, vol(318).
- Stern, D. M. and Smythe, H.J.D. 1948. Uterine Inertia in the First Stage of Labour. *The Lancet*, 251(6493):223. Doi: 10.1016/s0140-6736(48)90184-6.
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi I., Setiati, S., Simadibrata, M. dan Syam, A.F. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi Keenam*. Jakarta: Interna Publishing.
- Sugiyono, 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D*. Edisi 22. Bandung: Alfabeta.
- Suhartiningsih. 2016. Hubungan Anemia Pada Ibu Bersalin Dengan Kejadian Inersia Uteri Kala I di RSUD Muhammadiyah Bantul. *Skripsi*. Yogyakarta: Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT). 2001. *Pola Penyakit Penyebab Kematian di Indonesia*.
- Taber, B. 2006. *Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Tarwoto. 2007. *Buku Saku Anemia pada Ibu Hamil: Konsep dan Penatalaksanaan*. Jakarta: Trans Infomedia.
- Universitas Jember. 2016. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Jember: UPT Penerbitan Universitas Jember.

Varney, H., Jan, MK dan Carolyn, LG. 2006. *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC.

Wiknjosastro, H. 2005. *Ilmu kebidanan*. Edisi 3. Jakarta: Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

World Health Organization. 1994. World Health Organization Partograph in Management of Labour. *The Lancet*, 343: 8910. doi: 10.1016/s0140-6736(94)92528-3.

World Health Organization. 2014. *WHO Recommendation for Augmentation of Labour*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data. ISBN: 978 92 4 150736 3.

World Health Organization. 2015. Hemoglobin Concentration for the Diagnosis of Anemia and Assesment of Severity. <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>, diakses pada tanggal 26 Agustus 2018.

Zilliarius, H. and Putkinen, T. 1952. The Effect of Anemia on the Duration of Labor. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 134(6): p.397-401. doi: 10.1159/000311382.

Zulhaida, L. 2008. *Status Gizi Ibu Hamil Serta Pengaruhnya Terhadap Bayi yang Dilahirkan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

LAMPIRAN

Lampiran 1.1 Daftar Singkatan

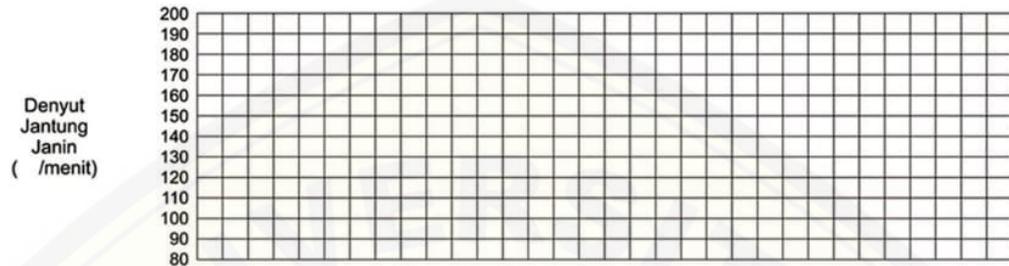
DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal care</i>
ASEAN	: <i>Association of Southeast Asian Nations</i>
ATP	: Adenosin Trifosfat
BPS	: Badan Pusat Statistik
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes Jatim	: Dinas Kesehatan Jawa Timur
Fe	: Ferum (unsur besi)
Hb	: Hemoglobin
MCHC	: <i>Mean Corpuscular Concentration</i>
MCV	: <i>Mean Corpuscular Volume</i>
OR	: <i>Odds Ratio</i>
PKU	: Pembina Kesejahteraan Umat
RSD	: Rumah Sakit Daerah
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SKRT	: Survei Kesehatan dan Rumah Tangga
WHO	: World Health Organization

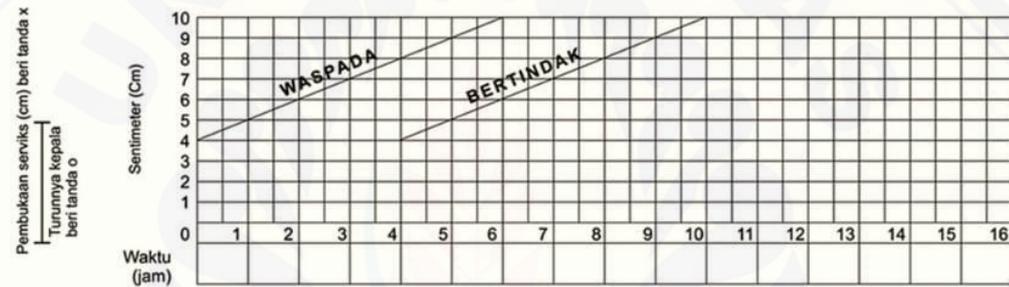
Lampiran 2.1 Partograf WHO

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

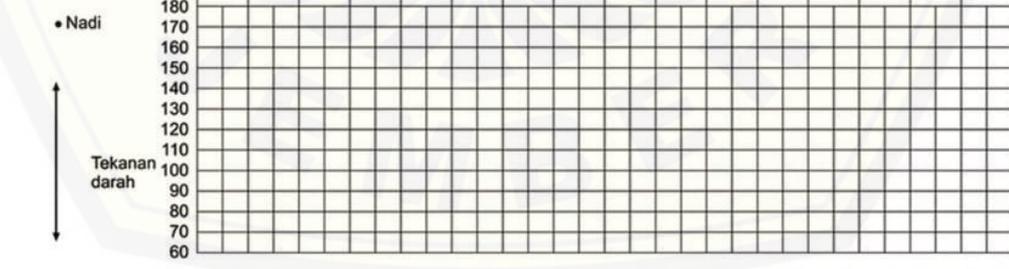


Air ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin { Protein
 Aseton
 Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
 Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
38. Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

Lampiran 3.1 Ethical Clearance

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
KOMISI ETIK PENELITIAN
Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember
68121 – Email : fk_unej@telkom.net

KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVA
Nomor : 1252/H25.1.11/KE/2018

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

PERBEDAAN KEJADIAN INERSIA UTERI ANTARA PERSALINAN DISERTAI DAN TANPA DISERTAI ANEMIA DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER

Nama Peneliti Utama : Dina Ayu Savitri
Name of the principal investigator

NIM : 152010101042

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember, 29 November 2018
Ketua Komisi Etik Penelitian

dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

Review Proposal :

1. Penelitian dilaksanakan setelah mendapat persetujuan etik
2. Penelitian mendapat ijin dari pimpinan instansi tempat penelitian dilaksanakan, mohon ditulis di proposal.
3. Apakah anemia pada kehamilan yang dimaksud adalah anemia defisiensi. Jika memungkinkan, mohon ditambahkan data laboratorium yang mendukung diagnosis anemia defisiensi besi (seperti nilai : MCV, MCH, MCHC, TIBC, dll) sehingga memperoleh sampel yang representatif.
4. Peneliti ikut menjaga kerahasiaan data dan hanya menggunakan untuk kepentingan penelitian ini..
5. hasil penelitian disampaikan kepada pimpinan instansi tempat penelitian dilaksanakan.

Mengetahui
Ketua Komisi Etik Penelitian

dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Jember, 23 November 2018

Reviewer

dr. Desie Dwi Wisudanti, M.Biomed

Lampiran 3.2 Surat Rekomendasi Bebas Plagiasi

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jl. Kalimantan 1/37 Kampus Tegal Boto. Telp. (0331) 337877, Fax (0331) 324446
Jember 68121.

REKOMENDASI BEBAS PLAGIASI

Nomor : 19 /H25.1.11/KBSI/2018

Komisi bimbingan Skripsi dan Ilmiah, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya peningkatan kualitas dan originalitas karya tulis ilmiah mahasiswa berupa skripsi, telah melakukan pemeriksaan plagiasi atas skripsi yang berjudul :

**PERBEDAAN KEJADIAN INERSIA UTERI ANTARA PERSALINAN
DISERTAI DAN TANPA DISERTAI ANEMIA DI RSD dr. SOEBANDI
JEMBER**

Nama Penulis : Dina Ayu Savitri
NIM. : 152010101042
Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Telah menyetujui dan dinyatakan "BEBAS PLAGIASI"

Surat Rekomendasi ini dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 6 Januari 2019
Komisi Bimbingan Skripsi & Ilmiah
Ketua,

Dr., dr. Yunita Armiyanti, M.Kes
NIP. 19740604 200112 2 002

Lampiran 3.3 Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
Jl.Dr.Soebandi 124 Telp. (0331) 487441 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER



Jember, 12 Desember 2018

Nomor : 423.4/ /610/2018
Sifat : Penting
Perihal : Permohonan Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Jln.Kalimantan No.37
Di
JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor;
2830/UN25.1.11/LT/2018 Tanggal 29 Nopember 2018 perihal tersebut pada pokok
surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui
permohonan saudara untuk **Ijin Penelitian** di RSD dr. Soebandi Jember, kepada :

Nama : Dina Ayu Savitri
NIM : 152010101042
Fakultas : Fakultas Kedokteran UNEJ
Judul Penelitian : Perbedaan Kejadian Inersia Uteri antara Persalinan
disertai dan tanpa disertai Anemia di RSD dr. Soebandi
Jember

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap koordinasi dengan
Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Direktur

dr. Hendro Soeljistijono, MM, M. Kes
NIP. 19660418 200212 1 001

Tembusan Yth:

1. Wadir Pelayanan
2. Wadir Umum & Keuangan
3. Ka.Bag/Kabid/Ka.Inst.terkait ...
4. Ka.Ru terkait
5. Arsip

Lampiran 4.1 Tabel Data Hasil Observasi

No.	Kode Pasien	Umur (tahun)	Paritas	Status Anemia	Status Inersia Uteri
1.	1	18	1	Ya	Tidak
2.	2	30	1	Ya	Ya
3.	3	27	1	Ya	Tidak
4.	4	28	2	Tidak	Tidak
5.	5	28	1	Tidak	Tidak
6.	6	23	1	Tidak	Tidak
7.	7	24	2	Ya	Ya
8.	8	28	2	Ya	Ya
9.	9	22	1	Ya	Tidak
10.	10	33	3	Tidak	Ya
11.	11	19	1	Tidak	Tidak
12.	12	23	1	Tidak	Tidak
13.	13	31	3	Ya	Ya
14.	14	21	1	Ya	Tidak
15.	15	25	2	Ya	Tidak
16.	16	24	2	Tidak	Ya
17.	17	22	1	Tidak	Ya
18.	18	34	3	Tidak	Tidak
19.	19	31	3	Ya	Tidak
20.	20	34	3	Ya	Ya
21.	21	33	1	Ya	Tidak
22.	22	32	2	Tidak	Tidak
23.	23	21	1	Tidak	Tidak
24.	24	34	3	Tidak	Tidak
25.	25	34	3	Ya	Ya
26.	26	33	2	Ya	Ya
27.	27	24	1	Ya	Tidak

28.	28	30	2	Tidak	Ya
29.	29	22	1	Tidak	Tidak
30.	30	29	2	Tidak	Tidak
31.	31	23	1	Ya	Tidak
32.	32	27	2	Ya	Ya
33.	33	23	2	Ya	Ya
34.	34	19	1	Ya	Ya
35.	35	33	2	Tidak	Tidak
36.	36	26	1	Tidak	Tidak
37.	37	21	1	Tidak	Ya
38.	38	30	3	Tidak	Ya
39.	39	19	1	Ya	Tidak
40.	40	21	1	Ya	Ya
41.	41	34	3	Ya	Ya
42.	42	33	2	Ya	Ya
43.	43	20	1	Tidak	Tidak
44.	44	24	2	Tidak	Tidak
45.	45	19	1	Tidak	Tidak
46.	46	23	1	Tidak	Ya
47.	47	32	3	Ya	Ya
48.	48	32	2	Ya	Ya
49.	49	33	3	Ya	Tidak
50.	50	28	2	Tidak	Ya
51.	51	34	3	Tidak	Tidak
52.	52	29	1	Tidak	Ya
53.	53	27	2	Ya	Ya
54.	54	22	1	Ya	Ya
55.	55	28	2	Ya	Tidak
56.	56	20	1	Tidak	Tidak
57.	57	30	2	Tidak	Tidak
58.	58	28	2	Tidak	Ya

59.	59	29	2	Ya	Tidak
60.	60	31	2	Ya	Ya
61.	61	25	1	Ya	Ya
62.	62	32	3	Tidak	Tidak
63.	63	24	1	Tidak	Tidak
64.	64	20	1	Tidak	Tidak
65.	65	24	1	Ya	Ya
66.	66	30	2	Ya	Ya
67.	67	31	2	Ya	Tidak
68.	68	26	1	Tidak	Ya
69.	69	26	2	Tidak	Ya
70.	70	25	1	Tidak	Tidak
71.	71	30	1	Ya	Tidak
72.	72	31	2	Ya	Ya
73.	73	32	2	Ya	Ya
74.	74	27	1	Tidak	Tidak
75.	75	23	1	Tidak	Tidak
76.	76	25	1	Tidak	Tidak

Lampiran 4.2 Hasil Analisis Statistik SPSS 16.00

1. Distribusi Berdasarkan Umur Ibu

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <20 tahun	5	6.6	6.6	6.6
20-25 tahun	27	35.5	35.5	42.1
26-30 tahun	22	28.9	28.9	71.1
31-34 tahun	22	28.9	28.9	100.0
Total	76	100.0	100.0	

2. Distribusi Berdasarkan Paritas

Paritas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	36	47.4	47.4	47.4
2	27	35.5	35.5	82.9
3	13	17.1	17.1	100.0
Total	76	100.0	100.0	

3. Distribusi Berdasarkan Status Anemia

Status Anemia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Anemia	38	50.0	50.0	50.0
Tidak Anemia	38	50.0	50.0	100.0
Total	76	100.0	100.0	

4. Distribusi Berdasarkan Status Inersia Uteri

Status Inersia Uteri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Inersia Uteri	35	46.1	46.1	46.1
Tidak Inersia Uteri	41	53.9	53.9	100.0
Total	76	100.0	100.0	

5. Hubungan Antara Umur Ibu dan Kejadian Inersia Uteri

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.462 ^a	1	.227		
Continuity Correction ^b	.555	1	.456		
Likelihood Ratio	1.580	1	.209		
Fisher's Exact Test				.366	.232
Linear-by-Linear Association	1.443	1	.230		
N of Valid Cases ^b	76				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,30.

b. Computed only for a 2x2 table

6. Hubungan Antara Paritas dan Kejadian Inersia Uteri

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.383 ^a	1	.536		
Continuity Correction ^b	.098	1	.754		
Likelihood Ratio	.382	1	.536		
Fisher's Exact Test				.558	.376
Linear-by-Linear Association	.378	1	.538		
N of Valid Cases ^b	76				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,99.

b. Computed only for a 2x2 table

7. Perbedaan Kejadian Inersia Uteri antara Persalinan Disertai dan Tanpa Disertai Anemia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Anemia * Status Inersia Uteri	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

Status Anemia * Status Inersia Uteri Crosstabulation

Count		Status Inersia Uteri		Total
		Inersia Uteri	Tidak Inersia Uteri	
Status Anemia	Anemia	23	15	38
	Tidak Anemia	12	26	38
Total		35	41	76

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.408 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	5.296	1	.021		
Likelihood Ratio	6.504	1	.011		
Fisher's Exact Test				.021	.010
Linear-by-Linear Association	6.324	1	.012		
N of Valid Cases ^b	76				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.279	.011
N of Valid Cases		76	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Anemia (Anemia / Tidak Anemia)	3.322	1.293	8.538
For cohort Status Inersia Uteri = Inersia Uteri	1.917	1.124	3.269
For cohort Status Inersia Uteri = Tidak Inersia Uteri	.577	.368	.904
N of Valid Cases	76		