

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Anemia

a. Definisi

Anemia secara fungsional didefinisikan sebagai penurunan jumlah massa eritrosit (*red cell mass*) sehingga tidak dapat memenuhi fungsinya untuk membawa oksigen dalam jumlah yang cukup ke jaringan perifer (penurunan *oxygen caring capacity*). Secara praktis anemia ditunjukkan oleh penurunan kadar hemoglobin, kemudian hematokrit (Sudoyo, *et al.*, 2010). Anemia pada ibu hamil adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr/dL pada trimester I dan III atau kadar lebih kecil 10,5 gr/dL pada trimester II (Cunningham, 2005). Anemia defisiensi besi adalah yang paling sering menyebabkan anemia pada kehamilan di seluruh dunia, bisa ringan, sedang, ataupun berat (Reveiz, *et al.*, 2011)

b. Klasifikasi

Berdasarkan Sudoyo, *et al* (2010) anemia diklasifikasikan menurut beberapa hal, yaitu:

1) Klasifikasi menurut etiopatogenesis

- a) Anemia karena gangguan pembentukan eritrosit dalam sumsum tulang

- i. Kekurangan bahan esensial pembentuk eritrosit
 - i) Anemia defisiensi besi
 - ii) Anemia defisiensi asam folat
 - iii) Anemia defisiensi vitamin B12
 - ii. Gangguan penggunaan (utilisasi) besi
 - i) Anemia akibat penyakit kronis
 - ii) Anemia sideroblastik
 - iii. Anemia defisiensi vitamin B12
 - i) Anemia aplastic
 - ii) Anemia mieloptisik
 - iii) Anemia pada keganasan hematologi
 - iv) Anemia diseritropoietik
 - v) Anemia pada sindrom mielodisplastik
- b) Anemia akibat hemoragi
- i. Anemia pasca perdarahan akut
 - ii. Anemia akibat perdarahan kronik
- c) Anemia hemolitik
- i. Anemia hemolitik intrakorpuskular
 - i) Gangguan membran eritrosit (membranopati)
 - ii) Gangguan enzim eritrosit (enzimopati): anemia akibat defisiensi G6PD
 - iii) Gangguan hemoglobin (hemoglobinopati): thalassemia dan hemoglobinopati struktural

- ii. Anemia hemolitik ekstrakorpuskular
 - i) Anemia hemolitik autoimun
 - ii) Anemia hemolitik mikroangiopatik
 - i) Lain-lain
- d) Anemia dengan penyebab yang tidak diketahui atau dengan pathogenesis yang kompleks
- 2) Klasifikasi berdasarkan gambaran morfologi
 - a) Anemia hipokromik mikrositer: bila MCV <80 fl dan MCH <27 pg.
 - a) Anemia normokromik normositer: bila MCV 80-95 fl dan MCH 27-34 pg.
 - b) Anemia makrositer: bila MCV >95 fl.
- 3) Klasifikasi berdasarkan derajat keparahan

Berikut adalah klasifikasi menurut WHO (2014)

Tabel 2.1. Level hemoglobin di atas permukaan laut (gr/dL).

Populasi	Anemia			
	Non-Anemia	Ringan	Sedang	Berat
Anak-anak usia 6 - 59 bulan	11,0 atau lebih	10,0-10,9	7,0-9,9	< 7,0
Anak-anak usia 5 - 11 tahun	11,5 atau lebih	11,0-11,4	8,0-10,9	< 8,0
Anak-anak usia 12 - 14 tahun	12,0 atau lebih	11,0-11,9	8,0-10,9	< 8,0
Wanita tidak hamil (15 tahun keatas)	12,0 atau lebih	11,0-11,9	8,0-10,9	< 8,0
Wanita hamil	11,0 atau lebih	10,0-10,9	7,0-9,9	< 7,0
Pria (15 tahun keatas)	13,0 atau lebih	11,0-12,9	8,0-10,9	< 8,0

Sumber: WHO. 2014. WHA Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief. Switzerland.

Sedangkan menurut Manuaba (2010), berikut adalah klasifikasi anemia berdasarkan derajat keparahan.

Tabel 2.2. Klasifikasi derajat keparahan anemia pada kehamilan.

Klasifikasi	Angka Hemoglobin
Ringan	9,0-10,0 gr/dL
Sedang	7,0-8,9 gr/dL
Berat	< 7,0 gr/dL

Sumber: Manuaba, I.B.G. & Bakta, I.M. "Gangguan Hematologik" in Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan Edisi 2. Jakarta: EGC, 2010, Bab XVII.

c. Etiologi

Penyebab anemia bergantung pada banyaknya sel darah merah (eritrosit) yang diproduksi dalam tubuh dan tingkat kesehatan seseorang. Penurunan kadar hemoglobin selama kehamilan disebabkan oleh ekspansi yang lebih besar dari volume plasma dibandingkan dengan peningkatan volume sel darah merah (eritrosit). Disproporsi antara tingkat kenaikan untuk plasma dan eritrosit memiliki perbedaan yang paling signifikan selama trimester kedua (American Pregnancy Association, 2015). Defisiensi besi merupakan penyebab utama anemia (Dhaar & Robbani, 2008). Berdasarkan Pribadi, *et al* (2015) meskipun anemia defisiensi besi merupakan penyebab terbanyak, tetapi anemia dapat disebabkan oleh beberapa hal lainnya, antara lain:

- 1) Hemolisis akibat malaria atau penyakit bawaan seperti talasemia
- 2) Defisiensi G6PD

3) Defisiensi nutrient seperti vitamin B12, asam folat, dan vitamin C

4) Kehilangan darah kronis akibat cacing dan malabsorpsi besi

Menurut Sudoyo, *et al* (2010) anemia hanyalah suatu kumpulan gejala yang disebabkan oleh berbagai macam penyebab. Pada dasarnya anemia disebabkan oleh karena:

- 1) Gangguan pembentukan eritrosit oleh sumsum tulang
- 2) Kehilangan darah keluar tubuh (perdarahan)
- 3) Proses penghancuran eritrosit dalam tubuh sebelum waktunya (hemolisis).

d. Patofisiologi

Pengaturan hemopoiesis merupakan salah satu perubahan yang terjadi dalam kehamilan. Berbagai perubahan yang terjadi utamanya berfungsi untuk memelihara janin agar selalu dalam keadaan optimal yaitu dengan meningkatkan sirkulasi unit maternal (plasenta)-janin, yang pada akhirnya untuk memenuhi kebutuhan oksigen janin. Perubahan tersebut terjadi beberapa minggu setelah konsepsi, sejalan dengan pertumbuhan embrio yang semakin berkembang. Ibu dan janin memiliki sirkulasi yang terpisah secara komplet, tanpa hubungan langsung antara kedua sirkulasi tersebut. Begitu pula dengan hemopoiesis, produksi eritropoetin, serta regulasi, semuanya terpisah. Bila terjadi patologis, pada ibu anemia akan mengakibatkan defisiensi oksigen dan berpengaruh pada bayi (Pribadi, *et al.*, 2015).

e. Faktor Resiko

Semua wanita hamil memiliki resiko untuk terkena anemia. Hal tersebut disebabkan mereka membutuhkan zat besi dan asam folat lebih banyak daripada biasanya. Namun berdasarkan Johnson (2014), resiko akan bertambah apabila:

- 1) Hamil kembar (lebih dari satu bayi)
- 2) Jarak antar kehamilan sangat pendek
- 3) Sering muntah akibat *morning sickness*
- 4) Usia ibu terlalu muda
- 5) Kurang asupan gizi terutama yang kaya zat besi

Berdasarkan hasil analisis univariat penelitian Koura, *et al.* (2012) menunjukkan bahwa prevalensi BBLR lebih tinggi pada bayi yang dilahirkan oleh ibu anemia (11,3%) daripada yang lainnya (9,1%), namun hasilnya tidak terlalu signifikan. Satu-satunya faktor signifikan yang berhubungan dengan menurunnya resiko BBLR adalah paritas ibunya.

f. Diagnosis

Untuk dapat mendiagnosis anemia, dapat dilakukan beberapa pendekatan menurut Sudoyo, *et al* (2010), berikut adalah pemeriksaan dan pendekatan untuk diagnosis anemia:

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium merupakan penunjang diagnostic pokok dalam diagnosis anemia. pemeriksaan ini terdiri dari:

a) Pemeriksaan penyaring (*screening test*)

Pemeriksaan penyaring untuk kasus anemia terdiri dari pengukuran kadar hemoglobin, indeks eritrosit, dan apusan darah tepi. Dari sini dapat dipastikan adanya anemia serta jenis morfologik anemia tersebut, yang sangat berguna untuk pengarahannya diagnosis lebih lanjut.

b) Pemeriksaan darah seri anemia

Pemeriksaan darah seri anemia meliputi hitung leukosit, trombosit, hitung retikulosit dan laju endap darah. Sekarang sudah banyak dipakai automatic hematology analyzer yang dapat memberikan presisi hasil yang lebih baik.

c) Pemeriksaan sumsum tulang

Pemeriksaan ini memberi informasi yang sangat berharga mengenai keadaan sistem hematopoiesis. Pemeriksaan ini dibutuhkan untuk diagnosis definitive pada beberapa jenis anemia.

d) Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan ini hanya dikerjakan atas indikasi khusus, misalnya pada:

- i. Anemia defisiensi besi: *serum iron*, TIBC (*total iron binding capacity*), saturasi ferin, protoporfirin eritrosit, ferritin serum, reseptor transferrin dan pengecatan besi pada sumsum tulang (*Perl's stain*)
- ii. Anemia megaloblastik: folat serum, vitamin B12 serum, tes supresi deoksiuridin, dan tes Schiling.
- iii. Anemia hemolitik: bilirubin serum, tes Coomb, elektroforesis hemoglobin, dan lain-lain.
- iv. Anemia aplastik: biopsy sumsumtulang.

Juga diperlukan pemeriksaan non-hemolitik tertentu seperti misalnya pemeriksaan faal hati, faal ginjal, atau faal tiroid.

2) Pendekatan Diagnosis Anemia

a) Pendekatan Tradisional

Pembuatan diagnosis berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, setelah dianalisis dan disintesis maka disimpulkan sebagai sebuah diagnosis, baik diagnosis tentative ataupun diagnosis definitif.

b) Pendekatan Morfologik

Pendekatan diagnosis anemia berdasarkan apusan darah tepi atau indeks eritrosit.

c) Pendekatan Fungsional dan Probabilistik

Pendekatan fungsional bersandar pada fenomena apakah anemia disebabkan karena penurunan produksi eritrosit sumsum tulang, yang bisa dilihat dari penurunan angka retikulosit, atautkah akibat kehilangan darah atau hemolisis, yang ditandai dengan meningkatnya angka retikulosit. Dari kedua pendekatan ini kita bisa menduga jenis anemia dan kemungkinan penyebabnya. Hasil ini dapat diperkuat dengan pendekatan probabilistik (pendekatan berdasarkan pola etiologi anemia), yang bersandar pada data epidemiologi yaitu pola etiologi anemia di suatu daerah.

3) Pendekatan Klinis

a) Pendekatan berdasarkan awitan penyakit

Berdasarkan awitannya anemia memiliki tipe yang awitannya cepat dan ada pula yang timbulnya perlahan.

Anemia yang timbul cepat:

- i. Perdarahan akut
- ii. Anemia hemolitik intravaskular
- iii. Anemia akibat leukemia akut
- iv. Krisis aplastik pada anemia hemolitik kronis

Anemia yang timbul pelan-pelan:

- i. Anemia defisiensi besi
- ii. Anemia defisiensi folat atau B12

iii. Anemia akibat penyakit kronik

iv. Anemia hemolitik kronik yang bersifat kongenital

b) Pendekatan berdasarkan beratnya anemia

Derajat anemia biasanya dipakai sebagai petunjuk ke arah etiologi. Anemia berat biasanya disebabkan oleh anemia defisiensi besi, anemia aplastik, anemia pada leukemia akut, anemia hemolitik didapat atau kongenital, anemia pasca perdarahan akut, dan anemia pada gagal ginjal kronis stadium terminal. Sedangkan anemia yang bersifat ringan sampai sedang meliputi anemia akibat penyakit kronik, anemia pada penyakit sistemik, dan thalassemia Trait. Jika pada ketiga anemia tersebut dijumpai anemia berat, maka harus dipertimbangkan diagnosis lain, atau ada penyebab lain yang dapat memperberat derajat anemia (Sudoyo, *et al.*, 2010).

c) Pendekatan berdasarkan sifat gejala anemia

Sifat-sifat gejala anemia dapat dipakai untuk membantu diagnosis. Gejala-gejala lebih menonjol dibandingkan gejala penyakit dasar dijumpai pada anemia defisiensi besi, anemia aplastik, anemia hemolitik. Sedangkan pada anemia pada penyakit kronik dan anemia sekunder lainnya gejala penyakit dasar sering lebih menonjol (Sudoyo, *et al.*, 2010).

g. Tata Laksana

Kebutuhan asupan besi eksternal sehari-hari diharapkan paling sedikit antara 1-8 mg perhari (Trumbo, *et al.*, 2001). Namun, asupan besi eksternal diperlukan untuk menyeimbangkan peningkatan kebutuhan besi khususnya sebagai persyaratan fisiologis selama pertumbuhan, kehamilan, dan laktasi. Peningkatan kebutuhan besi yang signifikan ini diharapkan untuk perkembangan fetus dan plasenta dengan catatan untuk meningkatkan volume darah ibu. Di samping itu, pada ibu hamil akan kehilangan besi selama dan setelah persalinan (Trumbo, *et al.*, 2001)

Total dari hilangnya besok pada kehamilan dan laktasi kira-kira sebesar 1000 mg. Dengan begitu, diet besi yang diperbolehkan pada ibu hamil adalah 27 mg dibandingkan 8 mg pada wanita dewasa yang tidak hamil. Pada masa laktasi diharapkan diet besi sehari-harinya 10 mg (Trumbo, *et al.*, 2001).

h. Komplikasi

Menurut Sharma (2010), terdapat komplikasi pada anemia dalam kehamilan. komplikasi tersebut dapat terjadi pada ibu dan bayi.

1) Komplikasi Maternal

Anemia ringan tidak terlalu menunjukkan efek pada kehamilan dan persalinan kecuali ibu yang memiliki simpanan besi yang rendah dan dapat menjadi anemia sedang sampai berat pada kehamilan selanjutnya. Anemia sedang menyebabkan

meningkatnya kelemahan, kekurangan energy, kelelahan dan performa kerja yang buruk. Pada anemia berat, berhubungan dengan keluaran yang buruk. Ibu bisa mengalami palpitasi, takhikardi, sesak nafas, meningkatkan *cardiac output* dan mengarah kepada *cardiac stress* yang dapat menyebabkan dekompensasi dan gagal jantung yang fatal. Peningkatan insidensi persalinan preterm (28,2%), preeklampsia (31,2%), dan sepsis bisa berhubungan dengan anemia.

2) Komplikasi Fetal

Terlepas dari simpanan besi maternal, fetus masih mendapatkan besi dari transferrin ibu, yang terperangkap di plasenta dan yang dimana pada waktunya, memindahkan dan menranspor besi secara aktif ke fetus. Bertahap, janin tersebut cenderung memiliki simpanan besi yang menurun karena depleksi simpanan maternal. Keluaran yang merugikan selanjutnya pada perinatal seperti kelahiran preterm dan usia gestasi bayi yang kecil, dan peningkatan mortalitas perinatal telah diobservasi pada neonates dengan ibu yang anemia. Suplemen besi pada ibu selama kehamilan dapat meningkatkan keluaran perinatal. Berat rata-rata, skor APGAR, dan level hemoglobin 3 bulan setelah kelahiran akan membaik secara signifikan pada bayi dalam grup yang diberi suplemen daripada grup yang diberi placebo.

2. Berat Bayi Lahir Rendah

a. Definisi

Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam waktu satu jam pertama setelah lahir. Pengukuran ini dilakukan di tempat fasilitas seperti rumah sakit, puskesmas, dan polindes. Sedangkan bayi yang lahir di rumah waktu pengukuran berat badan dapat dilakukan dalam waktu 24 jam (Pratami, 2016). Bayi berat lahir rendah ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) (Prawirohardjo, 2006).

b. Klasifikasi

Berdasarkan Deslidel (2011), bayi berat lahir rendah diklasifikasikan menjadi beberapa jenis.

Tabel 2.3. Klasifikasi bayi berat lahir rendah.

Klasifikasi	Berat Bayi Lahir (gram)
Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	1500-2500
Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	1000-1500
Bayi Berat Lahir Ekstrim Rendah (BBLER)	<1000

Sumber: Deslidel. Zuchrah Hasan. Rully Hevrialni. Yan Sartika. (2011). Buku Ajar Asuhan Neonatus, Bayi, & Balita. Jakarta:EGC.

Selain itu, terdapat klasifikasi BBLR menurut Pratami (2016) sebagai berikut:

- 1) Bayi berat badan lahir amat sangat rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 1000 gram
- 2) Bayi berat lahir sangat rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 1500 gram
- 3) Bayi berat lahir cukup rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan 1501-2500 gram

c. Etiologi

Penyebab terbanyak yang mempengaruhi adalah kelahiran prematur (Proverawati, 2010). Menurut WHO (2014) bayi berat lahir rendah adalah bayi yang memiliki berat lahir kurang dari 2,5 kg. BBLR dapat disebabkan oleh kelahiran preterm (kelahiran sebelum 37 minggu masa gestasi), atau karena Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK adalah berat badan pada masa gestasi <10 persentil), atau kombinasi keduanya.

Bayi KMK sering disebut juga IUGR (Intra Uterine Growth Retardation) atau gangguan pertumbuhan intrauterine. Terdapat banyak faktor yang menyebabkan pertumbuhan intrauterine dan efeknya bervariasi sesuai dengan cara dan lamanya terpapar serta tahap pertumbuhan janin saat penyebab tersebut terjadi (IDAI, 2008)

d. Faktor Resiko

Bayi berat lahir rendah (BBLR) memiliki beberapa faktor resiko. Berikut adalah beberapa faktor resiko menurut Susanti (2016):

- 1) Kelahiran prematur
- 2) Status sosial ekonomi yang rendah: disebabkan oleh keadaan gizi yang kurang baik dan pengawasan antenatal yang kurang.
- 3) Usia ibu: angka kejadian prematuritas tertinggi pada usia ibu dibawah 20 tahun dan multigravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat. Kejadian terendah pada usia 26-35 tahun.
- 4) Kondisi ibu saat hamil: peningkatan berat badan ibu yang tidak adekuat dan kebiasaan ibu yang merokok.
- 5) Penyakit: yang berhubungan dengan kehamilan seperti toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, infeksi akut, serta kelainan kardiovaskuler, preeklamsia berat atau eklamsia.
- 6) Faktor obstetrik kelahiran prematur adalah malformasi uteri, trauma uterus, plasenta previa, solusio plasenta, serviks inkompeten, ketuban pecah dini, dan amnionitis.
- 7) Faktor janin seperti gawat janin dan IUGR.
- 8) Kelahiran dini disebabkan oleh kesalahan menentukan usia kehamilan.

Selain itu, menurut penelitian Reddy (2015), faktor yang memengaruhi berat lahir adalah biologis atau sosio-ekonomi-

demografi dan juga berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Khususnya kondisi kesehatan ibu, riwayat BBLR sebelumnya, penyakit, komplikasi dalam kehamilan, dan riwayat kehamilan buruk dapat menyebabkan bayi berat lahir rendah (Idris, et al., 2000). Status nutrisi maternal adalah faktor utama yang berpengaruh pada berat bayi lahir. Level nutrisi maternal juga dipengaruhi oleh beberapa faktor sosio-ekonomik dan demografi (Reddy, 2015).

e. Diagnosis

Selama kehamilan, berat bayi dapat diperkirakan melalui beberapa cara menurut Boston Children's Hospital (2015), yaitu:

- 1) Tinggi fundus (puncak dari uterus ibu) yang dapat diukur dari tulang pubis. pengukuran ini dalam centimeter dan biasanya berhubungan dengan jumlah minggu kehamilan setelah minggu ke dua puluh. Apabila pengukuran lebih rendah untuk jumlah minggunya, maka bayi akan lebih kecil dari yang diharapkan.
- 2) Ultrasound (sebuah tes menggunakan gelombang untuk membentuk gambar dari struktur internal tubuh) adalah metode yang lebih akurat untuk memperkirakan ukuran fetus. Pengukuran dapat diambil dari kepala dan abdomen fetus dan dibandingkan dengan diagram perkembangan untuk memperkirakan berat fetus.

Bayi ditimbang dalam beberapa jam pertama kelahiran. Beratnya dibandingkan dengan usia gestasi bayi dan didokumentasikan dalam rekam medis. Berat badan lahir kurang dari 5 pound, 8 ons

didiagnosis sebagai bayi berat lahir rendah. Bayi dengan berat kurang dari 3 pound, 5 ons saat lahir disebut juga bayi berat lahir sangat rendah.

f. Tata Laksana

Tujuan utama penatalaksanaan bayi prematur adalah untuk memberikan lingkungan, nutrisi, dan dukungan yang memungkinkan bayi tersebut mengatasi semua cacat atau kekurangan akibat kelahiran premature (Susanti, 2016).

Penatalaksanaan bayi BBLR perlu di dukung dengan pengetahuan yang baik, karena pengetahuan ini akan membantu dalam pemberian penatalaksanaan yang berkualitas dan aman terhadap bayi BBLR. Dalam hal ini, penatalaksanaan perawatan pada bayi yang dilakukan oleh seorang ibu meliputi mempertahankan suhu dan kehangatan bayi BBLR di rumah, memberikan ASI kepada bayi BBLR di rumah dan mencegah terjadinya infeksi bayi BBLR (Girsang, 2009). Berdasarkan data WHO (2014) menemukan bukti yang kuat bahwa peningkatan nutrisi ibu walaupun dalam jangka pendek (selama intrauterine dan masa kanak-kanak) dapat meningkatkan potensi perkembangan.

Berikut adalah cara pemberian nutrisi atau asupan makanan pada bayi berat lahir rendah menurut Dutta, et al. (2015):

- 1) Pada bayi dengan berat <1 kg saat lahir, mulai asupan makanan 15-20 mL/kg/hari dan tingkatkan setiap 15-20 mL/kg/hari. Apabila

pemberian dapat ditoleril sampai 2-3 hari, pertimbangkan untuk tingkatkan lagi lebih cepat.

- 2) Untuk bayi yang berat lahirnya ≥ 1 kg, mulai asupan nutrisi 30 mL/kg/hari dan tingkatkan setiap 30 mL/kg/hari.

3. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan hidup yaitu kondisi yang menggambarkan kelahiran sekelompok atau beberapa kelompok wanita selama masa reproduksi (BKKBN, 2011). Paritas memiliki beberapa klasifikasi, yaitu:

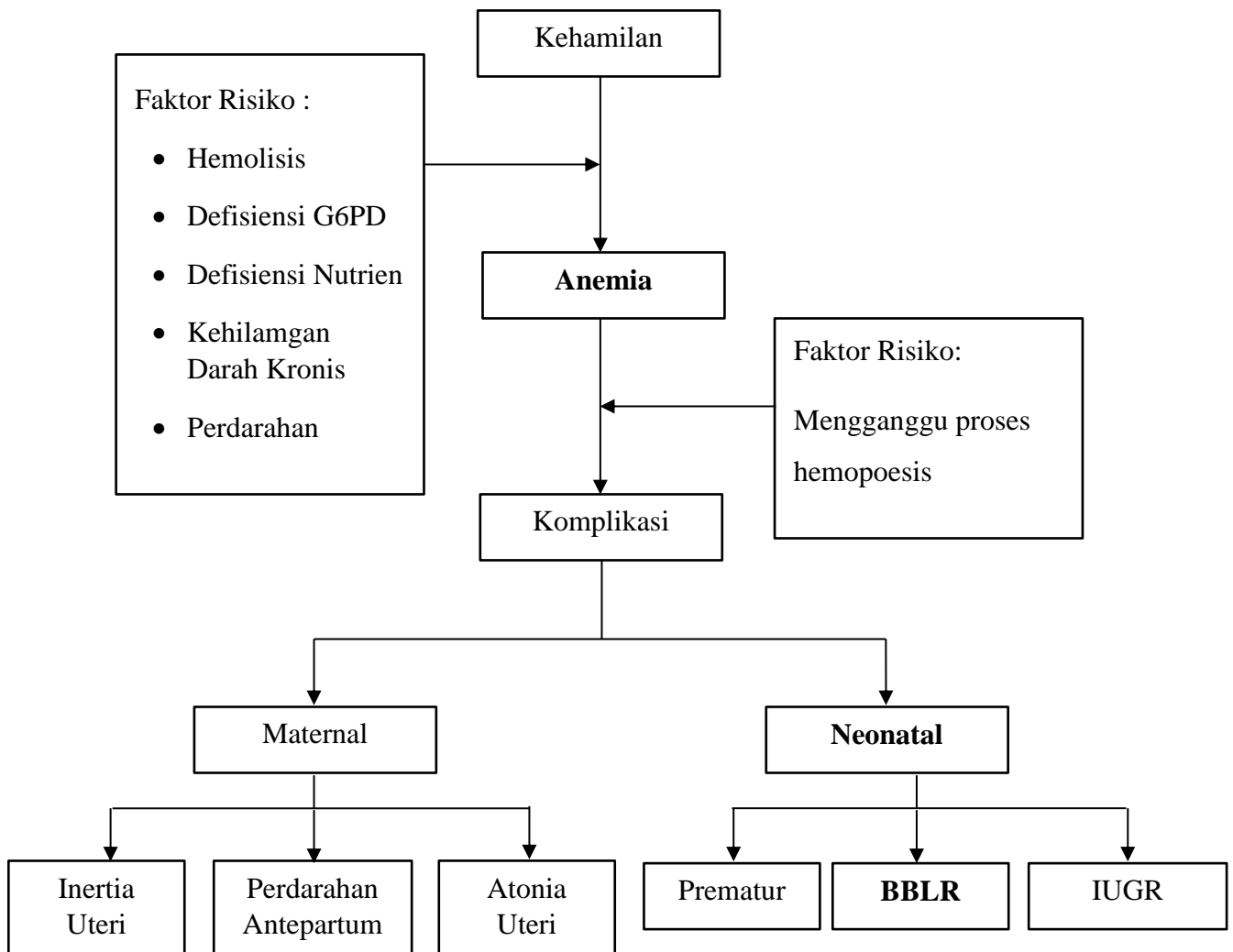
1) Primipara

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (Varney, 2006). Primipara juga berarti wanita yang pernah mengandung yang melahirkan fetus mencapai berat 500 gr atau umur gestasional 20 minggu, tanpa tergantung apakah anak itu hidup pada saat dilahirkan, dan apakah kelahiran tunggal atau kembar (Dorland, 2002).

2) Multipara

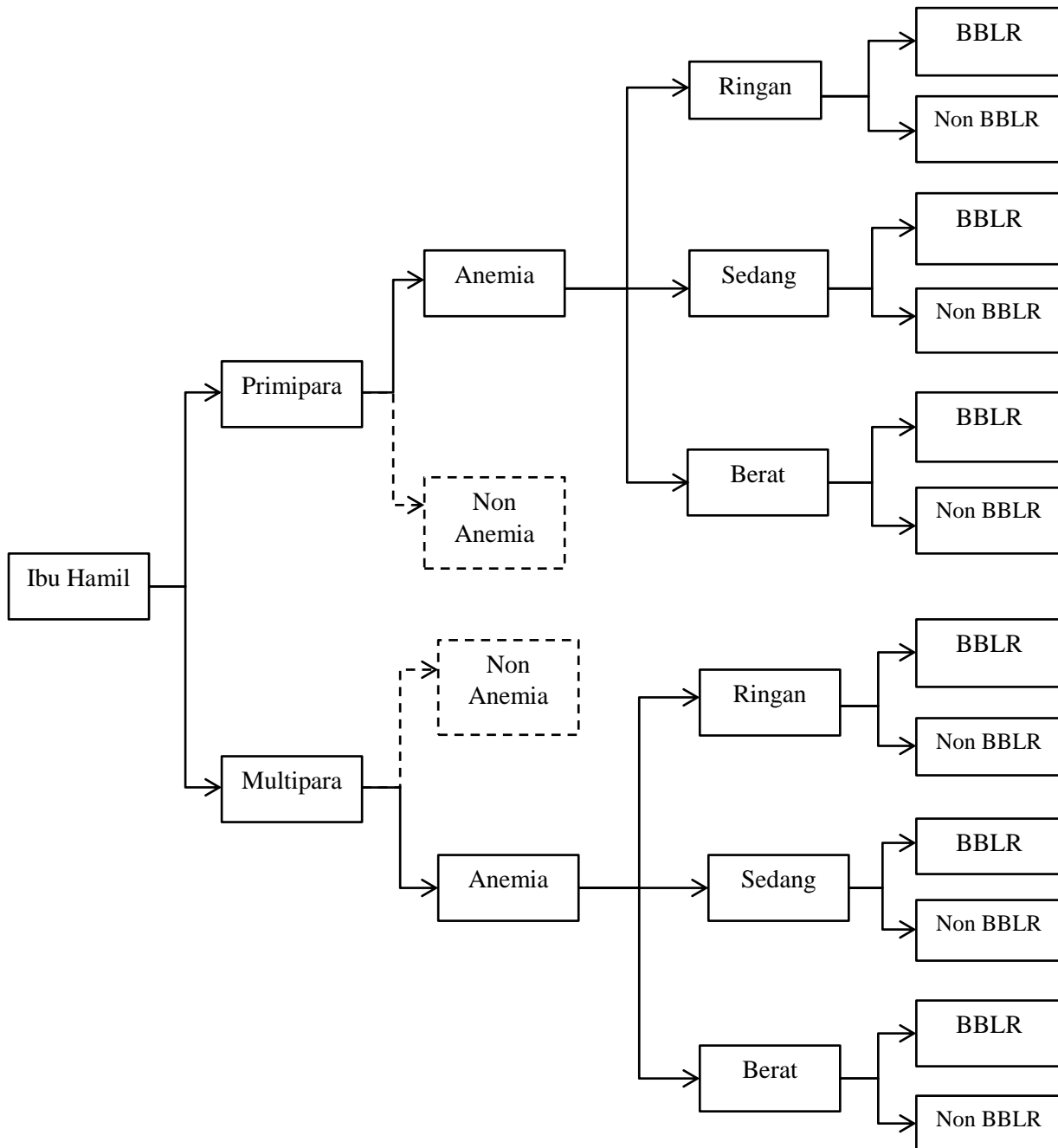
Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2009). Lebih lengkapnya, multipara adalah seorang perempuan yang telah hamil dua kali atau lebih yang menghasilkan janin hidup, tanpa memandang apakah anak itu hidup saat lahir. Juga ditulis para II, III, IV, dll., bergantung pada jumlah anak (Dorland, 2002).

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Bagan Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Bagan Kerangka Konsep

Keterangan:

————— : faktor yang diteliti

- - - - - : faktor yang tidak diteliti

D. Hipotesis

Hipotesis yang dikemukakan oleh penulis pada penelitian ini adalah bahwa terdapat perbedaan perbandingan kejadian anemia dalam kehamilan dengan bayi berat lahir rendah pada primipara dan multipara.