

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan dan Persalinan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan diartikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum, kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 9 bulan 7 hari dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2010).

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pelepasan sel telur) terjadi migrasi spermatozoa dan ovum terjadi konsepsi dengan pertumbuhan zigot, terjadi migrasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010 : 75).

2.1.2 Perubahan Fisiologi pada Kehamilan

Kehamilan menyebabkan terjadinya perubahan umum, seluruh sistem tubuh wanita hamil akibat meningkatnya hormonal yang dikeluarkan oleh plasenta, dapat memicu perubahan hormonal yang

mengendalikannya sehingga terjadi keseimbangan baru dan adaptasi ibu.

Perubahan adaptasi maternal karena kehamilan adalah sebagai berikut:

a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan (Prawirohardjo, 2014 : 175). Uterus yang semula hanya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2010 : 85).

Perubahan pada isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Perlunakan isthmus disebut tanda hegar. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan terasa lebih besar (Manuaba, 2010 : 87).

Perubahan konsentrasi hormonal yang memengaruhi rahim, yaitu estrogen dan progesteron menyebabkan progesteron mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut Braxton

Hicks. Terjadinya kontraksi Braxton Hicks, tidak dirasakan nyeri dan terjadi bersamaan di seluruh rahim. Kontraksi Braxton Hicks akan berlanjut menjadi kontraksi untuk persalinan (Manuaba, 2010 : 88).

Bersamaan dengan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, diikuti oleh makin besarnya aliran darah menuju rahim dari arteri uterina dan arteri ovarika. Otot rahim mempunyai susunan istimewa yaitu longitudinal, sirkuler, dan oblika sehingga keseluruhannya membuat anyaman yang dapat menutup pembuluh darah dengan sempurna. Meningkatnya pembuluh darah menuju rahim memengaruhi serviks yang akan mengalami perlunakan. Serviks hanya memiliki 10% jaringan otot (Manuaba, 2010 : 91).

b. Vagina

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia (peningkatan jumlah darah di bagian organ tubuh) terlihat jelas pada kulit dan otot-otot perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini bertambah panjangnya dinding vagina (Prawirohardjo, 2014 : 178).

c. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini terlepas dari kemampuan villi korealis yang mengeluarkan hormon korionik gonadotropin yang mirip dengan hormon luteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2010 : 92).

d. Payudara

Pada awal kehamilan payudara terasa lebih lunak, setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak (Prawirohardjo, 2014 : 179). Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan pembentukan ASI dan laktasi. Perkembangan payudara tidak terlepas dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin (Manuaba, 2010 : 92).

e. Sirkulasi Darah

Peredaran darah ibu dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim, terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter, dan pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin

meningkat (Manuaba, 2010 : 93). Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah sebagai berikut:

1) Volume Darah

Beban jantung lebih berat saat kehamilan disebabkan karena penambahan volume darah. Volume darah meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25 sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. Curah jantung akan bertambah sekitar 30%. Bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak sekitar usia kehamilan 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali. Kehamilan selalu memberatkan kerja jantung sehingga wanita hamil dengan sakit jantung dapat jatuh dalam dekompensasi kordis. Pada post partum, terjadi hemokonsentrasi dengan puncak hari ke tiga sampai kelima (Manuaba, 2010 : 93).

2) Sel Darah

Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. Sel darah putih meningkat mencapai 10.000/ml.

Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal. Protein darah dalam bentuk albumin dan gamaglobulin dapat menurun sejak triwulan pertama, sedangkan fibrinogen meningkat (Manuaba, 2010 : 93).

f. Sistem Pernapasan

Paru-paru sebagai alat pertukaran gas akan mengalami perubahan fisiologi akibat peningkatan kebutuhan oksigen dan pembesaran uterus (Manuaba, 2010). Pada kehamilan, terjadi perubahan sistem respirasi agar dapat memenuhi kebutuhan oksigen. Selain itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadi desakan rahim dan kebutuhan oksigen yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya (Manuaba, 2010 : 93). Hiperventilasi akibat progesteron yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap CO₂. Hiperventilasi ini bermanfaat untuk menjaga kestabilan asam basa darah (Manuaba, 2010).

g. Sistem Pencernaan

Perubahan sistem gastrointestinal (sistem pencernaan) sebagian besar terjadi karena makin meningkatnya hormon progesteron yang dapat mengurangi peristaltik usus dan menimbulkan berbagai komplikasi ringan sampai berat (Manuaba, 2010). Seiring dengan makin bertambahnya ukuran uterus, mengakibatkan lambung dan usus

bergeser. Demikian juga dengan apendiks yang akan bergeser ke arah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar (Prawirohardjo, 2014 : 185). Selain itu karena meningkatnya kadar hormon estrogen juga mengakibatkan perasaan mual (nausea). Gejala muntah (emesis) dijumpai pada trimester pertama kehamilan yang terjadi pada pagi hari (*morning sickness*). Dengan meningkatnya hormon progesteron menimbulkan gerak usus yang semakin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi (Manuaba, 2010 : 94).

h. Kulit

Terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone (MSH)* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada *striae gravidarum livide* atau *alba*, *areola mammae*, *papilla mammae*, *linea nigra*, *pipi (khloasma gravidarum)* (Manuaba, 2010 : 94).

i. Traktus Urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi saat hamil tua, timbul gangguan miksi yaitu sering kencing. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah. Filtrasi pada glomerulus bertambah sekitar 69 sampai 70%. Pada kehamilan, ureter membesar agar dapat menampung banyaknya pembentukan urine, terutama pada ureter kanan karena peristaltik ureter terhambat karena pengaruh progesteron, tekanan rahim yang membesarkan terjadi perputaran ke kanan, dan terdapat kolon dan sigmoid di sebelah kiri yang menyebabkan perputaran rahim ke kanan.

j. Metabolisme

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan, di mana kebutuhan nutrisi semakin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan laktasi. Oleh karena itu, ibu hamil memerlukan makanan yang mempunyai nilai gizi yang tinggi (Manuaba, 2010 : 94). Deposit nitrogen dalam bentuk protein naik sekitar 25% sehingga diperlukan tambahan protein yang cukup untuk dapat meningkatkan tumbuh kembang janin dengan sempurna, tidak mengalami gangguan atau mengalami anemia (Manuaba, 2010).

2.1.3 Perubahan Psikologis pada Kehamilan

Menurut Jahja (2015) perubahan psikologi yang terjadi pada ibu hamil antara lain:

a. Trimester I

Terjadi perubahan aktivitas hormonal pada ibu, hal ini dapat dengan mudah mempengaruhi stabilitas emosi ibu. Akibatnya beban psikologis ibu semakin bertambah. Selain itu, ibu hamil sering mengalami kecemasan berkaitan dengan penampilan fisiknya.

b. Trimester II

Emosi sudah mulai stabil karena ibu sudah mulai terbiasa dengan kondisi tubuhnya.

c. Trimester III

Semakin mendekati hari kelahiran, ibu merasa semakin takut dan cemas. Merasa penampilannya tidak menarik karena perubahan bentuk fisik dan sering mengalami ketidaknyamanan karena kehamilan.

2.1.4 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa disertai komplikasi yang terjadi pada ibu maupun janin (Sukarni dan Margareth, 2015 : 185)

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Sondakh, 2013).

2.1.5 Teori Terjadinya Persalinan

Ada beberapa teori tentang mulainya persalinan yaitu, penurunan kadar progesteron, teori oksitisin, peregangan otot-otot uterus yang berlebihan (destended uterus), pengaruh janin, teori prostaglandin (Sukarni dan Margareth, 2015 : 185).

Sebab terjadinya partus sampai kini masih merupakan teori-teori yang kompleks, faktor-faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang mengakibatkan partus mulai. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dari berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Seperti diketahui progesteron merupakan penenang bagi otot-otot uterus. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga aterm meningkat, lebih-lebih sewaktu partus. Seperti telah dikemukakan, “plasenta menjadi tua” dengan tuanya kehamilan. Villi

corealis mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun.

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplacental sehingga plasenta mengalami degenerasi. Teori berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hypocrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan. Faktor lain yang dikemukakan ialah tekanan pada ganglion servikale dari pleksus Frankenhauser yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, kontraksi uterus dapat dibangkitkan.

2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Janin (*Passenger*)

Faktor *passenger* merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi proses persalinan yang biasa disebut dengan faktor penumpang. Bagian yang termasuk dalam faktor ini adalah janin dan plasenta.

Janin merupakan *passenger* utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Bagian janin yang paling penting adalah kepala karena mempunyai ukuran yang paling besar.

Kelainan-kelainan yang sering menjadi faktor penghambat dari *passenger* adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala janin, seperti

hidrosefalus dan anensefalus, kelainan letak seperti letak muka ataupun letak dahi, serta kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang ataupun letak sungsang (Sondakh, 2013 : 18).

b. Faktor *Passage*

Faktor *passage* atau biasa disebut dengan jalan lahir diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu jalan lahir lunak dan jalan lahir keras. Jalan lahir lunak terdiri dari serviks, vagina, dan otot rahim. Sedangkan jalan lahir keras adalah panggul. Panggul merupakan salah satu jalan lahir keras yang memiliki fungsi lebih dominan dari pada jalan lahir lunak. Oleh karena itu, janin harus berhasil menyesuaikan diri terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Sondakh, 2013).

c. *Power*

Power merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Untuk menghasilkan suatu persalinan normal, maka tenaga yang dikeluarkan ibu juga harus normal. Sementara itu, definisi dari his adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Jadi ketika his normal, maka tenaga ibu juga harus normal. Hal ini berarti ibu dapat mengejan dengan kuat dan baik sehingga tenaga betul-betul dapat dimanfaatkan (Sondakh, 2013 : 76).

d. Faktor Psikologis

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu bersalin akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancar. Menurut Pitchard, dkk dalam Sondakh (2013), perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinannya lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan, maka akan berujung pada stress. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologi ibu diantaranya, melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

e. Faktor Penolong

Adanya dukungan dari penolong akan mengurangi lamanya proses kelahiran, kecenderungan penggunaan obat-batan penghilang rasa nyeri akan berkurang, dan menurunkan kejadian kelahiran operatif per vaginam, walaupun tanpa menghiraukan apakah penolong tersebut merupakan pilihan ibu atau bukan (Sondakh, 2013 : 96).

2.1.7 Tanda-tanda Persalinan

Persalinan dimulai bila ibu sudah dalam inpartu (saat uterus berkontraksi menyebabkan perubahan pada serviks membuka dan menipis), berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain, perasaan distensi berkurang

(*lightening*), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah, blood show, lonjakan energi, gangguan pada saluran cerna (Sukarni dan Margareth, 2015 : 209).

2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Komplikasi Kehamilan dan Persalinan pada Kondisi 4 Terlalu

Komplikasi yang terjadi saat kehamilan dan persalinan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor fisik dan psikologis (Sinclair, 2010)

2.2.1 Faktor Fisik

Pada kehamilan usia < 20 tahun ovarium belum berfungsi dengan mantap dan teratur. Endometrium juga masih belum sempurna sehingga banyak risiko yang mungkin terjadi, seperti perdarahan saat kehamilan karena plasenta previa (plasenta letak rendah). Endometrium yang kurang baik dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih nyaman yaitu di tempat yang rendah dekat ostium uteri internum. Pada usia di bawah 20 tahun akan berisiko tinggi karena pada usia tersebut fungsi-fungsi seksual wanita belum tumbuh secara sempurna termasuk ukuran pinggulnya sehingga ada kemungkinan mengalami kesulitan ketika melahirkan. Selain itu, remaja (ibu hamil dengan usia < 20 tahun) lebih sering memiliki status nutrisi pra kehamilan yang buruk, diet yang buruk selama hamil, dan masalah citra tubuh yang menempatkan mereka pada risiko nutrisi selama masa hamil. Asupan nutrisi pada remaja seringkali minim zat besi, kalsium, dan asam folat, dimana ketiganya sangat penting untuk perkembangan otot, tulang, dan kesehatan reproduksi. Dengan

demikian, anemia sangat rentan terjadi pada remaja terlebih jika dalam keadaan hamil (Johnson, 2010 dalam Kurniawati, 2018).

Anemia dalam kehamilan sangat mempengaruhi keadaan ibu dan janin. Pengaruhnya terhadap ibu saat masa kehamilan antara lain dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, dan ketuban pecah dini (KPD). Pengaruhnya terhadap persalinan antara lain, gangguan his dan kekuatan mengejan, kala satu lama, kala dua lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala tiga dapat diikuti dengan retensio plasenta dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri, dan kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder.

Selain itu, masalah atau komplikasi yang terjadi juga bisa disebabkan oleh perlakuan remaja sendiri terhadap kehamilannya, seperti melakukan aborsi. Aborsi sebagian besar dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih atau bisa disebut dengan aborsi yang tidak aman (*unsafe abortion*) dan menimbulkan komplikasi, diantaranya perdarahan, trauma alat genital/jalan lahir, infeksi sampai syok septik. Aborsi yang tidak aman (*unsafe abortion*) bisa dilakukan dengan cara memasukkan benda asing (ranting kayu, kabel, ramu-ramuan, bahan kimia, dll) ke dalam vagina dan rahim, mengonsumsi obat-obatan dan ramu-ramuan tradisional secara berlebihan, melakukan kekerasan fisik pada tubuh seperti memukul-mukul

tubuh atau menjatuhkan diri. Pelaksanaan *unsafe abortion* menyebabkan berbagai dampak negatif meliputi risiko fisik, psikis, dan ekonomi.

Sama halnya dengan kehamilan pada usia muda, kehamilan pada usia tua (35 tahun ke atas) juga menyebabkan berbagai risiko karena timbulnya kombinasi antara penyakit usia tua seperti hipertensi dan diabetes melitus dan kehamilan tersebut yang mengakibatkan risiko kematian pada ibu semakin tinggi. Selain itu kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh juga terjadi pada usia ini (Colti, 2011 dalam Monita dkk, 2016). Jika pada kehamilan remaja faktor risiko disebabkan karena belum matangnya organ reproduksi untuk hamil (endometrium belum sempurna), maka pada umur di atas 35 tahun endometrium kurang subur serta memperbesar kemungkinan untuk menderita kelainan kongenital, sehingga dapat berakibat terhadap kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin yang sedang dikandung (Colti, 2011 dalam Monita dkk, 2016).

Jarak ideal antar kelahiran adalah lebih dari 2 tahun, dengan demikian memberi kesempatan pada tubuh untuk memperbaiki organ-organ reproduksi untuk siap mengandung lagi. Sistem reproduksi yang terganggu akan menghambat perkembangan dan pertumbuhan janin (Ruswandiani, 2008 dalam Monita dkk, 2016). Menurut Rochjati dalam Monita dkk (2016) ibu hamil yang jarak kelahirannya < 2 tahun, kesehatan fisik dan kondisi rahimnya butuh istirahat yang cukup. Ada kemungkinan juga ibu masih harus menyusui dan memberikan perhatian pada anak yang

dilahirkan sebelumnya, sehingga kondisi ibu yang lemah ini akan berdampak pada kesehatan janin dan berat badan lahirnya.

Menurut Manuaba (2010) dalam Prasetya dkk (2018) pada kehamilan dengan paritas yang tinggi dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan, hal ini karena pada ibu dengan paritas yang tinggi dapat timbul kerusakan-kerusakan pada pembuluh darah dinding uterus yang mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin. Pada ibu yang sering melahirkan, otot uterusnya sering diregangkan sehingga mengakibatkan menipisnya dinding uterus yang akhirnya menyebabkan kontraksi uterus menjadi lemah. Ruptur uterus merupakan komplikasi persalinan yang sering terjadi pada ibu yang sebelumnya telah melahirkan beberapa orang anak (Aprilia, 2012 dalam Hariyani dkk, 2019).

2.2.2 Faktor Psikologis

Psikologis bergantung pada keinginan ibu untuk hamil. Ibu yang menginginkan kehamilannya dapat memperkecil risiko selama kehamilan. Hal ini dapat diasumsikan bahwa seorang ibu yang memang menginginkan kehamilannya akan mempersiapkan masa kehamilan dan waktu persalinan dengan baik. Sebaliknya jika seorang ibu tidak menginginkan kehamilan contohnya karena hamil di luar pernikahan, maka mereka cenderung tidak peduli dengan kehamilan dan bahkan akan menggunakan segala cara untuk menggugurkan kehamilannya (Sari H, 2014).

Kehamilan dapat memperburuk pertumbuhan emosional remaja (usia < 20 tahun). Usia remaja yang belum matang dan adanya ketidakstabilan emosi akan memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Anak-anak yang lahir dari ibu remaja sering mengalami gangguan perkembangan dan perilaku (Setyowati, 2017 : 2 dalam Kurniawati, 2018).

Kehamilan dan melahirkan bayi merupakan perjuangan yang mengandung risiko, maka dari itu proses kehamilan akan menambah intensitas emosi dan tekanan batin bagi setiap wanita. Peristiwa hamil di atas 35 tahun umumnya bukan merupakan pengalaman pertama bagi seorang wanita tetapi seringkali hal ini merupakan peristiwa yang tidak direncanakan sebelumnya. Meskipun pada usia tersebut seorang wanita telah siap menerima kehadiran seorang anak dan menjalankan tugasnya sebagai seorang ibu tetap saja kehamilan pada usia di atas 35 tahun berpotensi menimbulkan kecemasan (Hidayati, 2014). Akan tetapi jika kehamilan di atas usia 35 tahun yang disebabkan karena sulit hamil pada awalnya atau adanya infertilitas, maka ibu akan merasakan suatu kebanggaan tersendiri untuk menjalani kehamilan sebagai sebuah bagian dari siklus hidupnya. Ini adalah sebuah perwujudan feminisme dan jati diri seorang wanita dan kehamilan adalah sebuah kebanggaan yang luar biasa. Mengingat banyaknya risiko yang harus ditanggung demi menjadi seorang ibu. Ibu yang hamil dengan usia di atas 35 tahun tidak hanya mengalami proses-proses somatik, tetapi juga mengalami implikasi-implikasi psikologik yang mendalam dan membekas. Perkembangan proses banyak

ditentukan oleh keadaan anatomi dan fisiologi, sedang sifat-sifat pengalaman psikologik sangat erat hubungannya dengan perasaan ibu terhadap dirinya sendiri, terhadap anak yang dikandungnya, terhadap suaminya, dan terhadap lingkungan sekitar (Detiana, 2010 : 19).

Sama halnya dengan kehamilan pada umumnya, kehamilan dengan jarak < 2 tahun juga dapat meningkatkan kecemasan dan tekanan psikologis. Ada kemungkinan juga ibu masih harus menyusui dan memberikan perhatian pada anak yang dilahirkan sebelumnya, sehingga kondisi ibu yang lemah ini akan meningkatkan kecemasan dan tekanan psikologis yang akan berdampak pada kesehatan janin yang dikandungnya (Rochjati dalam Monita dkk, 2016).

Paritas memiliki hubungan bermakna dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Semakin banyak anak yang pernah dilahirkan maka semakin tinggi kemungkinan terjadinya kehamilan tidak diinginkan. Hasil SDKI 2017 menunjukkan bahwa proporsi kehamilan tidak diinginkan juga meningkat seiring urutan anak yang dilahirkan. Perempuan yang memiliki banyak anak namun tetap hamil dan kehamilan tersebut tidak diinginkan kemungkinan dikarenakan kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi (*unmet need*) atau karena dampak kegagalan kontrasepsi. Pada ibu yang telah melahirkan banyak anak juga merasakan bahwa jumlah anak yang ada telah mencapai jumlah ideal sehingga dengan adanya kehamilan lagi maka kemungkinan menjadi kehamilan tidak diinginkan dan meningkatkan tekanan psikologis pada ibu (Dixit dkk, 2012 dalam

Saptarini dan Suparmi, 2015). Komplikasi kehamilan berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Pada kehamilan dengan komplikasi hal ini akan membuat ibu lebih merasa depresi. Secara fisiologis, pada saat kehamilan akan terjadi perubahan hormon yang membuat perasaan ibu lebih sensitif. Pada kehamilan dengan penyulit hal ini akan berlangsung lebih berat dibanding dengan kehamilan tanpa penyulit. Hal ini akan menambah beban psikologis pada ibu

2.3 Konsep 4 Terlalu

Suatu kehamilan dapat memiliki kondisi yang disebut risiko, baik risiko rendah maupun risiko tinggi. Kehamilan risiko rendah merupakan kehamilan yang fisiologis, kemungkinan besar diikuti dengan persalinan normal serta ibu dan bayi sehat. Sementara kehamilan risiko tinggi adalah salah satu kehamilan yang di dalamnya kehidupan atau kesehatan ibu dan janin dalam bahaya akibat gangguan kehamilan. Pada kehamilan risiko tinggi terdapat adanya satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janin yang dapat memberikan dampak kurang menguntungkan bagi ibu dan janin (Indriyani dan Asmuji, 2014 : 106).

Poedji Rochjati mengelompokkan ukuran risiko kehamilan dalam bentuk angka. Faktor risiko dikelompokkan dalam tiga kelompok, yaitu kehamilan risiko rendah dengan jumlah skor 2, kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6-10, dan kehamilan risiko sangat tinggi dengan jumlah skor ≥ 12 .

Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan. Selain itu, terlalu dekat jarak kelahiran setiap anak dan terlalu banyak anak membuat kehamilan menjadi berisiko tinggi. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap fisik, emosi, psikologi, sosial, dan ekonomi.

Paritas bisa dipengaruhi oleh ibu yang tidak mengatur jarak kelahiran dan jumlah anak yang dilahirkan, paritas juga merupakan salah satu penyebab masalah-masalah dalam kehamilan karena jika seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko terhadap kesehatannya dan juga bagi kesehatan anaknya.

Manuaba menyatakan bahwa empat terlalu atau yang biasa disebut dengan “4 T” meliputi terlalu muda hamil (umur < 19 tahun), terlalu tua hamil (umur > 35 tahun), terlalu dekat jarak kehamilan (< 2 tahun), dan terlalu banyak anak (> 3 orang) tergolong dalam kehamilan risiko tinggi, sebagai berikut:

2.3.1 Terlalu Muda

Menurut KBBI istilah usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Depkes RI membagi kelompok ibu dalam masa reproduksi yang dihubungkan dengan kehamilan menjadi 3 kelompok, yaitu: pertama, umur < 20 tahun, pada masa ini ibu masih terlalu muda untuk hamil, kedua umur 20-35 tahun, pada masa ini ibu harus mengatur kesuburan (menjarangkan kehamilan), dan ketiga umur di atas 35 tahun,

pada masa ini ibu sudah harus mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi) karena ibu sudah terlalu tua untuk hamil.

Menurut Manuaba beberapa faktor yang melatarbelakangi terjadinya kehamilan pada remaja diantaranya, globalisasi masalah seksual, tabu terhadap informasi seksual, libido yang tak terkendali, dan kerenggangan hubungan dengan keluarga. Kehamilan remaja (usia < 20 tahun) adalah salah satu permasalahan kesehatan reproduksi. Dalam kehidupan, masalah kesehatan reproduksi tidak lagi dipandang semata-mata urusan biomedis, melainkan menyangkut aspek-aspek sosial budaya suatu masyarakat (Saifuddin, 2013 dalam Wakhidah dkk, 2017). Semakin muda usia melahirkan, *Age Spesific Fertility Rate (ASFR)*, kemungkinan dapat meningkatkan *Total Fertility Rate (TFR)* karena semakin panjang rentan usia reproduksinya. Selain itu kehamilan usia remaja diakibatkan karena faktor budaya yang mendorong untuk menikahkan anak perempuan di bawah usia 20 tahun antara lain adalah budaya pertunangan sejak kecil, menghindari hamil di luar nikah, menghindari anak perempuan menjadi perawan tua, takut ditinggal anak karena sekolah atau bekerja, dan untuk mengurangi tanggung jawab orang tua (Anisa dkk, 2015).

Kehamilan pada remaja (usia kurang dari 20 tahun) dapat memberikan risiko kematian atau komplikasi dalam kehamilan dan persalinan (anemia, perdarahan, keguguran, persalinan prematur, persalinan memanjang, berat bayi lahir rendah) akan meningkat dikarenakan organ reproduksinya belum siap untuk menjalani proses

persalinan (Manuaba, 2010). Pelvis terus bertumbuh sepanjang masa remaja akhir dan remaja muda memiliki peningkatan risiko mengalami disproporsi sefalopelvis. Remaja lebih sering memiliki status nutrisi prakehamilan yang buruk, diet yang buruk selama hamil, dan masalah citra tubuh yang menempatkan mereka pada risiko nutrisi selama masa hamil. Bayi yang terlahir dari ibu yang masih remaja (umur kurang dari 20 tahun) mungkin memiliki berat badan kurang karena kebutuhan nutrisi ibu (akibat imaturitas skeletal) bersaing dengan kebutuhan nutrisi janin (Sinclair, 2010 : 20). Kehamilan dapat memperburuk pertumbuhan emosional remaja, yang membuat pencapaian tugas perkembangannya pada masa remaja dan upayanya untuk menyelesaikan pendidikan menjadi lebih sulit (Sinclair, 2010). Secara psikologis saat usia masih muda belum mencapai emosi yang cukup sehingga akan berpengaruh terhadap penerimaan kehamilan yang akhirnya akan berdampak pada proses kehamilan dan persalinan.

2.3.2 Terlalu Tua

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit dan/atau meninggal, sebelum persalinan berlangsung. Banyak faktor risiko ibu hamil dan salah satu faktor yang penting adalah usia. Sama halnya dengan kehamilan pada usia muda, kehamilan pada usia tua (35 tahun ke atas) juga menyebabkan berbagai risiko karena timbulnya kombinasi antara penyakit usia tua seperti hipertensi dan diabetes melitus dan kehamilan tersebut yang mengakibatkan risiko kematian pada ibu semakin tinggi (Sinsin, 2008).

Ibu hamil pada usia lebih dari 35 tahun lebih berisiko tinggi untuk hamil dibandingkan bila hamil pada usia normal, yang biasanya terjadi sekitar 21-30 tahun (Sinsin, 2008).

Beberapa faktor yang melatarbelakangi kehamilan pada usia tua (lebih dari 35 tahun) adalah karena usia pernikahan yang terlambat, sulit hamil pada awalnya, menunda hamil karena karier, merasa muda, dan kesiapan diri (Sinsin, 2008).

2.3.3 Terlalu Dekat Jarak Kelahiran

Menurut KBBI jarak adalah ruang (panjang atau jauh) antara dua benda atau tempat. Penentuan jarak kehamilan merupakan salah satu cara untuk menentukan berapa jarak yang akan direncanakan diantara kehamilan satu dengan yang lain. Pengaturan jarak kehamilan merupakan salah satu usaha agar pasangan dapat lebih menerima dan siap untuk memiliki anak. Menurut Poedji Rochjati di dalam buku KIA, minimal jarak kelahiran yang baik adalah tidak kurang dari 2 tahun. Karena jika kelahiran memiliki jarak kurang dari 2 tahun akan menimbulkan berbagai risiko yang mungkin terjadi pada ibu hamil, diantaranya keguguran, anemia, BBLR, prematur, dan komplikasi lainnya.

Menurut Wandira dan Indawati (2012) dalam penelitiannya yang berjudul faktor penyebab kematian bayi di Kabupaten Sidoarjo menyatakan bahwa dengan jarak kelahiran yang kurang dari 2 tahun, kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat dan ada kemungkinan ibu masih menyusui. Adapun hal yang melatarbelakangi

mengapa ibu hamil dengan jarak kurang dari 2 tahun, antara lain suami ingin segera mempunyai keturunan lagi dan adanya riwayat abortus.

2.3.4 Terlalu Banyak Anak

Jumlah anak dapat dipengaruhi oleh faktor kebudayaan setempat yang menganggap anak laki-laki lebih bernilai dari anak perempuan. Hal ini mengakibatkan pasangan suami istri berusaha untuk menambah jumlah anak mereka jika belum mendapatkan anak laki-laki (Astuti dan Ratifah, 2014).

Paritas yang terlalu banyak dapat menyebabkan terjadinya gangguan dalam kehamilan, menghambat proses persalinan, menyebabkan perdarahan dan dapat menambah beban ekonomi keluarga (Barus, 2018). Ibu dengan paritas tinggi akan mempunyai risiko yang lebih besar terhadap kejadian komplikasi persalinan terutama perdarahan postpartum. Pada ibu yang sering melahirkan, otot uterusnya sering diregangkan sehingga mengakibatkan menipisnya dinding uterus yang akhirnya menyebabkan kontraksi uterus menjadi lemah. Ruptur uterus merupakan komplikasi persalinan yang sering terjadi pada ibu yang sebelumnya telah melahirkan beberapa orang anak (Aprilia, 2012 dalam Hariyani dkk, 2019). Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Risiko pada paritas satu dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik meliputi asuhan kehamilan dan persalinan yang memenuhi standart,

sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Manuaba, 2013 dalam Hariyani dkk, 2019).

Berdasarkan rumusan dari Poedji Rochjati dan Harry Oxorn (2010) dalam Hariyani dkk (2019) dapat diketahui bahwa paritas dengan risiko tinggi dapat menyebabkan komplikasi selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Pada grandemultipara faktor yang berpengaruh dan mengancam adalah dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun sehingga dapat mengakibatkan komplikasi dalam kehamilan maupun persalinan.

2.4 Komplikasi Kehamilan pada Kondisi 4 Terlalu

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine dimulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010).

Kehamilan di bawah umur 20 tahun dan lebih dari 35 tahun merupakan kehamilan berisiko tinggi (Rochjati, 2011). Penyulit pada kehamilan tersebut lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat antara usia 20-30 tahun (Manuaba, 2010). Komplikasi utama kehamilan dibawah umur 20 tahun dan di atas 35 tahun yaitu terjadinya pre-eklampsia. Ibu mengalami hipertensi disertai kaki bengkak dan ditemukannya protein pada urin. Lebih berbahaya lagi jika pre-eklampsia ini berlanjut menjadi eklampsia, pasien kejang-kejang lalu tidak sadarkan diri. Bila hal ini

dibiarkan, dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Bayi kemungkinan meninggal di kandungan atau pada saat persalinan.

Kehamilan di bawah umur 20 tahun mempunyai dampak negatif terhadap kesejahteraan ibu hamil, hal ini disebabkan karena belum siapnya mental untuk hamil. Kehamilan di bawah umur terkadang tidak diinginkan, mungkin sebab hamil di luar nikah atau pasangan suami-istri tersebut belum siap menerima kehadiran sang bayi. Perlu dihayati, bila secara psikologis calon ibu sudah menolak kehamilannya, hal ini dapat menimbulkan komplikasi fisik pada saat ibu hamil ataupun melahirkan. Hamil di bawah umur juga besar kemungkinan mengakibatkan bayi lahir dengan berat badan rendah dan tak jarang pula bayi begitu lahir langsung meninggal karena prematuritas.

Kehamilan pada umur yang lebih dari 35 tahun mempunyai dampak negatif karena organ reproduksi telah mulai mengalami penurunan fungsi sehingga berisiko mengalami komplikasi obstetrik, pada usia ini otot-otot rahim dan bagian dari organ reproduksi lain sudah semakin kendor sehingga tidak dapat berfungsi dengan maksimal. Selain itu, faktor usia terlalu tua menyebabkan risiko timbulnya penyakit-penyakit yang menyertai umur juga semakin meningkat. Terjadinya penyakit jantung dan kanker menjadi lebih besar. Kombinasi antara penyakit usia tua dan kehamilan tersebut menyebabkan risiko meninggal atau cacat pada bayi atau ibu hamil menjadi bertambah tinggi (Sinsin, 2008). Beberapa komplikasi kehamilan yang

mungkin terjadi hampir sama dengan ibu yang hamil dengan umur kurang dari 20 tahun, yaitu pre-eklampsia/eklampsia.

Jarak kelahiran terlalu dekat atau kurang dari 2 tahun akan sangat berisiko, karena organ-organ reproduksi belum kembali ke kondisi semula. Selain itu, fisik ibu juga belum memungkinkan untuk menerima kehamilan berikutnya. Keadaan gizi ibu juga belum optimal, namun dituntut sudah harus memenuhi kebutuhan nutrisi janin yang dikandungnya (Manuaba, 2010).

Menurut Manuaba, beberapa komplikasi dalam kehamilan antara lain, anemia dalam kehamilan, abortus, perdarahan antepartum, dan pre-eklampsia/eklampsia.

2.4.1 Anemia

Anemia oleh orang awam dikenal sebagai “kurang darah”. Anemia adalah suatu penyakit dimana kadar Hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal. Anemia berbeda dengan tekanan darah rendah. Tekanan darah rendah adalah kurangnya kemampuan otot jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh sehingga menyebabkan kurangnya aliran darah yang sampai ke otak dan bagian tubuh lainnya (Fadlun, 2011 : 37).

Anemia kehamilan yaitu ibu hamil dengan kadar Hb < 11 gr% pada trimester I dan III atau Hb < 10,5 gr% pada trimester II. Tetapi berdasarkan ketetapan WHO, anemia pada ibu hamil adalah bila Hb kurang dari 11 gr%. Anemia ibu hamil di Indonesia sangat bervariasi, yaitu Hb 11 gr% termasuk normal, Hb 9-10 gr% termasuk ke dalam

anemia ringan, Hb 7-8 gr% termasuk ke dalam anemia sedang, dan Hb < 7 gr% termasuk ke dalam anemia berat (Manuaba, 2010).

Sebagian besar anemia adalah anemia defisiensi Fe yang dapat disebabkan oleh konsumsi Fe dari makanan yang kurang. Pola makan remaja (umur < 20 tahun) yang seringkali tidak menentu dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah nutrisi. Bila tidak ada masalah ekonomi ataupun keterbatasan pangan, maka faktor psiko-sosial merupakan penentu dalam memilih makanan. Kebiasaan makan yang sering terlihat pada remaja perempuan antara lain ngemil (biasanya makanan padat kalori), melewatkan waktu makan terutama sarapan pagi, waktu makan tidak teratur, sering makan fast foods, jarang mengkonsumsi sayur dan buah ataupun produk peternakan serta diet yang salah. Hal tersebut dapat mengakibatkan asupan makanan tidak sesuai kebutuhan dan gizi seimbang sehingga terjadi gizi kurang (BKKBN, 2017 dalam Kurniawati, 2018). Sedangkan kehamilan di usia remaja membutuhkan nutrisi yang lebih tinggi karena perkembangannya yang belum selesai, mengakibatkan terjadinya persaingan antara ibu dan janin dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi kerap memicu kelahiran premature, bayi lahir dengan berat rendah, ibu mengalami malnutrisi, dan risiko mortalitas bayi meningkat (Johnson, 2010 dalam Kurniawati, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Astriana (2017) tentang kejadian anemia pada ibu hamil ditinjau dari paritas dan usia kesimpulannya mengemukakan bahwa responden dengan umur berisiko lebih banyak

mengalami anemia pada ibu hamil dibandingkan responden dengan umur tidak berisiko. Menurut peneliti hal ini dikarenakan kehamilan di usia < 20 tahun dan diatas 35 tahun dapat menyebabkan anemia karena pada kehamilan di usia < 20 tahun secara biologis belum optimal emosinya cenderung labil, mentalnya belum matang sehingga mudah mengalami keguncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemenuhan zat-zat gizi selama kehamilannya. Sedangkan pada usia > 35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa di usia ini.

Paritas merupakan salah satu faktor penting dalam kejadian anemia zat besi pada ibu hamil. Menurut Manuaba (2010), wanita yang sering mengalami kehamilan dan melahirkan makin anemia karena banyak kehilangan zat besi, hal ini disebabkan selama kehamilan wanita menggunakan cadangan besi yang ada di dalam tubuhnya (Salmariantity, 2012 dalam Astriana, 2017).

Kehamilan dengan jarak yang berdekatan (< 2 tahun) juga berpeluang besar dalam terjadinya anemia saat hamil. Hal ini disebabkan pada saat ibu hamil tidak menutup kemungkinan sedang menyusui anak sebelumnya yang usianya kurang dari dua tahun. Selain itu keadaan gizi ibu juga belum optimal, namun dituntut sudah harus memenuhi kebutuhan nutrisi janin yang dikandungnya (Manuaba, 2010).

Kebutuhan Fe selama hamil yaitu 900 mg yang digunakan untuk peningkatan sel darah ibu (500 mg Fe), terdapat dalam plasenta (300 mg

Fe), dan untuk darah janin (100 mg Fe). Saat persalinan dengan lahirnya plasenta dan perdarahan ibu akan kehilangan zat besi, kekurangan ini harus mendapatkan kompensasi dari makanan untuk kelangsungan laktasi (Manuaba, 2010 : 238).

Tingginya anemia pada ibu hamil merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia. Anemia yang paling banyak dijumpai pada ibu hamil adalah anemia defisiensi Fe sehingga pengobatannya relatif mudah dan murah (Manuaba, 2010 : 237).

Anemia saat kehamilan sangat mempengaruhi keadaan ibu dan janinnya. Pengaruhnya terhadap ibu saat masa kehamilan antara lain, dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, dan ketuban pecah dini (KPD). Pengaruhnya terhadap persalinan antara lain, gangguan his dan kekuatan mengejan, kala pertama dapat berlangsung lama, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala tiga dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan post partum akibat atonia uteri. Pengaruhnya pada masa nifas antara lain, dapat terjadi subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, dekomposisi kordis mendadak setelah persalihan, anemia pada masa nifas, dan mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010 : 240).

Anemia juga berbahaya bagi janin yang dikandung oleh ibu. Sekalipun tampaknya mampu menyerap berbagai nutrisi dari ibunya, dengan adanya anemia maka kemampuan metabolisme tubuh akan berkurang sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim akan terganggu. Akibat anemia pada janin antara lain, abortus, kematian intrauterin, persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah terkena infeksi sampai kematian perinatal, dan inteligensia rendah (Manuaba, 2010 : 240).

Untuk menghindari terjadinya anemia, sebaiknya ibu hamil meningkatkan konsumsi makanan bergizi, makanan yang banyak mengandung zat besi dari makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati, telur) dan makanan nabati (sayuran berwarna hijau seperti bayam, daun katuk, serta kacang-kacangan). Selain itu, makanan yang banyak mengandung vitamin C seperti jambu biji, tomat, dan jeruk sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus. Ibu hamil juga wajib menambah pemasukan zat besi ke dalam tubuh dengan minum tablet tambah darah secara rutin (Fadlun, 2011 : 38).

2.4.2 Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin mampu hidup diluar kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gram atau umur kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba, 2010 : 287). Perlu diketahui bahwa hasil konsepsi adalah seperti benda asing yang

berimplantasi dalam uterus sehingga terjadi upaya mempertahankan dan menolak benda asing tersebut dengan berbagai reaksi tubuh. Faktor utama untuk mempertahankannya adalah sistem hormon dan sistem imunologi. Sistem hormon berupa produksi hormon *human chorionic gonadotropin* (HCG) dan progesteron. Sistem imunologi berupa reaksi imunologi lokal maupun imunologi umum tubuh. Dengan demikian, kehamilan dapat berlangsung sampai aterm dan sampai berlangsung persalinan (Manuaba, 2007 : 683).

Penyebab keguguran sebagian besar tidak diketahui secara pasti, tetapi ada beberapa faktor yang berpengaruh diantaranya, faktor pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menimbulkan kematian janin dan cacat bawaan yang menyebabkan hasil konsepsi dikeluarkan, kelainan plasenta (infeksi pada plasenta, gangguan pembuluh darah, dan hipertensi) (Sukarni K dan Margareth ZH, 2015 : 167). Menurut Prawirohardjo salah satu penyebab tinggi abortus spontan adalah anemia yang disebabkan karena gangguan nutrisi dan peredaran oksigen menuju sirkulasi utero plasenter sehingga dapat secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan melalui plasenta. Hemoglobin merupakan protein yang terdapat dalam sel darah merah atau eritrosit, yang memberi warna merah pada darah. Hemoglobin terdiri atas zat besi yang merupakan pembawa oksigen. Kadar hemoglobin dalam darah yang rendah dikenal dengan istilah anemia.

Umur seorang ibu memiliki peranan yang penting dalam terjadinya abortus. Semakin tinggi umur maka risiko terjadinya abortus semakin tinggi pula. Hal ini seiring dengan naiknya kejadian kelainan kromosom, berkurangnya fungsi alat reproduksi, dan penyakit kronis pada ibu yang berusia lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2010 dalam Prasetya dkk, 2018). Selain itu wanita usia tua (> 35 tahun) lebih sering menghadapi masalah kesehatan berupa penyakit kronis seperti hipertensi dan ini dapat meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan. Tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan keguguran karena sirkulasi uteroplasenter menjadi tidak lancar karena pembuluh darah menjadi vasokonstriksi (Manan, 2011 dalam Prihandini, 2016). Menurut Saifuddin (2009) dalam Prihandini (2016) menyatakan bahwa hipertensi dalam kehamilan dapat membuat lapisan otot arteri spiralis (cabang arteri radialis yang menembus endometrium) menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spiralis relative mengalami vasokonstriksi, sehingga aliran darah uteroplasenta menurun, dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta. Iskemia plasenta dapat menimbulkan jaringan menjadi nekrosis dan yang menyebabkan hasil konsepsi terlepas. Subiyanto (2012) dalam Prihandini (2016) menyatakan bahwa ada beberapa risiko kehamilan di usia > 35 tahun, yaitu jumlah sel telur yang mengalami penurunan karena wanita tersebut menjelang menopause kesulitan mengalami ovulasi. Sel-sel yang sudah tua mengalami penurunan kemampuan untuk dibuahi dan

kehilangan kemampuan untuk menghasilkan hormon, terutama estrogen dan progesteron. Ketidakseimbangan hormon mengakibatkan rahim tidak dapat menjaga kehamilan sebagaimana mestinya sehingga kondisi rahim tidak akan menjadi subur dan menjadi relaksasi sehingga rahim akan menjadi berkontraksi dan tidak optimal dalam mengalirkan nutrisi dan oksigen secara uteroplacental.

Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun meningkatkan kejadian keguguran (abortus) karena organ reproduksi yang belum sempurna, endometrium belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress) psikologi, sosial, dan ekonomi (Manuaba, 2010 dalam Prasetya 2018). Selain itu, ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun rawan terkena anemia dan gizi ibu yang kurang (Sukarni K dan Margareth ZH, 2015 : 167).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Handayani (2015) di RSUD Kabupaten Rokan Hulu menyatakan bahwa ada hubungan antara paritas ibu hamil dengan kejadian abortus. Dengan demikian ibu yang memiliki paritas tinggi atau multipara berisiko terjadinya abortus. Angka kejadian pada penelitian tersebut banyak terdapat abortus pada multipara dan semakin tinggi kejadiannya pada grande multipara. Kejadian abortus pada ibu dengan paritas tinggi berkaitan dengan kesehatan ibu karena kurangnya istirahat dan hamil yang terlalu dekat, apalagi jika disertai dengan abortus pada kehamilan sebelumnya. Seorang wanita yang sering

melahirkan mempunyai risiko bagi kesehatannya dan juga bagi kesehatan anaknya. Hal ini berisiko karena pada ibu dapat timbul kerusakan-kerusakan pada pembuluh darah dinding uterus yang mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin (Sukarni dkk, 2013).

Menurut Manuaba (2010) dalam Prihandini dkk (2016) menyatakan bahwa jarak kehamilan yang pendek dapat menjadi penyebab faktor ketidaksuburan lapisan dalam rahim (endometrium) sehingga endometrium belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi. Seorang wanita dapat disebut mengalami kehamilan setelah terjadi nidasi. Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Proses nidasi memerlukan lingkungan endometrium yang baik, subur dan telah siap untuk tempat nidasi atau implantasi hasil konsepsi. Kehamilan dengan jarak diatas 24 bulan sangat baik untuk ibu karena kondisi ibu sudah normal kembali, dimana endometrium yang semula mengalami trombosis dan nekrosis karena pelepasan plasenta dari dinding endometrium telah mengalami pertumbuhan dan kemajuan fungsi seperti keadaan semula dikarenakan dinding-dinding endometrium mulai regenerasi dan sel-sel epitel endometrium mulai berkembang. Bila saat ini terjadi kehamilan endometrium telah siap menerima dan memberikan nutrisi pada hasil konsepsi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Anggun Prasetya dkk (2018) menyatakan bahwa abortus banyak terjadi pada kehamilan maternal berisiko tinggi jika terlaui banyak anak, umur kurang dari 20 tahun dan

lebih dari 35 tahun, riwayat obstetrik, jumlah anak lebih dari 4 anak, serta jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, dan pekerjaan. Pada penelitian tersebut 19,6% ibu yang abortus adalah mereka yang termasuk dalam kriteria umur yang berisiko.

Abortus dapat diklasifikasikan berdasarkan kejadian dan gambaran klinis. Berdasarkan kejadiannya, abortus dibagi menjadi dua, yaitu abortus spontan dan abortus buatan/*provokatus*.

a. Abortus spontan

Abortus spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis, atau terjadi tanpa ada unsur tindakan dari luar. Kemungkinan penyebab abortus spontan antara lain karena faktor genetik (kelainan kromosom 50-60%), faktor hormonal (defisiensi luteal, penyakit hormonal seperti diabetes mellitus, gangguan kelenjar tiroid), kelainan anatomi uterus (submukosa mioma uteri, kelainan kongenital uterus, serviks inkompeten), faktor infeksi genetalia interna (toxoplasmosis, sitomegalovirus, rubella, herpes simpleks, infeksi endometrium), intiksikasi agen eksternal (pecandu alkohol, rokok), postur ibu (kurus/BB kurang dari 40 kg, gemuk/BB di atas 80 kg), dan dari faktor paternal (hiperspermatozoa, oligospermia). Abortus spontan masih dibagi menjadi beberapa jenis antara lain abortus imminen, insipien, inkomplet, komplet (Manuaba, 2007 : 685).

b. Abortus buatan/*provokatus*

Abortus buatan/*provokatus* merupakan tindakan abortus yang sengaja dilakukan untuk menghilangkan kehamilan sebelum umur 28 minggu atau berat janin 500 gram. Abortus buatan dijumpai dalam dua bentuk, yaitu abortus *provokatus medisinalis* dan abortus *provokatus kriminalis*.

Abortus *provokatus medisinalis* merupakan abortus yang dilakukan atas dasar indikasi vital ibu hamil. Jika diteruskan, kehamilannya akan lebih membahayakan jiwa sehingga terpaksa dilakukan abortus buatan. Indikasi vital yang dimaksudkan adalah penyakit ginjal, penyakit jantung, penyakit paru berat, penyakit diabetes mellitus berat, penyakit karsinoma. Sedangkan indikasi sosial diantaranya kegagalan pemakai KB, grandemultipara, kehamilan pada IQ yang rendah, kehamilan akibat perkosaan, kehamilan dengan saudara atau orang tua sendiri, kehamilan pada mereka dengan kelainan jiwa.

Abortus *provokatus kriminalis* merupakan abortus yang dilakukan pada kehamilan tidak diinginkan, diantaranya akibat perbuatan yang tidak bertanggung jawab. Sebagian besar dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih atau bisa disebut dengan aborsi yang tidak aman (*unsafe abortion*) dan bisa menimbulkan “trias” komplikasi, diantaranya perdarahan, trauma alat genital/jalan lahir, infeksi sampai syok septik (Manuaba, 2007).

2.4.3 Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan di atas 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya dari pada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu (Mochtar, 2011 : 187).

Menurut Manuaba (2010), perdarahan antepartum dikelompokkan menjadi perdarahan antepartum yang ada hubungannya dengan kehamilan (plasenta previa, solusio plasenta, perdarahan pada plasenta letak rendah, pecahnya sinus marginalis, dan pecahnya vasa previa) dan perdarahan yang tidak ada hubungannya dengan kehamilan (pecahnya varises vagina, perdarahan polipus servikalis, perdarahan perlukaan serviks, dan perdarahan karena keganasan serviks).

Beberapa faktor-faktor yang meningkatkan kejadian plasenta previa adalah umur terlalu muda karena endometrium pada kehamilan dengan umur < 20 tahun belum sempurna, sehingga dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih nyaman yaitu di tempat yang rendah dekat ostium uteri internum. Selain itu umur di atas 35 tahun juga menjadi faktor yang dapat meningkatkan kejadian plasenta previa karena tumbuh endometrium yang kurang subur, dan pada paritas yang tinggi kejadian plasenta previa juga makin besar karena endometrium belum sempat tumbuh. (Manuaba, 2010 : 249).

Menurut Kurniawan, H dan Maulina, M (2015) dalam penelitiannya tentang hubungan antara usia ibu dan paritas dengan kejadian plasenta

previa menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan kejadian plasenta previa. Usia ibu sangat berpengaruh terhadap terjadinya plasenta previa. Stright (2005) dalam Kurniawan dan Maulina (2015) menyatakan bahwa usia ibu yang lanjut merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta previa. Sebanyak 33% kasus plasenta previa dialami oleh ibu yang berusia > 30 tahun. Pada usia lebih dari 30 tahun sering terjadi sklerosis pembuluh darah arteri kecil dan arteriole miometrium di bagian fundus uteri, menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata sehingga plasenta tumbuh mencari tempat yang banyak aliran darah yaitu di segmen bawah uterus untuk mendapatkan aliran darah yang adekuat yang akhirnya dapat menyebabkan terjadinya plasenta previa.

Menurut Kurniawan, H dan Maulina, M (2015) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian plasenta previa. Paritas sangat berpengaruh terhadap terjadinya plasenta previa. Menurut Stright (2005) dalam Kurniawan dan Maulina (2015) menyatakan bahwa paritas yang tinggi merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta previa. Sebanyak 80% kasus plasenta previa terjadi pada multiparitas, yaitu ibu yang melahirkan dengan paritas 2-4 kali. Paritas yang tinggi dapat meningkatkan frekuensi perdarahan antepartum, sehingga wanita dengan paritas 3 atau lebih mempunyai risiko besar untuk terjadinya plasenta previa dibandingkan dengan paritas yang lebih rendah. Paritas yang tinggi akan mengakibatkan plasenta previa semakin besar

karena endometrium belum sempat tumbuh terutama jika jarak antara kehamilan pendek. Mekanisme terjadinya plasenta previa pada multipara adalah corpus uteri merupakan bagian atas rahim yang mempunyai dinding otot paling tebal, sehingga dalam keadaan normal plasenta berimplantasi pada daerah corpus uteri, pada kehamilan berikutnya keadaan endometrium pada daerah corpus uteri mengalami kemunduran fungsi dan kekurangan vaskularisasi. Hal ini dikarenakan terjadinya degenerasi nekrosis pada bekas luka implantasi plasenta sewaktu kehamilan sebelumnya di endometrium pada corpus uteri. Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin (Mughtar, 2013 dalam Hariyani dkk, 2019).

Menurut Susanti (2018) dalam penelitiannya menyatakan bahwa ada hubungan antara jarak kehamilan ibu bersalin dengan kejadian plasenta previa. Jarak kelahiran yang satu dengan berikutnya < 2 tahun. Jarak kelahiran yang aman adalah > 2 tahun (Amiruddin, 2014 : 167 dalam Susanti, 2018). Jarak yang pendek menyebabkan endometrium yang cacat (Manuaba, 2012 : 249 dalam Susanti, 2018). Endometrium yang kurang baik dapat menyebabkan zigot mencari tempat yang rendah dekat ostium internum.

2.4.4 Pre-eklamsia/eklamsia

Pre-eklamsia/eklamsia merupakan salah satu komplikasi yang serius dan paling ditakuti. Kondisi ini dipengaruhi oleh faktor genetik atau

keturunan dan lebih sering dialami oleh wanita yang hamil untuk pertama kalinya (primigravida) terutama primigravida muda, hidramnion, hamil kembar, mola hidatidosa, diabetes mellitus, kegemukan, usia ibu lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2010 : 264). Pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun belum jelas bagaimana hal itu terjadi. Istilah kesatuan penyakit diartikan bahwa kedua peristiwa dasarnya sama dan bahwa eklamsia merupakan peningkatan yang lebih berat dan berbahaya dari pre-eklamsia, dengan tambahan gejala tertentu. Pre-eklamsia adalah penyakit yang umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya (Wiknjastro dalam Kurniawati, 2010 : 281).

Gambaran klinis pre-eklamsia dimulai dengan kenaikan berat badan diikuti dengan edema kaki atau tangan, peningkatan tekanan darah, dan terjadi protein urine dengan diikuti keluhan subjektif berupa sakit kepala terutama daerah frontalis, rasa nyeri di daerah epigastrium, gangguan mata, penglihatan menjadi kabur, terdapat mual sampai muntah, gangguan pernapasan sampai sianosis, dan terjadi gangguan kesadaran. Kelanjutan pre-eklamsia berat menjadi eklamsia dengan tambahan gejala kejang dan/atau koma. Menjelang kejang-kejang dapat didahului gejala subjektif yaitu nyeri kepala di daerah frontal, nyeri epigastrium, penglihatan semakin kabur, dan terdapat mual dan muntah dan pemeriksaan penunjang hiper-refleksia atau mudah terangsang. Selama terjadi kejang-kejang dapat

terjadi kenaikan suhu mencapai 40°C , frekuensi nadi bertambah cepat, dan tekanan darah meningkat (Manuaba, 2010 : 267).

Penyebab pre-eklamsia belum diketahui secara pasti. Ada beragam faktor risiko, di antaranya adalah faktor usia dan paritas yang merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Dari segi usia, wanita hamil dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun dianggap berisiko untuk mengalami preeklamsia. Hal ini disebabkan karena seiring peningkatan usia, akan terjadi proses degeneratif yang meningkatkan risiko hipertensi dan wanita dengan risiko hipertensi kronik ini akan memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami preeklamsia (Cunningham, 2005 dalam Asmana dkk, 2016).

2.5 Komplikasi Persalinan pada Kondisi 4 Terlalu

Seperti diketahui bahwa proses persalinan ditentukan oleh tiga faktor, yaitu *power*, *passage*, dan *passanger*. Ketiga faktor ini sangat menentukan jalannya persalinan sehingga akan terjadi proses persalinan spontan. *Power*, yaitu kekuatan his yang adekuat dan tambahan kekuatan mengejan. Kontraksi/his yang semakin kuat menimbulkan peningkatan tekanan hidrostatik cairan amnion sehingga berperan dalam upaya meningkatkan perlunakan dan pembukaan serviks. Sebagai jalan lahir pasif. *Passage*, jalan lahir tulang dan jalan lahir otot. Pada jalan lahir tulang, terdapat beberapa istilah yang harus diketahui, antara lain pelvis minor (jika dijumpai ukuran diameter panggul 1 cm kurang dari normal pada seluruh ukurannya), pelvis mayor (jika ukuran-ukuran diameter panjang tulang panggul seluruhnya

normal atau lebih). Jalan lahir lunak digambarkan secara skematis dengan tujuan mendapatkan bayangan yang tepat tentang fungsinya dalam proses persalinan. *Passanger*, meliputi janin, plasenta, dan selaput ketuban (Manuaba, 2007 : 283).

Persalinan dapat terjadi dengan dua kemungkinan yaitu terjadi kelahiran normal (*eutocia*) atau terjadi dengan kelainan (*dystocia*) yang persalinannya seringkali berakhir dengan tindakan.

2.5.1 Eutocia/Kelahiran Normal

Persalinan yang normal (*eutocia*) merupakan persalinan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung spontan dalam 18 jam. Persalinan yang terjadi secara normal atau biasa disebut *eutocia*, dari bahasa Yunani *eu* yang artinya baik atau *tocos* yang artinya kelahiran. Jadi *eutocia* adalah kelahiran yang baik, dan kelahiran yang baik inilah yang dianggap kelahiran anak yang normal, kelahiran yang tidak membawa akibat apa-apa bagi ibu dan anak (Manuaba, 2007 : 735).

2.5.2 Dystocia/ Kelahiran dengan Kelainan

Dystocia adalah kesulitan dalam jalannya persalinan. Kelainan pada persalinan terdiri dari *dystocia* karena kelainan his (*power*), *dystocia* karena kelainan jalan lahir (*passage*), dan *dystocia* karena kelainan janin (*passanger*).

Menurut Manuaba (2007), beberapa komplikasi persalinan yang terjadi pada kehamilan dengan kondisi empat terlalu antara lain, ketuban

pecah dini, kelahiran preterm (prematunitas), partus lama dan perdarahan post partum.

a. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah satu jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu sebagaimana mestinya (Manuaba, 2007 : 456). Sebab-sebab terjadinya ketuban pecah dini antara lain inkompeten serviks, disproporsi sefalopelvik (kepala belum masuk PAP, kelainan letak janin sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauterin yang dominan). Selain itu KPD dapat terjadi pada keadaan kehamilan kembar, hidramnion, keadaan sosial ekonomi rendah, serta ibu yang merokok dan minum alkohol (Manuaba, 2007 : 456).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ivansri dan Andini (2018) menyatakan bahwa ibu dengan paritas multigravida akan meningkatkan kejadian ketuban pecah dini. Faktor paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian ketuban pecah dini, dimana peningkatan paritas akan menyebabkan kerusakan pada serviks selama kelahiran bayi sehingga mengakibatkan kerusakan pada selaput ketuban. Risiko ketuban pecah dini banyak terjadi pada multipara dan grande multipara disebabkan motilitas uterus berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan dini pada serviks (Anwar, 2007 dalam Maharrani dan Nugrahini, 2017).

Menurut Manuaba (2007) dalam Maharrani dan Nugrahini (2017) usia kurang dari 20 tahun merupakan usia menunda kehamilan, dimana organ-organ reproduksinya belum berfungsi secara maksimal, jalan lahir belum bisa menyangga bagian yang ada di dalamnya secara sempurna. Organ reproduksi yang belum maksimal mengakibatkan kurang terbentuknya jaringan ikat dan vaskularisasi yang belum sempurna sehingga membentuk selaput ketuban yang tipis dan tidak kuat yang dapat memicu terjadinya ketuban pecah dini.

Sedangkan kehamilan diatas 35 tahun, biasanya penyakit-penyakit degeneratif seperti tekanan darah tinggi atau diabetes mellitus pada wanita lebih sering muncul. Semakin bertambah usia, penyakit degeneratif seperti gangguan pembuluh darah biasanya lebih banyak muncul. Penyakit degeneratif tersebut secara tidak langsung akan memengaruhi ketuban pecah dini. Adanya gangguan pembuluh darah atau devaskularisasi dapat menyebabkan nekrosis pada jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang yang akhirnya mengakibatkan ketuban pecah dini (Musbikin, 2004 dalam Maharrani dan Nugrahini, 2017).

b. Kelahiran Preterm (Prematuritas)

Salah satu yang paling ditakuti selama kehamilan adalah persalinan yang terjadi sebelum waktunya, disebut juga persalinan prematur. Berat ringannya prematur tergantung dari usia kehamilannya. Bayi prematur adalah bayi yang lahir dengan berat

badan (BB) 1000-2499 gram (Mochtar, 2007 dalam Kurniawati 2018). Sedangkan menurut WHO, persalinan prematur adalah persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gram (Manuaba, 2007 : 432).

Prematuritas adalah penyebab utama dari kematian perinatal di negara berkembang pada masa sekarang. Pada bayi prematur, tumbuh kembang organ vitalnya belum optimal sehingga menyebabkan ia masih belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Dengan demikian bayi sering mengalami kegagalan adaptasi yang dapat menimbulkan morbiditas bahkan mortalitas yang tinggi (Manuaba, 2007 : 432). Berikut beberapa faktor risiko yang dapat menimbulkan persalinan prematur yaitu:

- 1) Umur ibu (< 20 tahun)
 - 2) Penyakit maternal : anemia, ginjal, hipertensi, kelainan uterus
 - 3) Jarak antara persalinan yang terlalu rapat
 - 4) Kehamilan ganda, hidramnion
 - 5) Pernah mengalami perdarahan pada trimester II atau III
 - 6) Pernah mengalami persalinan prematur pada kehamilan terdahulu
- (Nugroho, 2014 dalam Kurniawati, 2018)

Proses kehamilan dan kelahiran pada usia remaja (< 20 tahun) turut berkontribusi dalam meningkatkan angka kematian perinatal di Indonesia. Menurut Prawirohardjo (2012) pada ibu hamil usia remaja sering mengalami komplikasi kehamilan yang buruk seperti persalinan

prematuur, bayi berat lahir rendah (BBLR) dan kematian perinatal. Prematuritas dapat terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan. Grady dan Bloom (2004) dalam Kurniawati (2018), mengatakan bahwa kehamilan di bawah umur 20 tahun berhubungan dengan peningkatan angka kematian perinatal dan lebih dari 18% kelahiran prematur terjadi pada kelompok umur ini. Masalah malnutrisi yang diderita oleh ibu hamil umur kurang dari 20 tahun dapat menyebabkan risiko kelahiran bayi prematur dan juga mengalami berat lahir rendah. Berat bayi lahir yang rendah dan penyulit selama kehamilan dan persalinan dapat terjadi akibat tidak adekuatnya nutrisi, karena kebutuhan nutrisi masih dibutuhkan untuk pertumbuhan fisik remaja sehingga terjadi kompetisi dengan kebutuhan untuk janin.

Umur ibu > 35 tahun juga meningkatkan kejadian prematuritas, hal ini dikarenakan pada umur tersebut berkurangnya fungsi alat reproduksi dan masalah kesehatan seperti anemia dan penyakit kronis sehingga memudahkan terjadinya persalinan prematur (Manuaba, 2012 dalam Syarif, 2016).

Usia kandungan secara umum adalah 37-42 minggu. Jika kehamilan sebelum 37 minggu, kelahiran itu dianggap prematur atau tidak cukup bulan. Pada beberapa kasus, jika diketahui akan terjadi persalinan prematur, kelahiran bayi bisa dicegah atau ditunda. Penundaan ini akan memberikan tambahan waktu bagi bayi untuk

tumbuh dan berkembang. Bahkan beberapa haripun bisa menghasilkan bayi yang lebih sehat. Jika tidak terjadi perdarahan atau selaput ketuban masih utuh, biasanya dianjurkan untuk menjalani tirah baring dan diberikan cairan melalui infus. Jika selaput ketuban telah pecah dan pembukaan telah mencapai lebih dari 5 cm, maka sulit untuk menghentikan persalinan prematur karena kontraksi akan terus terjadi sampai bayi akhirnya lahir (Nugroho, 2014 : 220 dalam Kurniawati, 2018).

c. Partus Lama

Lama partus normal bervariasi, juga tidak tepat waktu permulaan persalinan seringkali sukar untuk ditentukan secara tepat. Walaupun demikian, dengan mempertimbangkan bahwa sekitar 60% dari pasien primigravida dapat diharapkan melahirkan dalam 12 jam, dan lebih dari 85% pada pasien multipara. Gambaran ini memberi pedoman mengenai perpanjangan persalinan. Jika pada pasien normal persalinan tidak terjadi dalam waktu ini, maka pengiriman ke perawatan konsulen harus dipertimbangkan dengan serius (Chanberlain, 2012 : 85 dalam Kurniawati, 2018).

Sejauh ini, penyebab terjadinya partus lama dalam kehamilan di usia remaja yang tersering adalah aksi uterus yang tidak efektif. Hal ini dapat menjadi satu-satunya kelainan atau dapat dikaitkan dengan yang lain seperti disproporsi panggul atau presentasi abnormal (Chanberlain, 2012 : 86 dalam Kurniawati, 2018).

d. Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi segera setelah persalinan melebihi 500 ml yang dibagi menjadi dua bentuk, yaitu perdarahan post partum primer dan perdarahan post partum sekunder.

- 1) Perdarahan post partum primer (*early post partum hemorrhage*), merupakan perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir. Perdarahan primer biasanya disebabkan oleh atonia uteri, retensio plasenta, dan robekan jalan lahir.
- 2) Perdarahan post partum sekunder (*late post partum hemorrhage*), merupakan perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama, biasanya antara hari ke 5 sampai ke 15 post partum. Penyebab utama karena tertinggalnya sebaian plasenta atau membrannya, perlukaan terbuka kembali, dan infeksi pada tempat implantasi plasenta (Manuaba, 2007 : 810).

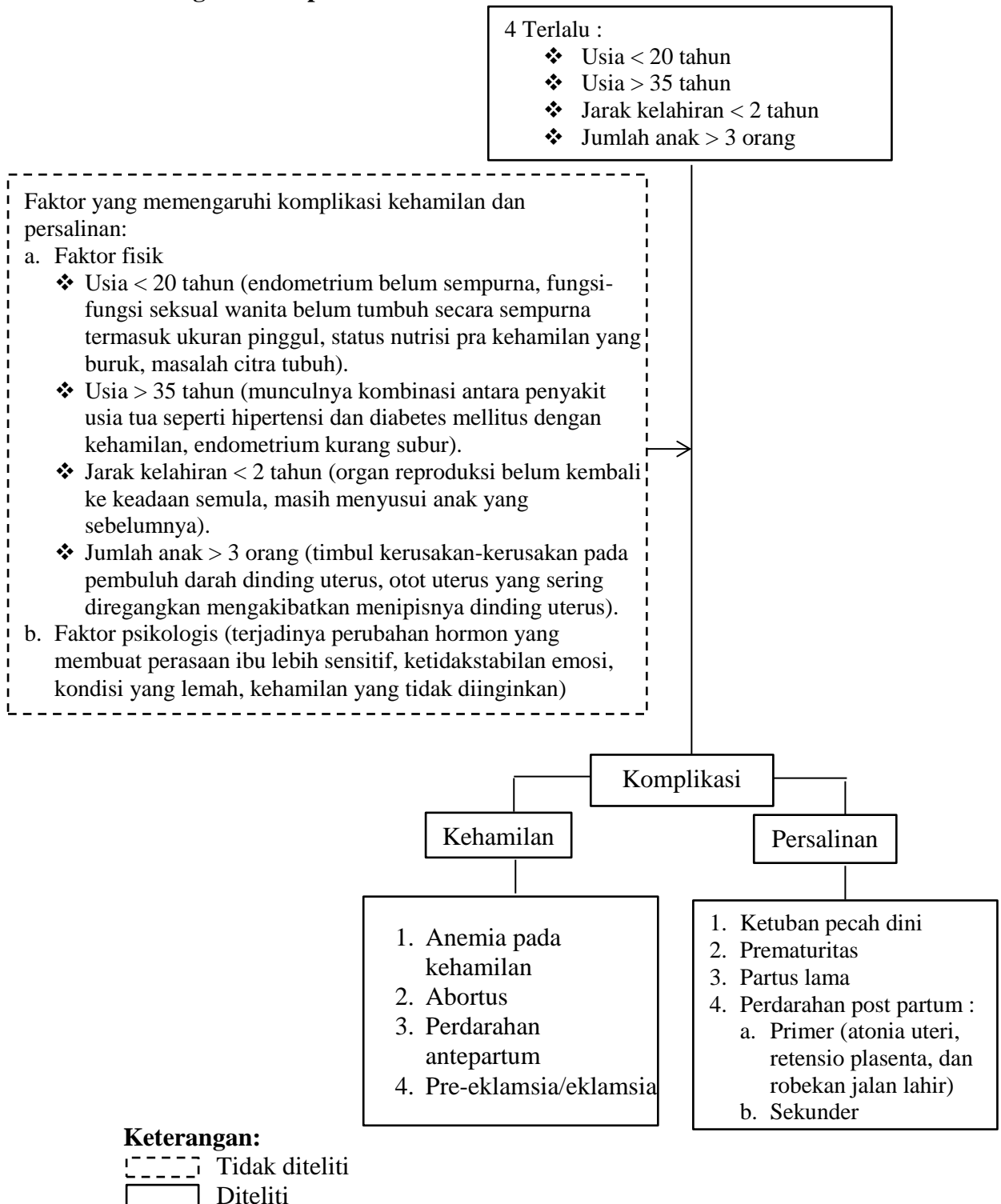
Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian perdarahan post partum adalah usia dan paritas, partus lama, peregangan uterus yang berlebihan, oksitosin drip, dan anemia. *Pertama*, pada usia muda dan paritas yang rendah (paritas satu), ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. *Kedua*, partus lama dapat menyebabkan terjadinya inersia uteri karena kelelahan pada otot-otot

uterus sehingga rahim berkontraksi lemah setelah bayi lahir. *Ketiga*, peregangan uterus yang berlebihan antara lain kehamilan ganda, polihidramnion, dan makrosomia. Peregangan uterus yang berlebihan karena sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak dapat berkontraksi segera setelah plasenta lahir sehingga sering menyebabkan perdarahan post partum pada ibu bersalin. Pada kondisi ini miometrium renggang dengan hebat sehingga kontraksi setelah kelahiran bayi menjadi buruk. *Keempat*, stimulasi dengan oksitosin drip dapat merangsang timbulnya kontraksi uterus yang belum berkontraksi dan meningkatkan kekuatan serta frekuensi kontraksi pada uterus yang sudah berkontraksi. Stimulasi oksitosin drip dengan tujuan akselerasi pada dosis rendah dapat meningkatkan kekuatan serta frekuensi kontraksi, tetapi pada pemberian dengan dosis tinggi dapat menyebabkan tetania uteri terjadi trauma jalan lahir ibu yang luas dan menimbulkan perdarahan serta inversio uteri. Sedangkan stimulasi oksitosin drip dengan tujuan induksi oksitosin drip menyebabkan terjadinya stimulasi berlebihan kepada uterus sehingga mengalami overdistensi (peregangan uterus secara berlebihan) dan menyebabkan terjadinya hipotonia setelah persalinan. *Kelima*, wanita yang mengalami anemia dalam persalinan dengan kadar Hb < 11 gr/dl akan dengan cepat terganggu kondisinya bila terjadi kehilangan darah meskipun hanya sedikit. Anemia menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dan dibawa hemoglobin berkurang sehingga tidak dapat

memenuhi kebutuhan jaringan. Bila jumlah oksigen yang dipasok berkurang maka kinerja organ (dalam hal ini uterus) akan menurun. Otot uterus menjadi tidak berkontraksi dengan adekuat/terjadi atonia uteri sehingga terjadi perdarahan post partum.

Ibu dengan paritas yang tinggi akan mempunyai risiko yang lebih besar terhadap kejadian perdarahan postpartum. Pada ibu yang sering melahirkan otot uterusnya sering diregangkan sehingga mengakibatkan menipisnya dinding uterus yang akhirnya menyebabkan kontraksi uterus menjadi lemah (Aprilia, 2012 dalam Hariyani dkk, 2019).

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian Gambaran Komplikasi Kehamilan dan Persalinan pada Kondisi 4 Terlalu di Puskesmas Jabung Kabupaten Malang