UNIVERSITAS INDONESIA

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KOMPLIKASI PASCA PERSALINAN DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)

TESIS

RINA WIJAYANTI

NPM : 1106120481

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARKAT

UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK JULI 2013

Diplindai dengan CamScanner

UNIVERSITAS INDONESIA

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KOMPLIKASI PASCA PERSALINAN DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

RINA WIJAYANTI

NPM : 1106120481

FAKULTAS KESEHATAN MASYARKAT

PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK JULI 2013

Dipindai dengan CamScanner

PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesisi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama	: RINA WIJAYANTI
NPM	: 1106120481
Tanda Tanggan	:
Tanggal	: 03 Juli 2013

Dipindai dengan CamScanner

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Rina Wijayanti

NPM :1106120481

Mahasiswa Program : Pascasarjana

Tahun Akademik : 2011/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Tesis saya ini yang berjudul:

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KOMPLIKASI PASCA PERSALINAN DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sangsi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 03 Juli 2013

Rina Wijayanti

Diplindai dengan CamScanner

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama	:	RINA WIJAYANTI
NPM	:	1106120481
Program Studi	:	Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis	:	Faktor-Faktor Yang Berhubungan DenganKomplikasi Pasca Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonseia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing	: DR. dr. Toha Muhaimin, M.Sc	.....
Penguji	: dr. Agustin Kusumayati, M.Sc, Ph.D	.....
Penguji	: Prof. Dr.dr.Sudarto R, SKM, M.Sc	.....
Penguji	: Ning Sulistyowati, SKM,M.Kes	.....
Penguji	: Dr. Luknis Sabri, SKM	.....

Dietetapkan di	: Depok	
Tanggal	: 03 Juli 2013	

Diplindai dengan CamScanner

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademi Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : RINA WIJAYANTI

NPM : 1106120481

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Departeman : Kesehatan Reproduksi

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneklusif (Non-Ekslusif Royalty Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudual

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KOMPLIKASI PASCA PERSALINAN DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)

Beserta seperangkat yang ada (jika diperlukan) Dengan Hak Bebas Royalti Nonekslusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/memformatkan, mengolah dalam bentuk perangkat data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal 03 Juli 2013

Yang menyatakan:

RINA WIJAYANTI

Dipindai dengan CamScanner

KATA PENGANTAR

بسم الله الرحمن الرحيم

Alhamdulillah... Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul "**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Pascapersalinan di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010)**".

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih atas kesediaan bimbingan dan dukungan moril yang telah diberikan antara lain kepada:

1. Dr. dr. Toha Muhaimin, M.Sc, selaku pembimbing akademik yang dalam kesibukannya telah memberikan bimbingan, dukungan dan pengarahan dengan penuh kesabaran untuk penulisan tesis ini.
2. dr. Agustin Kusumayati, M.Sc, PhD, selaku ketua program studi Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
3. Seluruh staf pengajar program studi kesehatan masyarakat Universitas Indonesia.
4. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan - Kementrian Kesehatan Republik Indonesia yang telah berkenan memebrikan informasi dan data Riskesdas 2010 untuk dilakukan analisis.
5. Mamah dan Ayah tercinta yang telah memberikan berlimpah dukungan, doa, kasih sayang, semangat dan juga kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan kuliah ini.
6. Semua kakak-kakakku yang telah memberikan doa, motivasi dan semangat pada penulis selama ini.
7. Teman-teman Kespro angkatan 2011 yang telah memebrikan motivasi pada penulis untuk menyelesaikan tesis ini
8. Semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Diplindai dengan CamScanner

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan dan penyusunan tesis ini. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan penelitian ini dan selanjutnya dari semua pihak sangat penulis harapkan.

Semoga ALLAH senantiasa memberikan Rahmat-Nya kepada kita semua, Amin.

Depok, Juli 2013

Penulis

Dipindai dengan CamScanner

ABSTRAK

Nama : Rina Wijayanti

Program Studi : S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat

Judul : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca Persalinan di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010)

Analisi data sekunder Riskesdas 2010 mengidentifikasi kejadian komplikasi pasaca persalinan di Indonesia. Sampel 9665 wanita yang berumur 10 – 59 tahun pernah kawin, hamil dan melahirkan anak terakhir dalam kurun waktu 5 tahun terkahir sebelum survai dan memiliki data lengkap sesuai dengan variabel yang akan diteliti. Variabel dependen komplikasi pasca persalinan. Hasil penelitian faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan, riwayat komplikasi kehamilan (OR = 2,18; 95% CI : 1,18–2,63; *P value* : 0,000); riwayat komplikasi persalinan (OR = 3,01; 95% CI : 2,66–3,40; *P value* : 0,000) dan penolong persalinan (OR = 1,32; 95% CI : 1,14–1,52; *P value* : 0,000).

kata kunci : komplikasi pasca persalinan, komplikasi, masa nifas, obstetri

Diplindai dengan CamScanner

ABSTRACT

Name : Rina Wijayanti

Study Program : Public Health

Title : Determinants of Postpartum Complications di Indonesia (Analysis Data Riskesdas 2010)

In depth analysis of the Riskesdas data 2010 identifity determinants of postpartum complication in Indonnesia. The sampel was taken 9.665 women aged 10-59 years old have been married, pregnant and gave birth to the last child in the last 5 years prior to the survey and had complete data in accordance with the variables to be studied. Dependent variable postpartum complications. The results of factors associated with postpartum complications, history of pregnancy complications (OR = 2.18, 95% CI: 1.18 to 2.63, P value: 0.000), a history of birth complications (OR = 3.01, 95% CI: 2.66 to 3.40, P value: 0.000) and birth attendants (OR = 1.32, 95% CI: 1.14 to 1.52, P value: 0.000).

keywords : Postpartum Complication, Complication, Postpartum, obstetric

DAFTAR ISI

Dipindai dengan CamScanner

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN ORISINILITAS ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
SURAT PERNYATAAN iv
KATA PENGANTAR v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI vi
ABSTRAK vii
ABSTRACT viii
DAFTAR ISI ix
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR GAMBAR xiii
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan Penelitian 5
1.4 Pertanyaan Penelitian 5
1.5 Manfaat Penelitian 6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
2.1 Komplikasi Kebidanan 7
2.1 Persalinan 8
2.2.1. Definisi Persalinan 8
2.2.2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan 8
2.2.3. Pembagian Persalinan 8
2.2.4. Kala atau Tahapan dalam Persalinan 9
2.3 Masa Nifas (Pascaperalinan/*Post Partum/Peurperium*) 10
2.3.1. Definisi Masa Nifas (Pascapersalinan/*Post Partum/Peurperium*) .. 10
2.3.2. Tahapan Masa Nifas 10
2.3.3. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas 11

Dipindai dengan CamScanner

2.3.4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas (*Post Partum/Peurperium*)..... 12
2.3.5. Komplikasi Masa Nifas (*Postpartum/Peurperium*)..... 14
2.4 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas..... 21
2.4.1 Adaptasi Psikologi Masa Nifas..... 21
2.4.2 *Postpartum Blues*..... 23
2.4.3 Depresi Berat..... 24
2.4.4 Psikosis Postpartum..... 25
2.5 Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca Persalinan..... 26
2.6 Kerangka Teori..... 51
BAB III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS..... 52
3.1 Kerangka Konsep..... 52
3.2 Definisi Operasional..... 53
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN..... 57
4.1 Desain Penelitian..... 57
4.2 Riset Kesehatan Dasar 2010 (Riskesdas 2010)..... 57
4.3 Sumber Data..... 59
4.4 Lokasi dan waktu penelitian..... 60
4.5 Populasi dan sampel..... 60
4.6 Cara Pengambilan Sampel..... 62
4.7 Pengolahan Data..... 54
4.8 Analisa Data..... 65
BAB V HASIL PENELITIAN..... 72
5.1 Gambaran Komplikasi Pascapersalinan..... 72
5.2 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Pascapersalinan..... 81
5.3 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Komplikasi Pascapersalinan..... 86

Dipindai dengan CamScanner

BAB VI PEMBAHASAN 87
6.1 Keterbatasan Penelitian 87
6.2 Hasil Penelitian 88
6.2.1 Gambaran Komplikasi Pasca Persalinan 88
6.2.2 Faktor-Faktor yang tidak Berhubungan dengan Komplikasi Pasca Persalinan 91
6.2.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca Persalinan 100
6.2.4 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Komplikasi Pasca Persalinan 106
BAB VII PENUTUP 108
7.1 Kesimpulan 108
7.2 Saran 109
DAFTAR PUSTAKA 110
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosis Demam Pacsa Persalinan 20
Tabel 3.1 Definisi Operasional 54

Dipindai dengan CamScanner

Tabel 4.1 Sumber Data Riskesdas 2010 60

Tabel 5.1.3a Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan... 74

Tabel 5.1.3b Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik Ibu yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010 74

Tabel 5.1.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Reproduksi.. 75

Tabel 5.1.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Kesehatan... 76

Tabel 5.1.6a Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden Menurut Pemeriksaan Antenatal di Indonesia (Riskesdas 2010) 78

Tabel 5.1.6b Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden Menurut Penolong Persalinan di Indonesia (Riskesdas 2010) 79

Tabel 5.1.6c Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden Menurut Tempat Persalinan di Indonesia (Riskesdas 2010) 79

Tabel 5.1.7 Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010 80

Tabel 5.2 Hasil Analisis Bivariat Variabel Independen dengan Variabel Dependen (Komplikasi Pasca Persalinan) Berdasarkan Data Riskesdas 2010 82

Tabel 5.3.1 Hasil Seleksi Bivariat 86

Dipindai dengan CamScanner

Tabel 5.3.2 Hasil Analisis Regresi Logistik Pemodelan Awal Multivariat..... 87

Tabel 5.3.3 Hasil Regresi Logistik Pengeluaran Varibael pada Pemodelan Multivariat 88

Tabel 5.3.5 Hasil Analisis Model Akhir Multivariat 88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori..... 51

Gambar 3.1 Kerangka Konsep..... 53

Gambar 4.5 Jumlah Sampel yang digunakan untuk Analisis Kesehatan Reproduksi pada Riskesdas 2010..... 61

Gambar 4.6 Bagan Cara pengambilan sampel..... 63

Gambar 5.1.1 Gambaran Kejadian Komplikasi Pasca Persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010..... 72

Gambar 5.1.2 Gambaran Jenis Komplikasi Pasca Persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010..... 73

Gambar 5.1.6 Jenis Riwayat Komplikasi Kehamilan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010..... 77

Dipindai dengan CamScanner

Gambar 5.1.7 Jenis Riwayat Komplikasi Persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010..... 77

Hhjj

Dipindai dengan CamScanner

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tinggi rendahnya Angka Kematian Ibu di suatu wilayah seringkali dijadikan indikator atau patokan yang menggambarkan besarnya masalah kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan dan sumber daya di suatu wilayah. Bila Angka Kematian Ibu (AKI) suatu wilayah atau negara semakin tinggi, maka dapat diasumsikan semakin buruknya kondisi kesehatan, pelayanan kesehatan dan sumber daya di wilayah tersebut. Selain itu AKI juga dijadikan sebagai indikator utama oleh dunia internasional dalam menentukan Indeks Pembangunan Manusia (IPM atau *Human Development Index* / HDI) suatu negara. Tinggi rendahnya IPM suatu negara digunakan untuk mengklasifikasi apakah suatu negara termasuk kelompok maju, berkembang atau terbelakang (Wijaya, 2012).

Indonesia merupakan salah satu negara yang masuk dalam kelompok negara berkembang. Hal ini terlihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia yang masih cukup tinggi. Indonesia juga merupakan salah satu negara dengan AKI tertinggi di ASEAN (*Association of Southeast Asian Nations*). Berdasarkan profil data kesehatan Indonesia 2011, AKI di Singapura, Brunei, Malaysia, Thailand, Vietnam dan Filipina tahun 2008 masing-masing sebanyak 9, 21, 31, 48, 56 dan 94 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian tersebut sangat jauh bila dibandingkan dengan Indonesia yang pada tahun 2008 sebanyak 228/100.000 kelahiran hidup (menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, 2007).

Memasuki awal tahun 2012 AKI mulai menjadi sorotan, terkait sulitnya mencapai target yang tinggal 3 tahun lagi yaitu target MDGs (*Millenum Development Gols*) 2015. Salah satu target MDGs yang ingin dicapai adalah sasaran MDGs ke 5 yaitu menurunkan AKI sebanyak tiga per empat dari kondisi tahun 1990-2015 yaitu menjadi 102/100.000 kelahiran hidup (Wijaya, 2012).

Dipindai dengan CamScanner

Tingginya angka kematian tersebut, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2010) disebabkan oleh perdarahan 28%, eklampsia 24%, infeksi 11% dan komplikasi puerpurium 8% yang merupakan penyebab kematian obstetrik secara langsung. Menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, penyebab langsung kematian ibu hampir 90 persen terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan (Depkes, 2004).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sarimawar dkk, (2011) menyatakan bahwa penyebab kematian maternal yang dikumpulkan dari data Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) 2007 dan studi Mortalitas – Surkesnas (Survei Kesehatan Nasional) 2001, tiga penyebab besar kematian menurut hasil Riskesdas 2007 adalah perdarahan postpartum (30%), kemudian komplikasi masa nifas (18 %), dan eklamsi (17%), sedangkan menurut studi Mortalitas Sukesnas 2001 adalah perdarahan postpartum (18%), pre-eklamsi (24%), komplikasi nifas (19%). Penyebab kematian ibu yang menunjukkan adanya peningkatan dari Mortalitas Sukesnas 2001 dan Riskesdas 2007 adalah perdarahan postpartum.

WHO (*World Health Organization*) 2008 mengemukakan bahwa kejadian kematian ibu paling banyak adalah pada waktu bersalin sebesar 50,09%, kemudian disusul pada waktu nifas sebesar 30,58 %, dan pada waktu hamil sebesar 19,33%. Menurut Maryunani (2009) bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Sedangkan menurut WHO (1998), perdarahan postpartum merupakan penyebab utama kematian ibu di dunia. Sebagian besar kematian 88%, terjadi dalam waktu empat jam setelah melahirkan yang disebabkan karena *atonia uteri*, dan sisa plasenta.

Berdasarkan hasil penelitian dari NMMS (*National Maternal Mortality Study*) 2000 yang dilakukan di Mesir, diketahui bahwa penyebab kematian ibu terdiri dari penyebab langsung (77%), penyebab tidak langsung (20%), dan penyebab lain yang tidak diketahui (3%). Dari 197 kematian ibu, perdarahan postpartum memilki kontribusi terbanyak yaitu 34%, sedangkan hipertensi, pre-eklamsi, eklamsi sebanyak 22%,

Dipindai dengan CamScanner

perdarahan antepartum 9%, sepsis 8%, dan *rupture uterus* 8%. Dilihat dari waktu kematian ibu menurut NMMS 2000 menunjukkan bahwa terbanyak adalah saat proses persalinan dan 24 jam pertama setelah peralinan yaitu sebanyak 49%, masa postpartum (2–42 hari pasca peralinan) 26%, kehamilan (usia 6-9 bulan) 16%, dan kehamilan (usia < 6 bulan) 9% (Campbell, 2005).

Beberapa keadaan pada ibu hamil yang mungkin dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pasca persalinan seperti infeksi post partum, antara lain anemia, hipertensi pada kehamilan, pemeriksaan pada vagina berulang-ulang, penundaan persalinan selama lebih dari enam jam setelah ketuban pecah, persalinan lama, operasi caesar, tertinggalnya bagian plasenta didalam rahim, dan terjadinya perdarahan hebat setelah persalinan (Prawirohardjo, 2008). Menurut McCharty and Mine (1992) bahwa terjadinya komplikasi pasca peralinan karena adanya kehamilan dan persalinan yang di pengaruhi oleh beberapa faktor seperti status wanita baik dalam keluarga ataupun masyarakat (pendidikan, pekerjaan, budaya, kepercayaan), status kesehatan ibu (status gizi, penyakit ibu, riwayat komplikasi kehamilan sebelumnya, riwayat persalinan sebelumnya), status reproduksi (usia, paritas, jarak kehamilan), akses ke pelayanan kesehatan (lokasi pelayanan kesehatan, jangkauan pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan), perilaku kesehatan (penggunaan kontrasepsi, pemeriksaan antenatal care, penolong persalinan, tempat persalinan, pelasanaan aborsi yang tidak aman, penggunaan fasilitas kesehatan ketika terjadi masalah kesehatan).

Upaya untuk mempercepat penurunan AKI telah dimulai sejak akhir tahun 1980-an melalui program *Safe Motherhood Initiative*. Pada akhir tahun 1990-an secara konseptual telah diperkenalkan upaya untuk menajamkan strategi dan intervensi dalam menurunkan AKI yaitu *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan oleh pemerintah pada tahun 2000. Berbagai upaya lain memang telah dilakukan untuk menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan balita. Mulai dari penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat (buku KIA dan P4K),

Dipindai dengan CamScanner

pembenahan fasilitas emergensi persalinan di Puskesmas dan RS, sampai program untuk menjamin pembiayaan 2,5 juta ibu hamil yang belum punya jaminan kesehatan melalui program Jaminan Persalinan (Jampersal), (Depkes, 2013).

Upaya lain yang terbaru dari pemeritah dalam mencapai tujuan keempat dan kelima dari MDGs adalah EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) yaitu sebuah program kerjasama Kementrian Kesehatan RI dan USAID selama lima tahun (2012-2016). Program EMAS mendukung pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten, dalam berjejaring dengan Organisasi Masyarakat Sipil, fasilitas kesehatan publik dan swasta, asosiasi rumah sakit, organisasi profesi, dan sektor swasta, dan lain-lain. Program ini akan berkontribusi terhadap percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% di Indonesia. Walaupun program ini hanya dikhususkan pada enam provinsi di Indonesia yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Tengah, Jawa Timur, Jawa Barat dan Sulawesi Selatan yang merupakan provinsi penyumbang terbanyak kematian ibu dan bayi atau kurang lebih 50% (Depkes, 2013).

Mengingat besarnya dampak komplikasi pasca persalinan tersebut maka dalam hal ini perlu diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut diketahui bahwa masalah kematian ibu merupakan masalah yang kompleks karena menyangkut banyak hal. Penyebab langsung dari kesakitan dan kematian maternal tersebut adalah komplikasi obstetric, terutama komplikasi pada saat pasca persalinan. Sebagian besar kematian ibu terjadi saat pasca persalinan terutama terjadi dalam waktu empat jam setelah melahirkan yaitu sebesar (88%). Adanya hal tersebut maka studi analisis mengenai faktor – faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia perlu diketahui.

1.3 Tujuan Penelitian

Dipindai dengan CamScanner

a. Tujuan Umum

Mengketahui gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia (Analisis data Riskesdas 2010).

b. Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran proporsi komplikasi pasca persalinan di Indonesia
2. Mengetahui gambaran hubungan antara karakteristik responden (pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, wilayah tempat tinggal) dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia.
3. Mengetahui gambaran hubungan antara riwayat status kesehatan (komplikasi kehamilan dan komplikasi persalinan) dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia.
4. Mengetahui gambaran hubungan antara status reproduksi (usia, paritas, jarak kelahiran) dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia.
5. Mengetahui gambaran hubungan antara perilaku kesehatan (pemeriksaan antenatal, penolong persalinan, dan tempat persalinan) dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia.
6. Mengetahui gambaran faktor yang paling berhubungan dengan komplikasi pasca persainan di Indonesia.

1.4 Pertanyaan Penelitian

a. Bagaimana gambaran komplikasi pasca persalinan di Indonesia
b. Bagaimana gambaran hubungan antara faktor risiko dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia
c. Faktor-faktor apa saja yang diduga berpengaruh dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia

1.5 Manfaat Penelitian

a. Bagi Institusi Memberikan informasi mengenai faktor–faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan
b. Memberikan masukan bagi perumusan kebijakan, khususnya dalam upaya pencegahan terhadap komplikasi pasca persalinan dan peningkatan program Kesehatan Ibu dan Anak

Dipindai dengan CamScanner

c. Memberikan masukan bagi kegiatan penelitian sejenis di masa yang akan datang

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif, yang menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* dengan data sekunder yakni data Riskesdas 2010. Terdiri dari dua variabel yaitu variabel dependen (komplikasi pasca persalinan) dan variabel independen (variabel bebas). Penelitian ini dilakukan pada seluruh wanita yang melahirkan anak dalam 5 tahun terakhir yang tercatat di laporan Riskesdas 2010. Pelaksnaan penelitian ini dilakukan pada bulan April – Mei 2013.

Dipindai dengan CamScanner

BAB II
TINJAUAN TEORI

2.1 Komplikasi Kebidanan

Komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan atau janin baik langsung maupun tidak langsung termasuk penyakit menular dan tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin yang tidak disebabkan trauma.

Komplikasi kebidanan : komplikasi langsung dan tidak langsung

a) Komplikasi langsung:

1. Komplikasi dalam kehamilan ; a) abortus, b) hiperemesis gravidarum, c) perdarahan per vaginam, d) hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), kehamilan lewat waktu, ketuban pecah dini.
2. Komplikasi dalam persalinan: a) kelainan letak /presentasi janin,b) partus lama (lilitan tali pusat, distosia), c) hipertensi dalam kehamilan, eklampsia), d) perdarahan paska persalinan, e) infeksi berat / sepsis, f) kontraksi dini/ persalinan prematur, kehamilan ganda, g) CPD (Cephalo Pelvix Disproportion).
3. Komplikasi dalam nifas: a) hipertensi dalam kehamilan (eklampsia), b) infeksi nifas, c) perdarahan nifas.

b) Komplikasi tidak langsung

1. Penyakit menular: a) TBC, b) HIV/AIDS, c) malaria, d) hepatitis, e) PMS, f) TORCH, g) diare dengan dehidrasi berat, h) pneumonia
2. Penyakit tidak menular ; a) hipertensi, b) asma bronchiale, c) Diabetes Mellitus, d) Penyakit jantung, e) Penyakit Ginjal, f)Tumor kandungan
3. Gangguan gizi : a) anemia, b) KEK, c) hiper/hipotiroidisme.

(dalam Standar Pelayanan Minimum, Depkes, 2008)

Dipindai dengan CamScanner

2.2 Persalinan

2.2.1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998).

Partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Prawirohardjo, 2008).

2.2.2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Ada beberapa faktor yang berperan dalam persalinan yaitu :

a. Tenaga atau Kekuatan (*power*); his (kontraksi uterus), kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis, ketegangan, kontraksi ligamentum rotundum, efektivitas kekuatan mendorong dan lama persalinan.
b. Janin (*passanger*); letak janin, posisi janin, presentasi janin dan letak plasenta.
c. Jalan Lintas (*passage*); ukuran dan tipe panggul, kemampuan serviks untuk membuka, kemampuan kanalis vaginalis dan introitus vagina untuk memanjang.
d. Kejiwaan (*psyche*); persiapan fisik untuk melahirkan, pengalaman persalinan, dukungan orang terdekat dan intregitas emosional.

(Muchtar, 1998)

2.2.3. Pembagian Persalinan

Menurut cara persalinan dibagi menjadi :

a. Persalinan biasa atau normal (eutosia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang, presentasi belakang kepala yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran itu berakhir dalam waktu kurang dari 24 jam tanpa tindakan/pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.
b. Persalinan abnormal adalah persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat maupun melalui dinding perut dengan operasi caesarea.

(Varney,2007)

2.2.4. Kala atau Tahapan dalam Persalinan

Dipindai dengan CamScanner

Tahap persalinan meliputi 4 fase/kala :

a. Kala I : Dinamakan kala pembukaan, pada kala ini serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Proses membukanya serviks dibagi atas 2 fase :
   1) Fase laten berlangsung selama 7-8 jam pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
   2) Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm dan fase dilatasi maximal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 menjadi 9 cm dan fase deselerasi pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap 10 cm.

   Kala I ini selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam sedang pada multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm tiap jam dan multigravida 2 cm tiap jam.

b. Kala II : Kala pengeluaran karena berkat kekuatan his dan kekuatan mengedan janin didorong keluar sampai lahir. Kala ini berlangsung 1,5 jam pada primigravida dan 0,5 jam pada multipara.

c. Kala III : Kala uri/plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Prosesnya 6-15 menit setelah bayi lahir.

d. Kala IV : Observasi dilakukan mulai lahirnya plasenta selama 1 jam, hal ini dilakukan untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum. Observasi yang dilakukan melihat tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus dan terjadinya pendarahan.

2.3 Masa Nifas (Pasca Persalinan/*Post Partum/Peurperium*)

Dipindai dengan CamScanner

2.3.1. Definisi Masa Nifas (Pasca persalinan/*Post Partum/Peurperium*)

Masa nifas yang disebut juga dengan *Post Partum* atau *Peurperium* adalah masa atau waktu sejak bayi dan plasenta dilahirkan sampai enam minggu berikutnya, di sertai juga dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan alat kandungan yang berkaitan saat melahirkan (Suherni, 2008).

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes, 2003).

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu. (Saefudin,2008).

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal. (F.Gary cunningham,Mac Donald,1995).

2.3.2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Saleha (2009) tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

a. Periode *immediate postpartum* : Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena *atonia uteri*. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi *uterus*, pengeluaran lokia, tekanan darah, dan suhu.
b. Periode *early postpartum* (24 jam - 1 minggu): Pada fase ini bidan memastikan *involusi uteri* dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.
c. Periode *late postpartum* (1 minggu - 5 minggu): Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari- hari serta konseling KB.

2.3.3. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Dipindai dengan CamScanner

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yang disesuiakan dengan program Jampersal, dengan frekuesi kunjungan sebegai berikut:

a. Kunjungan pertama, waktu 6 jam-2 hari setelah persalinan, dengan tujuan:
   1) Mencegah perdarahan masa nifas kerena *atonia uteri*
   2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, dan lakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
   3) Memberikan konseling pada ibu dan kelurga bagaimana mencegah perdarahan karena *atonia uteri*.
   4) Pemberian ASI (air susu ibu) awal
   5) Memberikan supervise kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan anatar ibu dengan bayi baru lahir
   6) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
b. Kunjungan kedua, 3-7 hari setelah persalinan, tujuan:
   1) Memastikan *involusi uterus* berjalan dengan normal.
   2) Evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
   3) Memasatikan ibu cukup makan, minum dan istirahat.
   4) Memastikan ibu menyususi dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
   5) Memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asauhan pada bayi.
c. Kunjungan ketiga, 8-28 hari setelah peralinan, tujuan:
   Sama seperti kunjungan hari 3-7 dengan di tambahkan pemberian konseling untuk penggunaan alat kontrasepsi dan pelayanan KB pasca persalinan.
d. Kunjungan keempat, 29-42 hari/6 minggu setelah persalian, tujuan:
   1) Menyakan penyulit-penyulit yang ada
   2) pelayanan keluraga berencana (KB)

2.3.4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas (*Post Partum/Peurperium*)

Dipindai dengan CamScanner

Dalam masa nifas alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat-alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut *involusi*. Disamping *involusi* ini, terjadi juga perubahan penting lain, seperti timbulnya laktasi yang dipengaruhi oleh *Lactogenic Hormone* dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mamma (Saifuddin et al, 2002).

Setelah janin dilahirkan *fundus uteri* kira-kira setinggi pusat; segera setelah plasenta lahir, tinggi *fundus uteri* kurang lebih 2 jari di bawah pusat. *Uterus* menyerupai suatu buah advokat gepeng berukuran panjang kurang lebih 15 cm, lebar kurang lebih 12 cm dan tebal kurang lebih 10 cm. Dinding *uterus* sendiri kurang lebih 5 cm, sedangkan pada bekas implantasi plasenta lebih tipis daripada bagian lain. Pada hari ke-5 *postpartum uterus* kurang lebih setinggi 7 cm di atas *simfisis* atau setengah *simfisis* pusat, sesudah 12 hari *uterus* tidak dapat diraba lagi di atas *simfisis*. Bagian bekas implantasi plasenta merupakan suatu luka yang kasar dan menonjol ke dalam *kavum uteri*, setelah persalinan. Penojolan tersebut, dengan diameter kurang lebih 7,5 cm, sering disangka sebagai suatu bagian plasenta yang tertinggal. Sesudah 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm dan pada 6 minggu telah mencapai 2,4 mm (Saifuddin, et al, 2002 & Mochtar, 1998).

Uterus gravidus aterm beratnya kira-kira 1000 gram. Satu minggu *postpartum* berat uterus akan menjadi kurang lebih 500 gram, 2 minggu *postpartum* menjadi 300 gram, dan setelah 6 minggu *postpartum*, berat *uterus* menjadi 40 sampai 60 gram (berat *uterus* normal kurang lebih 30 gram). Otot-otot uterus berkontraksi segera *postpartum*. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot *uterus* akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan (Saifuddin, et al, 2002).

Perubahan-perubahan yang terdapat pada *serviks* ialah segera *postpartum* bentuk *serviks* agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh *korpus uteri* yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan *serviks* tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara *korpus* dan *serviks uteri* terbentuk semacam cincin. Warna *serviks* sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak. Segera setelah janin dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat

Dilindai dengan CamScanner

dimasukkan ke dalam *kavum uteri*. Setelah dua jam hanya dapat dimasukkan 2-3 jari, dan setelah 1 minggu, hanya dapat dimasukkan 1 jari ke dalam *kavum uteri* (Saifuddin, et al, 2002 & Mochtar, 1998).

Perubahan-perubahan yang terdapat pada *endometrium* ialah terjadi degenerasi, dan *nekrosis* di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama *endometrium* yang kira-kira setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan *desidua* dan selaput janin. Setelah 3 hari, permukaan *endometrium* mulai rata akibat lepasnya sel-sel dari bagian yang mengalami degenerasi. Sebagian besar *endometrium* terlepas. Regenerasi *endometrium* terjadi dari sisa-sisa sel *desidua basalis*, yang memakan waktu 2 sampai 3 minggu. Jaringan-jaringan di tempat implantasi plasenta mengalami proses yang sama, ialah degenerasi dan kemudian terlepas. Pelepasan jaringan berdegenerasi ini berlangsung lengkap. Dengan demikian, tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas tempat implantasi plasenta (Winkjosastro, 2008).

Ligamen-ligamen dan *diafragma pelvis* serta *fasia* yang meregang sewaktu kehamilan dan *partus*, setelah janin lahir, berangsur-angsur ciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang *ligamentum rotundum* menjadi kendor yang mengakibatkan *uterus* jatuh ke belakang. Tidak jarang pula wanita mengeluh "kandungannya turun" setelah melahirkan oleh karena *ligament, fasia*, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendor. Luka-luka jalan lahir, seperti bekas *episiotomi* yang telah dijahit, luka pada *vagina* dan *serviks* bila tidak seberapa luas akan mudah sembuh, kecuali bila terdapat infeksi (Winkjosastro et al, 2008).

Sejak kehamilan muda, sudah terdapat persiapan-persiapan pada kelenjar-kelenjar mamma untuk menghadapi masa laktasi. Perubahan yang terdapat pada kedua mamma antara ain: 1) proliferasi jaringan, terutama kelenjar-kelenjar dan *alveolus mamma* dan lemak, 2) pada *duktus laktiferus* terdapat cairan yang kadang-kadang dapat dikeluarkan, cairan tersebut berwarna kuning (kolostrum), 3) *hipervaskularisasi* terdapat pada permukaan maupun pada bagian dalam mamma. Pembuluh-pembuluh vena berdilatasi dan tampak dengan jelas, 4) setelah *partus*, pengaruh menekan dari estrogen dan progesteron terhadap hipofisis hilang. Timbul pengaruh hormon-hormon hipofisis kembali, antara lain *lactogenic hormone* (prolaktin) yang akan dihasilkan pula. Mamma yang telah dipersiapkan pada masa hamil terpengaruhi, dengan akibat

Dipindai dengan CamScanner

kelenjar-kelenjar berisi air susu. Pengaruh oksitosin mengakibatkan *mioepitelium* kelenjar-kelenjar susu berkontraksi, sehingga pengeluaran air susu dilaksanakan. Umumnya produksi air susu baru berlangsung betul pada hari ke-2 sampai ke-3 postpartum (Rachimhadhi et al, 2002). Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^0$ Celcius. Sesudah 12 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu badan lebih dari $38,0^0$ Celcius, mungkin ada infeksi. Nadi umumnya berkisar antara 60-80 denyutan permenit. Segera setelah partus dapat terjadi bradikardia. Pada masa nifas umumnya denyut nadi lebih labil dibandingkan dengan suhu badan (Winkjosastro et al, 2002). Pada sistem pernapasan, fungsi pernapasan kembali pada rentang normal dalam jam pertama *pascapartum*. Napas Pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi abnormal (Varney, 2007).

Lokhea adalah sekret yang keluar dari kavum uteri dan vagina pada masa nifas. Pada hari pertama dan kedua lokhea *rubra* atau *kruenta,* terdiri atas darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa *verniks kaseosa, lanugo,* dan *mekonium*. Pada hari ke-3 sampai ke-7 keluar cairan berwarna merah kuning berisi darah dan lendir. Pada hari ke-7 sampai ke-14 cairan yang keluar berwarna kuning, cairan ini tidak berdarah lagi, setelah 2 minggu, lokhea hanya merupakan cairan putih yang disebut dengan lokhea alba (Mochtar, 1998).

2.3.5. Komplikasi Masa Nifas (*Postpartum/Peurperium*)

Masa nifas merupakan masa pengawasan dan masa pemulihan setelah persalinan. Masa ini membutuhkan segenap kemampuan baik fisik maupun psikologis. Banyak hal yang bisa terjadi pada masa nifas, ibu yang telah melahirkan dapat melalui proses masa nifas ini dengan lancar dan normal serta selamat, namun banyak pula masa nifas yang dilewati atau dialami dengan komplikasi akbiat dari kehamilan, peralinan ataupun komplikasi yang disebabkan oleh berbagai hal. Komplikasi masa nifas merupkan keadaan yang erat kaitannya dengan kematian ibu yang terjadi setelah persalinan. Komplikasi masa nifas ini merupakan salah satu determinan dekat yang

Dipindai dengan CamScanner

merupakan faktor kematian maternal. Berikut beberapa komplikasi yang biasa terjadi setelah persalinan.

a. Perdarahan *postpartum* (*Hemorargi postpartum*)

Hemoragic post partum (HPP) merupakan kasus komplikasi terbanyak dan merupakan penyebab utama dari kematian ibu (40-60%). HPP adalah perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin *(Depkes, 2002), sedangkan menurut Rustam Mochtar (1998), p*erdarahan post partum adalah perdarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir.

Menurut Williams (1998) HPP yaitu hilangnya darah lebih dari 500 ml dalam 24 jam pertama setelah lahirnya bayi. Berdasarkan waktu kejadiannya perdarahan pasca persalinan dibagi dua bagian, yaitu:

1) Perdarahan pasca persalinan dini (*Early Post Partum haemorrhage*, atau Perdarahan Pasca persalinan Primer, atau perdarahan pasca persalinan segera) adalah perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, robekan jalan lahir.
2) Perdarahan masa nifas/*Post partum Hemorargi* (PPH kasep atau Perdarahan Persalinan Sekunder atau perdarahan pasca persalinan lambat, atau *Late* PPH). yaitu perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama. Perdarahan pasca persalinan sekunder sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Faisal, 2008)

Faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya perdarahan pasca persalinan adalah grandemultipara, jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, dan persalinan yang dilakukan dengan tindakan yakni; pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa dan persalinan dengan narkosa atau persalinan yang dilakukan dengan menggunakan anastesi yang terlalu dalam (Manuaba, 1998).

Dipindai dengan CamScanner

Penyebab terjadinya perdarahan postpartum ialah sebagai berukut

a) *Atonia uteri* (relaksasi otot *uterus*) yaitu tidak berkontraksinya *uterus* dalam 15 detik pertama setelah pemijatan *fundus uteri* (*massase fundus*) segera setelah plasenta lahir (Depkes, 2008).

Atonia uteri merupakan kegagalan *miometrium* untuk berkontraksi setelah persalinan sehingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh, melebar, lembek dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi pembuluh darah. Akibat dari atonia uteri ini adalah terjadinya perdarahan. Perdarahan pada atonia uteri ini berasal dari pembuluh darah yang terbuka pada bekas menempelnya plasenta yang lepas sebagian atau lepas keseluruhan (Faisal, 2008).

Miometrium terdiri dari tiga lapisan dan lapisan tengah merupakan bagian yang terpenting dalam hal kontraksi untuk menghentikan perdarahan pasca persalinan. Miometrum lapisan tengah tersusun sebagai anyaman dan ditembus oleh pembuluh darah. Masing-masing serabut mempunyai dua buah lengkungan sehingga tiap-tiap dua buah serabut kira-kira berbentuk angka delapan. Setelah partus, dengan adanya susunan otot seperti tersebut diatas, jika otot berkontraksi akan menjepit pembuluh darah. Ketidakmampuan miometrium untuk berkontraksi ini akan menyebabkan terjadinya pendarahan pasca persalinan (Faisal, 2008). Atonia uteri dapat terjadi sebagai akibat :

- Partus lama
- Pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil, seperti ada hamil kembar, hidramnion atau janin besar
- Multiparitas
- Anestesi yang dalam
- Anestesi lumbal

Selain karena sebab di atas atonia uteri juga dapat timbul karena salah penanganan kala III persalinan, yaitu memijat uterus dan mendorongnya ke bawah dalam usaha melahirkan plasenta, dimana sebenarnya plasenta belum terlepas dari dinding uterus (Wiknjosastro, 2008).

Dipindai dengan CamScanner

b) *Retensio plasenta*

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir. Hal tersebut disebabkan (Wiknjosastro, 2008) :

1) Plasenta belum lepas dari dinding uterus

2) Plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan.

Bila plasenta belum lepas sama sekali tidak akan terjadi perdarahan, tapi bila sebagian plasenta sudah lepas akan terjadi perdarahan dan ini merupakan indikasi untuk segera mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus disebabkan :

1) Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (*plasenta adhesiva*)
2) Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus desidua sampai miometrium (*plasenta akreta*)
3) Plasenta merekat erat pada dinding uterus oleh sebab *villi korialis* menembus sampai di bawah peritoneum (*plasenta perkreta)*. Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran kontriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (*inkarserasio plasenta*).

c) Sisa Plasenta

Tertinggalnya sebagian dari plasenta, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Perdarahan postpartum yang terjadi segera jarang disebabkan oleh retensi potongan-potongan kecil plasenta. Inspeksi plasenta segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin. Jika ada bagian plasenta yang hilang, uterus harus dieksplorasi dan potongan plasenta dikeluarkan (Faisal, 2008).

d) Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina (Saifuddin, 2002). Setelah persalinan harus selalu dilakukan pemeriksaan vulva dan perineum.

Dipindai dengan CamScanner

Pemeriksaan vagina dan serviks dengan spekulum juga perlu dilakukan setelah persalinan. Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (ruptura uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arterill atau pecahnya pembuluh darah vena. Untuk dapat menetapkan sumber perdarahan dapat dilakukan dengan pemeriksaan dalam dan pemeriksaan spekulum setelah sumber perdarahan diketahui dengan pasti, perdarahan dihentikan dengan melakukan ligasi (Manuaba, 1998).

e) *Inversio Uteri*

Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri masuk ke dalam *kavum uteri*, dapat secara mendadak atau terjadi perlahan (Manuaba, 1998). Pada inversio uteri bagian atas *uterus* memasuki *kavum uteri*, sehingga *fundus uteri* sebelah dalam menonjol ke dalam *kavum uteri*. Peristiwa ini jarang sekali ditemukan, terjadi tiba-tiba dalam kala III atau segera setelah plasenta keluar. Sebab *inversio uteri* yang tersering adalah kesalahan dalam memimpin kala III, yaitu menekan *fundus uteri* terlalu kuat dan menarik tali pusat pada plasenta yang belum terlepas dari insersinya. Menurut perkembangannya *inversio uteri* dibagi dalam beberapa tingkat (Wiknjosastro, 2008) :

1) *Fundus uteri* menonjol ke dalam *kavum uteri*, tetapi belum keluar dari ruang tersebut
2) *Korpus uteri* yang terbalik sudah masuk ke dalam vagina
3) *Uterus* dengan vagina semuanya terbalik, untuk sebagian besar terletak di luar vagina.

Gejala-gejala *inversio uteri* pada permulaan tidak selalu jelas. Akan tetapi, apabila kelainan itu sejak awal tumbuh dengan cepat, seringkali timbul rasa nyeri yang keras dan bisa menyebabkan syok.

b. Infeksi *Puerperalis*

Dipindai dengan CamScanner

Infeksi *puerperalis* adalah infkesi yang terjadi di dalam struktur yang berhubungan dengan persalinan setelah melahirkan. Infeksi *puerperalis* juga merupakan penyebab morbiditas dan mortalitas ibu. Insiden kasus ini berkisar antara 1 – 8 % dari seluruh kelahiran, dan insiden lebih tinggi pada kelahiran sesar (Stight, 2005). Menurut Wiknjosastro dkk (2008) *sepsis puerperalis* adalah infeksi saluran genital yang terjadi setelah pecah ketuban atau mulas persalinan hingga 42 hari setelah persalinan atau aborsi, yang di tandai dengan adanya demam (suhu mencapai $\geq 38{,}0^0$ Celsius), nyeri panggul dan ngilu, cairan pervaginam yang abnormal, cairan berbau tidak normal atau busuk, dan terhambatnya involusi uterus.

Berdasarkan *Egyptian National Maternal Mortality Study* (ENMMS 2000) bahwa sepsis berhubungan dengan 45 kematian ibu, memberikan kontribusi 10% penyebab obstetric dan 8% dari semua kematian ibu. Hal serupa juga disampaikan oleh WHO (1999) bahwa insidensi infeksi nifas berkisar antara 2 – 8% dari seluruh wanita hamil dan memberikan kontribusi sebesar 8% terhadap kejadian kematian maternal setiap tahunnya.

Berikut ini merupakan diagnosis pembanding pada pasca persalinan yang disetai dengan demam.

Tabel 2.1 Diagnosis demam pasca persalinan

Gejala dan tanda yang selalu di dapat	**Gejala yang lain yang mungkin di dapat**	**Kemungkinan Diagnosis**

Dipindai dengan CamScanner

Nyeri perut bagian bawah, lokehia prulen dan berbau, uterus tegang dan subinvolusi	Perdarahan pervaginam Syok Peningkatan sel darah putih, terutama polimorfonuklear	Metritis (endometritis/endomiometritis)
Nyeri perut bagian bawah Pembesaran perut bawah Demam terus menerus	Dengan antibiotic tidak membaik Pembengkakan pada adneksa atau kavum Douglas	Abses pelvic
Nyeri perut bagian bawah Bisisng usus tidak ada	Perut yang tegang (reboun tendemess) Anoreksia/muntah	Peritonitis
Nyeri payudara dan tegang	Payudara yang mengeras dan membesar (pada kedua payudara) Biasanya terjadi anatra hari ke 3-5 pasca persalinan	Bendungan pada payudara
Nyeri payudara dan tegang/bengkak	Ada inflamasi yang didahului bendungan kemerehan yang batasnya tidak jelas pada payudara Biasanya hanya satu payudara Biasanya terjadi antara 3 – 4 minggu pasca persalinan	Mastitis
Payudara yang tegang dan padat kemerahan	Pembengkakan dengan adanya fluktuasi mengalir nanah	Abses payudara
Nyeri pada luka / irisan dan tegang / indurasi	Luka / irisan pada perut darineal yang mengeras/Indurasi Keluar pus Kemerahan	Selulitis pada luka (perinela/Abdominal)
Luka yang mengeras disertai pengeluaran cairan serous atau kemerahan dari luka; tidak ada atau sedikit erithema dekat luka insisi		Abses atau hematoma pada luka insisi
Disuria	Nyeri dan tegang pada daerah pinggang	Infeksi pada trakus urinarius

Dipindai dengan CamScanner

	Nyeri suprapublik Uterus tidak mengeras Menggigil	
Demam yang tinggi walau mendapat antibiatika Menggigil	Ketegangan pada otot kaki Komplikasi pada paru, ginjal, persendian, mata dan jaringan subkutan	Thrombosis vena dalam (deep vein thrombosis) (a) Tromboflebitis - pelviotrombo-flebitis - femoralis
Konsolidasi Batuk Peningkatan frekuensi nafas	Kerongkongan yang terasa penuh Keluar dahak Kesukaran bernafas Nyeri dada	Pneumonia
Menggigil	Pemebesar livir Pemebsaran limpa Kuning Nyeri epigastrium	Malaria Tifoid (b) Hepatitis (c)

sumber: JNPKR-KR Depkes, 2008

Catatan:

a. Beri infuse heparin
b. Obat abtibiotika dan berikan terapi suportif dan observasi
c. berikan terapi suportif (hepatoprotektor)

2.4 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

2.4.1 Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggungjawab bertambah dengan hadirnya bayi baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif bagi ibu. Berikut ini merupkan faktor – faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa post partum adalah:

1) Respon & dukungan dari keluarga dan teman
2) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi
3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
4) Pengaruh budaya

Dipindai dengan CamScanner

Dalam masa nifas ibu juga akan mengalami beberapa tahapan yang berpengaruh pada psikologis ibu. Menurut Reva Rubin (1977) yang dikutip oleh Suherni, dkk (2009) ada tiga fase yang mempengaruhi adaptasi setetelah melahirkan :

a. Fase *Taking in*

Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini ibu lebih berfokus pada dirinya sendiri dan akan berulang menceritakan pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan. Gangguan psikologis yang mungkin bisa terjadi pad fase ini adalah:

1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diingkinkan tentang bayinya missal jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lain-lain.
2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu missal rasa mules karena rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tesebut bukan hanya tanggung jawab ibu semata.

b. Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* yaitu periode yang belangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Hubungan komunikasi dan adanya dukungan moril sangat membantu dalam menumbuhkan rasa kepercayaan diri ibu.

c. Fase *Letting Go*

Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan pearan barunya. Fase ini berlangusng sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan bayinya dan mulai memahami akan tangguang jawab

Dipindai dengan CamScanner

sebagai seorang ibu. Dukungan suami dan keluarga masih memiliki peran penting pada fase ini. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya

2.4.2 *Postpartum Blues*

Depresi sesudah melahirkan adalah ganguan psikologis yang sering dikenal dengan istilah depresi postpartum atau *baby blues* atau *postpartum blues*. Post partum blues merupakan masa transisi mood setelah melahirkan yang sering terjadi pada 50 – 70 % wanita.

Post partum blues atau sering juga disebut maternity blues atau sindroma ibu baru di mengerti sebagai suatu sindroma gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan yang ditandai dengan geajala-gejala sebagai berikut:

1) Reaksi depresi/sedih/disforia
2) Sering menangis
3) Mudah tersinggung (iritabilitas)
4) Cemas
5) Labilitas perasaan
6) Cenderung menyalahkan diri sendiri
7) Ganguan tidur dan gangguan nafsu makan
8) Kelelahan
9) Mudah sedih
10) Cepat marah
11) Mood mudah berubah, cepat menjadi sedih dan cepat pula gembira
12) Perasaan terjebak, marah kepada pasangan dan bayinya
13) Perasaan bersalah
14) Sangat pelupa

Faktor-faktor penyebab timbulnya post partum blues:

a. Faktor hormonal berupa perubahan kadar estrogen, progresteron, prolaktin dan estriol yang terlalu rendah. Kadar estrogen turun secara bermakna setelah melahirkan ternyata estrogen memiliki efek supresi aktifitas enzim

Dipindai dengan CamScanner

nonadrenalin maupun serotin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi.

b. Ketidaknyamanan fisik yang dialami oleh wanita menimbulkan ganguan pada emosional seperti payudara bengkak, nyeri jahitan, rasa mules.
c. Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan emosional yang kompleks
d. Faktor umur dan paritas (jumlah anak)
e. Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan
f. Latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan jiwa sebelumnya, social ekonomi.
g. Kecukupan dukungan dari lingkungannya (suami, keluarga dan teman)
h. Stress dalam keluarga misalnya faktor ekonomi memburuk, persoalan dengan suami, problem dengan orang tua atau mertua.
i. Kelelahan pasca persalinan
j. Perubahan peran yang dialami ibu.
k. Rasa memiliki bayi yang terlalu dalam sehingga timbul rasa takut yang berlebihan akan kehilangan bayinya.
l. Problem anak setelah kelahiran bayinya, kemungkinan timbul rasa cemburu dari anak sebelumnya sehingga hal tersebut cukup mengganggu emosional ibu.

2.4.3 Depresi Berat

Depresi berat dikenal dengan istilah sindroma depersi non psikotik pada kehamilan namum umumnya terjadi pada beberapa minggu sampai bulan setelah kelahiran. dalam bununya Suherni dkk (2009), menjelaskan bahwa depersi post partum biasnya di tandai dengan adanya gejala-gejala sebegai berikut:

a. Perubahan pada mood
b. Gangguan pola tidur
c. Perubahan mental dan libido
d. Dapat pula muncul fobia, ketakuatn akan menyakiti diri sendiri dan bayinya.

Dipindai dengan CamScanner

Deperesi berat akan memiliki risiko tinggi pada wanita atau keluarga yang pernah mengalami kelainan psikiatrik atau pernah mengalami premenstrual sindrom. Kemungkinan rekuren pada kehamilan berikutnya.

2.4.4 Psikosis Post Partum

Insiden terjadinya psikosis post partum adalah 1 – 2 per 1000 kelahiran. Kasus ini memebutuhkan perawatan khusus karena dapat menampakkan gejala yang membahayakan seperti menyakiti diri sendiri dan bayinya. Rekurensi dalam masa kehamilan mencapai 20 – 30%. Kasus ini terjadi di beberapa hari sampai 4-6 minggu post partum. Berikut ini Faktor pemicu terjadinya psikosis post partum menurut Suherni dkk, (2009): Adanya riwayat keluarga menderita kelainan psikiatri, riwata penyakit dahulu (riwayat penyakit psikiatri), dan adanya masalah keluarga (perkawinan). Sedangkan gejala yang timbul pada kasus ini adalah adanya ganguan tidur, cepat marah, gaya bicara yang keras dan menarik diri dari pergaulan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Indiani Sri dan Bastaman Basuki (2012) mengenai *Postpartum depression in Indonesian women: a national study* di dapatkan hasil bahwa prevalensi rasa sedih pasca persalinan sebesar 2,32% (440/18937). Wanita yang melahirkan bayi dengan ukuran sangat kecil berisiko tertinggi mengalami (4,8 kali lipat) rasa sedih pasca persalinan [rasio odds suaian (OR= 4,84; 95% interval kepercayaan (CI) = 2,89 - 8,12], dan yang mempunyai bayi kecil 67% lebih besar mengalami rasa sedih pasca persalinan (OR=1,67; 95% CI = 1,20 - 2,33). Selain itu wanita yang mengalami komplikasi pasca persalinan berisiko lebih besar mengalami rasa sedih pasca persalinan. Dibandingkan dengan yang tidak mengalami komplikasi, wanita yang mengalami pecah ketuban dini mengalami risiko lebih tinggi 6 kali lipat (OR=6,02; 95% CI=4,63-7,83), disusul yang mengalami partus macet (OR=5.75; 95% CI=3,05-10,85).

2.5 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca Persalinan

Dipindai dengan CamScanner

Beberapa situasi dan kondisi serta keadaan umum seoarang ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan dan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Kondisi terebut dibedakan dalam dua faktor yaitu faktor medis dan non medis (Mucthar Rustam, 1998). Berikut ini merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan.

a. **Faktor Medis/Faktor langsung,** antara lain penyakit-penyakit ibu dan janin (seperti: anemia, hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, penyakit saluran kencing, penyakit hati, penyakit paru dan penyakit-penyakit lain dalam kehamilan), kelainan obstetrik, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, penyakit neonatus dan kelainan genetik.
b. **Faktor Non Medis/Faktor Tidak langsung** merupakan salah satu faktor yang memepengaruhi situasi dan kondisi serta keadaan umum ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas yang dapat memberikan ancaman pada kesehatan dan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Faktor non medis meliputi status gizi buruk, status sosial ekonomi yang rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasiltas dan sarana kesehatan yang tersedia, kemiskinan, ketidak tahuan, adat, tradisi, kepercayaan, dan lain-lain. Hal ini banyak terjadi terutama pada negara berkembang, yang berdasarkan penelitian ternyata sangat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas (UNICEF, 2009).

2.5.1 Pendidikan

Menurut Ottawwa Charter (1986) yang dikutip dari Notoatmodjo (2010), memberikan pengertian pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial, budaya, dan sebagainya).

Dipindai dengan CamScanner

Wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya, sedangkan wanita dengan tingkat pendidikan yang rendah, menyebabkan kurangnya pengertian mereka akan bahaya yang dapat menimpa ibu hamil maupun bayinya terutama dalam hal kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan yang dapat berdampak pada komplikasi pasca persalinan (Depkes, 2004).

Ibu – ibu terutama di daerah pedesaan dengan pendidikan rendah, tingkat independensinya untuk mengambil keputusanpun rendah dan berdasarkan pada budaya 'berunding' yang berakibat pada keterlambatan merujuk. Sedangkan kemiskinan dapat menjadi sebab rendahnya peran serta masyarakat pada upaya kesehatan. Kematian maternal sering terjadi pada kelompok miskin, tidak berpendidikan, tinggal di tempat terpencil, dan mereka tidak memiliki kemampuan untuk memperjuangkan kehidupannya sendiri (Depkes, 2004).

Pada penelitian yang terkait dengan pendidikan menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara kejadian komplikasi. Berdasarkan penelitian Yakin (2001) menyatkan bahwa ibu yang tidak sekolah mempunyai kemungkinan untuk terjadi komplikasi persalinan sebesar 1,41 kali lebih besar disbanding dengan ibu yang mempunayi pendidikan akademi atau Universitas (95% CI 1,13 – 1,77).

2.5.2 Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang dimasyarakat. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan (Friedman, 2004). Pada ibu yang bekerja disektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan. Informasi kesehatan ini termasuk informasi tentang pelayanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan. Ibu yang bekerja disektor formal lebih tinggi proporsinya dalam memanfaatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar dibandingkan ibu yang tidak bekerja di sektor formal (Depkes, 1998).

2.4.3 Status Ekonomi

Dipindai dengan CamScanner

Status sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam masyarakat, status sosial ekonomi adalah gambaran tentang keadaan seseorang atau suatu masyarakat yang ditinjau dari segi sosial ekonomi, gambaran itu seperti tingkat pendidikan, pendapatan dan sebagainya. Status ekonomi kemungkinan besar merupakan pembentuk gaya hidup keluarga. Pendapatan keluarga memadai akan menunjang tumbuh kembang anak. Karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer maupun sekunder (Soetjiningsih, 2004).

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok (Kartono, 2006).

Ibu dengan status ekonomi baik maka akan ada kecenderungan dalam pemanfaatan pemilihan pertolongan persalinan. Sebaliknya jika ibu dengan status ekonomi kurang maka memiliki kesulitan dalam pencarian penolong persalinan.

Berdasarkan hasil penelitian Sugiharti,dkk (2004) bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan pemanfaatan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan, dimana nilai p= 0,000 dengan odds rasio 2,640 yang artinya ibu dengan status ekonomi kurang mempunyai kecerendungan 2,640 kali lebih tinggi dalam memanfaatkan tenga non kesehatan sebagai penolong persalinan di banding dengan statsu ekonomi mampu.

Menurut Yakin (2001) hasil penelitiannya menunjukkan ada hubungan bermakna antara status ekonomi dengan kejaidan komplikasi p[ersalinan. Didapkan odds rasio dari yang status ekonomi sebesar 1,20. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang berstatus ekonomi rendah mempunyai kemungkinan untuk terjadainya komplikasi persalinan sebesar 1,20 kali lebih besar disbanding dengan ibu yang tidak memiliki status ekonomi tinggi (P Value=0,000) (95%, CI=1.31-1,29).

2.4.4 Wilayah Tempat Tinggal

Dipindai dengan CamScanner

Wilayah tempat tinggal erat kaitannya dengan kemudahan dalam medapatkan pelayanan kesehatan. Wilayah tempat tinggal dibedakan menjadi dua yakni pedesan dan perkotan. Ibu yang tinggal di perdesaan cenderung tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang biasanya beralasan jauh dari tempat tinggal. Hal ini juga terkait dengan kematian ibu akibat tiga terlambat, salah satu faktor keterlambatan dalam mencapai tempat pelayanan kesehatan guna mendapatkan pertolongan kegawatdaruratan karena faktor-faktor personil dan sarana yang tidak memadai, personil yang tidak terlatih dan masalah keuangan (Kemenkes RI, 2007).

Pada hasil penelitian sebelumnya wilayah tempat tinggal menjadi faktor risiko terjadinya komplikasi persalinan. Hasil penelitian Sihombing (2004) menuunjukkan bahwa ibu yang tinggal di pedesan memiliki risiko 2,77 kali lebih besar terjadi komplikasi persalinan di banding dengan ibu yang tinggal di perkotaan (p value= 0,00).

Faktor daerah dan kawasan sebenarnya berkaitan dengan ekonomi, pendidikan, dan sarana yang tersedia. Untuk daerah perdesaan dan kawasan Timur Indonesia, ekonomi, pendidikan dan ketersediaan sarana relative lebih rendah dibanding dengan daerah perkotaan dan kawasan Barat Indonesia (Jawa-Bali dan Sumatra). Hasil penelitian menunjukkan bahwa risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan pada daerah perdesaan sebesar 1,8 kali dibandingkan dengan daerah pekotaan (Senewe, 2004).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hapsari, Dwi, dan Ning (2005) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara daerah tempat tinggal ibu dengan gangguan pada masa nifas. Hasil menunjukkan nilai p=0,003 dengan OR 14,08 (95%, CI= 1,10 – 179,79), yang artinya bahwa ibu yang tinggal di pedesaan memilki risiko 14,08 kali lebih besar dibandaing ibu yang tinggal di perkotaan untuk terkena gangguan masa nifas.

2.4.5 Usia Ibu

Dipindai dengan CamScanner

Usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun merupakan usia berisiko untuk hamil dan melahirkan (Depkes, 1994). Usia < 20 tahun dan > 35 tahun memiliki risiko terhadap komplikasi kehamilan, persalinan bahkan pasca persalinan. Hal ini dikarenakan secara fisik dan mental pada usia < 20 tahun belum berkembang secara optimal dan matang, sedangkan pada usia > 35 tahun memiliki risiko karena pada usia tersebut kondisi kesehatan ibu mulai menurun, fungsi rahim menurun, kualitas sel telur berkurang dan meningkatnya komplikasi medis berhubungan dengan penyakit degenerative, hipertensi dan diabetes militus (BKKBN, 2007). Komplikasi yang sering timbul pada kehamilan di usia muda adalah anemia, partus prematur, partus macet, preeklamsi, perdarahan post partum dan sepsis yang berdampak terhadap kemtian ibu dan bayi (Nour, 2009). Pada kehamilan diatas usia 35 tahun menyebabkan wanita terpapar pada komplikasi medik dan obstetrik. Kejadian perdarahan pada usia kehamilan lanjut meningkat pada wanita yang hamil di usia > 35 tahun, dengan peningkatan insidensi perdarahan akibat solusio plasenta dan plasenta previa.

Hasil penelitian Senewe (2004) menunjukkan hubungan yang berarti antara umur ibu dengan komplikasi persalinan (P Value = 0,000, di mana besar OR ibu yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun adalah 1,3 dibanding ibu yang berumur 21-34 tahun. Artinya ibu yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun berisiko untuk mengalami komplikasi persalinan sebesar 1,3 kali dibanding dengan ibu yang berumur 2 1-34 tahun.

Menurut hasil penelitian Yakin (2001) umur ibu juga mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi peralinan dengan P Value 0,01, (OR =1,18), hal ini berarti bahwa ibu yang berumur ≤ 19 tahun mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan seberar 1,18 kali lebih besar disbanding dengan ibu yang berumur 20 – 34 tahun (95%, CI: 1,06 – 1,32).

Pada faktor ibu saat melahirkan terlihat perbedaan yang sangat mencolok antara kelompok umur ibu yang aman untuk melahirkan dengan yang melahirkan pada kelompok umur berisiko. Ibu yang melahirkan pada umur dibawah 20 tahun dan di atas 35 tahun sebesar 11% mengalami gangguan pada masa nifas. presentase tersebut

Dipindai dengan CamScanner

tinggi jika dibandingkan dengan ibu yang melahirkan pada umur 20-35 tahun, hanya 4%. Pada perhitungan statistik menunjukkan p value = 0,17, OR 2,61 (95% CI= 0,72 – 9,41) (Hapsari, Dwi dan Ning S, 2005).

2.4.6 Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup atau mati, bukan jumlah janin yang dilahirkan (Jensen, Bobak, Lowdermik, 2004)

Menurut Dorland (2002) paritas adalah keadaan seorang wanita sehubungan dengan kelahiran anak yang dapat hidup.

Paritas menurut James (2001) dibedakan menajdi empat yang terdiri dari :

a. Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi viable.
b. Primipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan bayi viable satu kali.
c. Multipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan bayi viable sebanyak dua kali atau lebih.
d. Grande Multipara adalah seorang wanita yang melahirkan bayi viable lebih dari atau sama dengan empat kali.

Wanita yang dengan paritas tinggi memiliki risiko lebih besar terhadap komplikasi maternal. Komplikasi yang paling sering terjadi pada paritas tinggi adalah persalinan dan pasca persalinan karena perdarahan post partum yaitu akibat *atonia uteri*. Hal ini terjadi karena ketidakmampuan otot rahim (*neometrium*) untuk berkontraksi setelah partus atau setelah persalinan berlangsung. Lemahnya otot rahim pada paritas tinggi terjadi karena pada wanita yang sering melahirkan otot uterus sering mengalami peregangan sehingga mengakibatkan menipisnya dinding uterus (Manuaba, 1998).

Pecahnya uterus merupakan komplikasi persalinan yang sering terjadi pada ibu yang sebelumnya telah melahirkan beberapa orang anak. Jika hal ini terjadi maka ibu akan merasakan nyeri tekan dan sakit pada perut bagian atas yang diikuti perdarahan akibat robekkan pada pembuluh darah uterus. Dampak perdarahan terebut dapat berlangsung sampai pascaperalinan.

Dipindai dengan CamScanner

Berdasakan penelitian yang dilakukan oleh Arrmagustini (2010) paritas memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan kejadian komplikasi persalinan. Hasil penelitian menunjukkan P Value 0.002 dengan OR 1,19 (95%, CI = 1,06 – 1,32) yang artinya bahwa ibu yang memiliki paritas 1 atau ≥ 4 memiliki risiko 1,19 lebih besar dari ibu dengan paritas 2 – 3.

Menurut Yakin (2001) dalam penelitiannya menunujukkan bahwa *odds rasio* pada paritas ≥ 4 anak sebesar 1,24 kali. Hal ini berarti ibu yang mempunyai paritas ≥ 4 anak mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan sebesar 1,24 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang mempunyai paritas 2-3 anak (95%, CI 1,15 – 1,35).

Hasil penelitian Miswarti (2007) diketahui bahwa X^2 hitung > X^2 tabel, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara perdarahan postpartum dengan paritas di RSUP M. Djamil Padang.

2.4.7 Jarak Kelahiran

Pemulihan setelah melahirkan perlu dilakukan oleh setiap ibu. Hal tersebut karena proses melahirkan membutuhkan tenaga, pikiran, hingga keberanian dari setiap ibu. Semua itu terbayarkan saat mendengar tangisan bayi yang lahir setelah sembilan bulan dinantikan. Setelah melahirkan mungkin ibu akan merasakan beberapa hal yang kurang nyaman. Seperti perasaan nyeri, pegal sampai *baby blues syndrome* yang biasanya dialami oleh para ibu baru. Hal seperti ini yang harus segera dipulihkan agar tidak berlanjut pada stres yang berkepanjangan.

Bagi ibu yang melahirkan normal, disarankan, kehamilan berikutnya diatur pada saat si kecil sudah berusia 2 hingga 5 tahun, hal ini meningat masa pemulihan alat reproduksi ibu dan psikologis, sedangkan bagi ibu pascabersalin sesar, jarak ideal untuk kembali hamil sekitar 18 bulan. Rentang waktu ini diperlukan untuk memberi kesempatan pada ibu agar dapat melahirkan normal, jika syarat-syarat untuk melahirkan normal terpenuhi. Untuk itu, sebelumnya ibu akan menjalani semacam skoring tes kemampuan dapat tidaknya ibu melahirkan normal (*vaginal birth after caesarean scores*).

Dipindai dengan CamScanner

Jarak kehamilan yang berdekatan (di bawah rentang waktu 18 bulan) amat tidak disarankan karena berisiko tinggi. Luka jahitan yang baru sembuh dapat teregang kembali akibat kehamilan. Apalagi pada teknik sesar dengan membuka lapisan bawah rahim membutuhkan waktu penyembuhan yang lama. Setelah operasi, lokasi daerah tempat irisan operasi tersebut pun umumnya dapat menjadi lebih tipis dari sebelumnya (< 3 mm). Bila ibu dalam waktu dekat kembali melahirkan, apalagi jika bayinya besar, bekas jahitan yang tipis tersebut akan teregang dan berisiko sobek tanpa ketahuan (silence rupture). Gejala yang muncul hanyalah berupa kontraksi-kontraksi ringan-sedang. Maka itulah, bagi ibu hamil yang pernah menjalani sesar (apalagi jika lebih dari 2 kali) perlu diwaspadai jika mengalami kontraksi pada usia-usia kehamilan mendekati hamil tua (kurang lebih 36 minggu).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sihombing (2004) menunjukkan hasil yang signifikan bahwa jarak kelahiran dengan komplikasi persalinan yaitu memiliki faktor risiko sebesar 6,01 kali pada ibu yang memiliki jarak kelahiran < 2 tahun di bandingkan dengan ibu yang memiliki jarak ≥ 2 tahun.

2.4.8 Pemeriksaan Antenatal

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberiaan ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2008).

Menurut Prawiroharjo (2005), pemeriksaan kehamilan merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental.

Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pada setiap kunjungan *Antenatal Care* (ANC), petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnesis dan

Dipindai dengan CamScanner

pemeriksaan fisik untuk mendapatkan diagnosis kehamilan intrauterine serta ada tidaknya masalah atau komplikasi (Saifudin, 2005).

Menurut Henderson (2006), kunjungan *Antenatal Care* (ANC) adalah kontak ibu hamil dengan pemberi perawatan/asuhan dalam hal mengkaji kesehatan dan kesejahteraan bayi serta kesempatan untuk memperoleh informasi dan memberi informasi bagi ibu dan petugas kesehatan.

Kunjungan antenatal untuk pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan anak minimal empat kali selama kehamilan dalam waktu sebagai berikut : sampai dengan kehamilan trimester pertama (<14 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester kedua (14-28 minggu) satu kali kunjungan dan kehamilan trimester ketiga (28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan (Saifuddin, 2005).
Menurut Departemen Kesehatan RI (2002), pemeriksaan antenatal dilakukan dengan standar pelayanan antenatal dimulai dengan :

a. Anamnese : meliputi identitas ibu hamil, riwayat kontrasepsi/KB, kehamilan sebelumnya dan kehamilan sekarang.
b. Pemeriksaan umum : meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan.
c. Pemeriksaan laboratorium dilakukan hanya atas indikasi/diagnosa
d. Pemberian obat-obatan, imunisasi Tetanus Toxoid (TT) dan tablet besi (fe)
e. Penyuluhan tentang gizi, kebersihan, olah raga, pekerjaan dan perilaku sehari-hari, perawatan payu dara dan air susu ibu, tanda-tanda risiko, pentingnya pemeriksaan kehamilan dan imunisasi selanjutnya, persalinan oleh tenaga terlatih, KB setelah melahirkan serta pentingnya kunjungan pemeriksaan kehamilan ulang.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2002), kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dengan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Istilah kunjungan disini dapat diartikan ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan atau sebaliknya petugas kesehatan yang mengunjungi ibu hamil di rumahnya atau posyandu. Kunjungan ibu hamil dilakukan secara berkala yang dibagi menjadi beberapa tahap, seperti :

Dipindai dengan CamScanner

a. Kunjungan ibu hamil yang pertama (K1)

Kunjungan K1 adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan trimester I, dimana usia kehamilan 1 sampai 12 minggu.

b. Kunjungan ibu hamil yang keempat (K4)

Kunjungan K4 adalah kontak ibu hamil yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester III, usia kehamilan > 24 minggu.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama masa kehamilan dengan distribusi kontak sebagai berikut :

a. Minimal 1 kali pada trimester I (K1), usia kehamilan 1-12 minggu

b. Minimal 1 kali pada trimester II, usia kehamilan 13-24 minggu

c. Minimal 2 kali pada trimester III, (K3-K4), usia kehamilan > 24 minggu.

Berdasarkan penelitian Armagustini (2010) terhadap hubungan antara kunjungan antenatal care dengan kejadian komplikasi persalinan, dimana nilai p=0,003 dengan OR 0,88 yang artinya bahwa ibu yang melakukan kunjungan antenatal care < 4 memiliki risiko terhadap komplikasi persalinan hal ini di karenakan keterlambatan dekteksi dini dan informasi yang didapatkan oleh ibu.

Menurut Yakin (2001) menyatakan bahwa ibu yang mendapat pelayanan antenatal kurang baik lebih tinggi yang mengalami komplikasi persalinan dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami komplikasi persalinan. Hal ini ditunujukkan dengan adanya hubungan secara statistik, dimana nilai p= 0,005 dengan odds rasio 1,18 yang artinya ibu dengan pelayanan antenatal kurang baik memiliki risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan sebesar 1,18 kali dibandingkan dengan ibu dengan kualitas pelayanan antenatal yang biak (95%, CI= 1,052 – 1,323).

Pada penelitian Misar, Y, dkk (2012) menunjukkan bahwa antenatal care berdasarkan perhitungan Odds Ratio (OR) diperoleh nilai OR = 2,588 pada tingkat kepercayaan (CI) = 95% diperoleh nilai Lower Limit (LL) = 1,175, Upper Limit (UL) = 5,702 dan p value = 0,016, karena p value < 0,05, maka di katakan

Dipindai dengan CamScanner

signifikan. Dengan demikian ibu melahirkan yang melakukan pemeriksaaan ANC dengan frekuensi < 4 kali, tidak teratur sesuai jadwal 1,1,2 dan tidak mendapatkan pelayanan 5 T memiliki risiko 2,588 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan frekuensi = 4 kali, teratur sesuai jadwal 1,1,2 dan mendapatkan standar pelayanan 5T.

Hasil Penelitian Suryani (2008) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara antenatal care dengan kejadian perdarahan pasca persalinan (*p value* = 0.000, nilai OR = 6.000; 95% CI : 2.441 – 14,751), yang artinya bahwa risiko untuk mengalami perdarahan pasca persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care < 4 adalah 6 kali lebih besar dibandingkan dengan yang melaukan antenatal care > 4 selama kehamilan.

Menurut penelitian Ika Febriana (2007) menyatakan bahwa pemeriksaan antenatal tidak baik (frekuensi pemeriksaan antenatal pada petugas kesehatan kurang dari 4 kali dan tidak memenuhi standar 5 T) memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal 22,7 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang pemeriksaan antenatalnya baik (OR = 22,7; 95%CI : 2,9 – 178,7) dan secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna (p < 0,001)

Persiapan persalinan merupakan rencana tindakan yang dilakukan oleh ibu dan keluarga serta bidan dalam menghadapi proses kelahiran bayinya. Adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu. Lima komponen penting dalam persiapan persalinan:

1) Membuat rencana persalinan
   a. Tempat persalinan
   b. Memilih tenaga kesehatan terlatih
   c. Bagaimana menghubungi tenaga kesehatan tersebut
   d. Bagaimana transportasi ke tempat persalinan
   e. Siapa yang akan menemani pada saat persalinan
   f. Berapa banyak biaya yang dibutuhkan
2) Membuat rencana mengambil keputusan

Dipindai dengan CamScanner

a. Siapa pembuat keputusan utama dalam keluarga
b. Siapa yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan

3) Mempersiapkan sistem transportasi
a. Dimana ibu akan bersalin (desa, fasilitas kesehatan, rumah sakit)
b. Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan
c. Kefasilitas kesehatan yang mana ibu akan durujuk
d. Bagaimana mendapatkan dana jika terjadi kegawatdaruratan
e. Bagaiman mencari donor darah yang potensial

4) Membuat rencana atau pola menabung

Keluarga seharusnya dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan dan jika terjadi kegawatdaruratan

5) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan

Seorang ibu dapat mempersiapkan segala sesuatunya untuk persalinan. Ia dan keluarganya dapat mengumpulkan barang – barang seperti pembalut wanita atau kain, sabun dan seprei dan menyimpanya untuk persiapan persalinan. (Sumantri, Bambang 2012).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Armagustini (2010) menunujukkan bahwa terdapat hubungan antara persiapan peralinan dengan kejadian komplikasi persalinan. di dapatkan nilai p=0,02 dengan OR 0,87 (95%, CI=0,77 – 0, 098).

Hasil uji statistik pada penelitian Afdhal, Muh, dkk (2012) menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak merencanakan penolong persalinan dengan baik berisiko 13,941 kali lebih besar mengalami komplikasi persalinan dari pada ibu yang merencanakan penolong persalinannya (OR=13,941; CI 95%, 1,616-120,263).

2.4.9 Penolong Persalinan

Salah satu faktor yang paling mempengaruhi apa yang akan terjadi selama proses melahirkan adalah memilih penolong dalam membantu proses melahirkan

Dipindai dengan CamScanner

(Gaskin, 2003). Penolong persalinan merupakan faktor yang tidak dapat diabaikan dalam proses persalinan.

Penolong pesalinan merupakan salah satu bagian dari pelayanan *antenatal care*. Manuaba (2001) peningkatan pelayanan antenatal, penerimaan gerakan keluarga berenana, melaksanakan persalinan bersih dan aman dan meningkatan pelayanan obstetric esensial dan darurat yang merupakan pelayanan kesehatan primer.

Berdasarkan penelitian Senewe (2004) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penolong persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan. Didaptkan nilai p=0,04, OR 1,09 (95%, CI= 0,59 – 2, 01), yang artinya bahwa ibu yang ditolong oleh non nakes memiliki risiko 1,09 lebih besar terjadi komplikasi persalinan di banding dengan ibu yang ditolong oleh tenaga kesehatan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Hapsari, Dwi., dkk (2005) menunjukkan bahwa penolong persalinan memiliki pengaruh terhadap terjadinya gangguan pada masa nifas. Hal ini di setelah dikontrol dengan wilayah tempat tinggal bahwa jika ibu melahirkan ditolong oleh tenaga non kesehatan dan tinggal di daerah pedesaan memiliki risiko 16 kali untuk mengalami gangguan pada masa nifas dibanding dengan ibu yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan dan bertempat tinggal di perkotaan.

Sihombing (2004) pada penelitiannya menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara penolong persalinan degan komplikasi persalinan, dimana nilai p=0,00 dan OR 3,73 yang artinya ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga non kesehatan memiliki risiko 3,73 kali lebih besar mengalami komplikasi persalinan di bandingkan dengan ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan.

2.4.10 Tempat Persalinan

Dalam pertolongan persalinan tempat persalinan merupakan hal yang penting terkaitan dengan penangan kegawatdaruratan maternal. Ibu hamil memiliki risiko 15 – 20 % terjadinya komplikasi persalinan maupun pasacapersalinan. Sebagai sarana penunjang tempat persalinan juga memiliki peranan yang penting.

Dipindai dengan CamScanner

Tempat bersalin yang tidak higienis diperkirakan ikut berperan dalam timbulnya gangguan masa nifas. Pada hasil penelitian Hapsari, Dwi (2005) justru ditemukan bahwa ibu yang melahirkan di rumah sakit/Poliklinik/Puskesmas lebih banyak mengalami gangguan pada masa nifas (5%) di bandingkan ibu yang melahirkan di rumah.

Hasil penelitian Armagustini (2010) dari analisis SDKI 2007, didapatkan sebanyak 59,6% persalinan masih dilakukan bukan di tempat fasilitas kesehatan. Hasil penelitian menemukan tempat persalinan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan, (nilai p = 0.0001; OR 0.80 (95% CI : 0.71 – 0.90).

2.4.11 Komplikasi Kehamilan

Dalam obstetrik modern terdapat pengertian POTENSI RESIKO, dimana suatu kehamilan dan persalinan selalu mempunyai resiko, dengan kemungkinan bahaya/resiko terjadinya komplikasi setelah persalinan. Komplikasi dapat ringan atau berat yang menyebabkan terjadinya kematian, kesakitan, kecacatan pada ibu dan atau bayi (Backett, 1984).

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama kehamilan, persalinan ataupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan, persalinan dan nifas normal. Kejadian komplikasi persalinan terdapat pada sekitar 15% dari semua ibu hamil, namun kasus komplikasi persalinan yang tertangani masih kurang dari 10% dari semua ibu hamil (Permenkes, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Senewe (2004) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara komplikasi kehamilan dengan komplikasi persalinan. Ibu yang waktu hamilnya mengalami komplikasi kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan sebesar 2,9 kali disbanding dengan ibu yang pada waktu hamilnya tidak mengalami komplikasi kehamilan.

Komplikasi kehamilan merupakan suatu keadaan kegawatdaruratan obstetrik yang dapat mengakibatkan kematian pada ibu dan janinnya (Manuaba, 1998). Menurut Winjosastro (2008) komplikasi kehamilan adalah penyulit atau penyakit yang timbul

Dipindai dengan CamScanner

menyertai proses kehamilan dan diperberat oleh kehamilan. Berikut ini merupakan jenis kompliasi kehamilan:

a) Syok yaitu gangguan sirkulasi darah ke jaringan sehingga kebutuhan oksigen tidak terpenuhi. Gejala klinisnya berupa tekanan darah turun, nadi cepat dan lemah, pucat, keringat dingin, sianosis jari-jari, sesak napas, penglihatan kabur, gelisah dan oliguria/ anuria (Saifudin, 2008).
b) Emboli cairan ketuban yakni penyumbatan *arteri pulmoner* (arteri paru-paru) ibu oleh cairan ketuban yang berupa massa. Ibu bisa mengalami syok bahkan kematian. Penyebabnya adalah otot uterus tidak berkontraksi dengan cepat dan baik setelah terjadinya pelepasan plasenta
c) Perdarahan pada kehamilan muda seperti Abortus, yaitu pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Batasnya sebelum kehamilan <20 minggu atau berat janin <500 gr. Kehamilan ektopik, yaitu pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. 95% kehamilan ektopik terjadi di tuba fallopi, dan Mola hidatidosa, yaitu kehamilan yang berkembang tidak wajar di mana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik.
d) Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan yang terjadi pada triwulan terakhir pada kehamilan. Hal ini disebabkan karena plasenta previa, yaitu plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Etiologi pasti belum diketahui dengan jelas. Mungkin secara kebetulan saja blastokista menimpa desidua di daerah segmen bawah rahim tanpa latar belakang lain yang mungkin. Vaskularisasi desidua yang tidak memadai akibat peradangan atau atrofi.

Klasifikasi plasenta previa adalah sebagai berikut :

1) Plasenta previa totalis atau komplit yaitu plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum.

Dipindai dengan CamScanner

2) Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi bagian ostium uteri internum.
3) Plasenta previa marginalis ialah plasenta yang tepinya berada di pinggir ostium uteri internum.
4) Plasenta letak rendah adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum.
5) Solusio plasenta, yaitu lepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir.

Etiologinya plasenta previa menurut R sweet, Betty (1997) digolongkan dalam 5 kategori yaitu:

1) Kategori sosioekonomi termasuk keadaan yang tidak kondusif seperti usia muda, primiparitas, single-parent,pendidikan yang rendah, solusio plasenta rekurens.
2) Kategori fisik yaitu trauma tumpul pada perut, umumnya karena kekerasan dalam rumah tangga atau kecelakaan dalam berkendaraan.
3) Kategori kelainan pada rahim adalah contohnya mioma seperti mioma submukosum di belakang plasenta atau uterus berseptum.
4) Kategori penyakit ibu seperti tekanan darah tinggi dan kelainan sistem pembekuan darah (trombofilia)
5) Kategori sebab iatrogenic, seperti merokok dan penggunaan kokain.

2.4.12 Komplikasi Pesalinan

Komplikasi persalinan merupakan suatu keadaan atau diagnosa yang menyertai kondisi ibu saat persalinan berlangsung. Berikut ini beberapa jenis komplikasi persalinan :

a) Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban dalam 1 jam atau lebih sebelum adanya kontraksi (Prawiroharjo, 2008).

Dipindai dengan CamScanner

Etiologi pasti belum diketahui, tetapi diduga berbagai faktor menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini seperti infeksi vagina dan servikks, fisiologi selaput ketuban yang tidak normal, inkompetensi serviks dan defisiensi gizi dari tembaga dan asam askorbat (vitaimin C). Mekanisme kerja dari dari faktor-faktor tersebut belum diketahui

b) Persalinan Prematur yaitu persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu (Saifudin, 2008). Faktor resiko terjadinya persalinan premature biasanya karena adanya riwayat atau pernah persalinan prematur sebelumnya, aborsi, kehamilan ganda, infeksi kehamilan, memiliki serviks yang abnormal, memiliki rahim yang abnormal, menjalani pembedahan perut pada saat hamil, berat badan kurang dari 50 kg, pernah memakai DES (dietilstilbestrol), merokok sigaret atau makakai kokain, tidak memeriksakan kehamilan, perdarahan trimester II dan III.
c) Distosia merupakan persalinan lama, sulit atau abnormal yang disebabkan oleh berbagai kondisi yang berhubungan dengan 5 faktor penting persalinan, yaitu persalinan disfungsional karena kontraksi uterus tidak efektif/mengedan ibu (**P**ower), gangguan struktur pelviks (**P**assage), masalah pada janin (**P**assengers) seperti presentasi, jumlah dan bayi besar, **P**osisi ibu selama persalinan, respon **P**sikologis ibu terhadap persalinan.
d) Kehamilan Post term yaitu kehamilan yang berlangsung lebih dari 42 minggu yang terhitung mulai dari HPHT (Hari Pertama Haid terakhir).
e) Persalinan tak maju adalah apabila persalinan pada fase laten > 8 jam, persalinan telah berlangsung > 12 jam tanpa kelahiran bayi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Indiani, Sri, (2012) bahwa wanita yang mengalami komplikasi selama persalinan berisiko lebih besar mengalami rasa sedih pasca persalinan dibandingkan dengan yang tidak mengalami komplikasi. Wanita yang mengalami pecah ketuban dini mengalami risiko lebih tinggi 6 kali lipat (ORa=6,02; 95% CI=4,63-7,83), disusul yang mengalami partus macet (ORa=5.75; 95% CI=3,05-10,85). Maka dapat disimpulkan bahwa wanita yang mengalami komplikasi selama persalinan berisiko lebih besar mengalami rasa sedih pasca persalinan (komplikasi pascaperalinan).

Dipindai dengan CamScanner

Komplikasi pascaperalinan merupakan suatu keadaan yang erat hubungannya dengan kematian ibu. Menurut WHO (2000), kurang lebih 80% kematian maternal merupakan akibat langsung dari komplikasi langsung selama kehamilan, persalinan dan masa nifas dan 20% kematian maternal terjadi akibat penyebab tidak langsung. Melalui pendekatan teori McCarthy dan Maine (1992) maka didapatkan beberapa faktor yang terkait dengan komplikasi pasca persalinan yang berdampak pada kematian maternal.

a. Determinan Jauh

Determinan ini merupakan faktor jauh yang berdampak pada kesehatan wanita, yang terdiri dari status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masayarkat dan status masyarakat itu sendiri. Faktor ini erat kaitannya dengan faktor sosial, ekonomi, budaya dan agama/kepercayaan serta pendidikan di Indonesia (Wibowo, 1997). Pada umumnya budaya di Indonesia masih mengenal dengan budaya patriarki dimana kaum lelaki memilki pengaruh yang besar alias lebih tinggi kedudukannya dibandingkan dengan perempuan, sehingga dalam memutuskan hal yang terkait dengan kondisinya termasuk masalah kesehatan perempuan Indonesia menunggu dari laki-laki. Laki-laki juga cenderung mendominasi menyubordinasi dan melakukan deskriminasi terhadap perempuan. Perempuan adalah bagian dari masyarakat yang berhubungan sangat erat dengan masalah kesejahteraan masyarakat (Manurung. 2002).

Termasuk dalam determinan jauh adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, yang meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan ibu dan kemiskinan. Pendidikan adalah usaha sadar terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan darinya, masyarakat, bangsa, dan Negara (*UU No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan nasional).*

Pendidikan kesehatan menurut Notoatmodjo (20010) merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Sedang dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk

Dilindai dengan CamScanner

intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik.

b. Determinan Antara

1) Status Kesehatan ibu

Status gizi, penyakit yang diderita ibu, riwayat komplikasi kehamilan sebelumnya dan riwayat persalinan sebelumnya merupakan status kesehatan ibu yang berpengaruh terhadap kejadian kematian maternal. Status gizi ibu hamil dapat dilihat dari hasil pengukuran terhadap lingkar lengan atas (LILA). Pengukuran LILA bertujuan untuk mendeteksi apakah ibu hamil termasuk kategori kurang energi kronis (KEK) atau tidak. Ibu dengan status gizi buruk memiliki risiko terhadap komplikasi pasaca persalinan yaitu perdarahan dan infeksi pada masa nifas.

Anemia pada kehamilan juga merupakan salah satu penyakit yang memilki kontribusi cukup tinggi terjadinya komplikasi pasca persalinan yaitu perdarahan dan infeksi. Menurut Soejoenoes (1989) anemia memberikan risiko relatif tinggi yaitu 15,3 kali untuk terjadinya kematian maternal bila dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak menderita anemia. Menurut WHO (1999) seorang ibu hamil dikatakan menderita anemia jika kadar hemoglobin (Hb) kurang dari 11g/dl. Anemia dapat disebabkan oleh berbagai sebab, yang dapat saling berkaitan, yaitu *intake* yang kurang adekuat, infestasi parasit, malaria, defisiensi zat besi, asam folat dan vitamin A.

Selain anemia penyakit nonobstetric seperti jantung juga masih berperan terhadap kematian maternal dan terjadi 0,4 – 4 % pada kehamilan. Angka kematian maternal bervariasi dari 0,4% pada pasien – pasien dengan klasifikasi *New York Heart Association* (NYHA) I dan II dan 6,8% atau lebih pada pasien dengan NYHA III dan IV. Keadaan ini disebabkan oleh adanya peningkatan beban hemodinamik selama kehamilan dan persalinan, yang akan memperberat gejala dan mempercepat terjadinya komplikasi pada wanita yang sebelumnya telah menderita penyakit jantung (De cheney, 2003). Prognosis bagi wanita

Dipindai dengan CamScanner

hamil dengan penyakit jantung tergantung dari beratnya penyakit, usia penderita dan penyulit – penyulit lain yang tidak berasal dari jantung (Samil, 1994). Penyebab kematian maternal tidak langsung lain yang penting meliputi malaria, hepatitis, HIV / AIDS, diabetes mellitus dan bronkopneumonia (WHO, 1999).

Riwayat obstetri atau riwayat persalinan sebelumnya merupakan hal yang penting untuk diketahui karena dapat mempengaruhi kehamilan dan peralinan. Riwayat obstetric yang penting untuk diketahui seperti riwayat. persalinan dengan tindakan, perdarahan, partus lama, dan bekas seksio sesaria karena adanya riwayat tersebut dapat berampak pada masa nifasnya, hal ini juga akan mempengaruhi kematian maternal (Saefudin, 2002). Persalinan yang terjadi di negara berkembang merupakan persalinan dengan tindakan, dalam hal ini seksio sesaria paling sering dilakukan. 15% Semua persalinan dengan tindakan memiliki risiko, baik terhadap ibu maupun bayinya. Sebagian risiko timbul akibat sifat dari tindakan yang dilakukan, sebagian karena prosedur lain yang menyertai, seperti anestesi dan transfusi darah, dan sebagian lagi akibat komplikasi kehamilan, yang memaksa dilakukannya tindakan. Disamping itu, dapat pula timbul komplikasi pasca persalinan, termasuk perdarahan dan infeksi yang berat (Royston, 1998).

2) Status Reproduksi

Status reproduksi yang berperan penting terhadap kejadian kematian maternal adalah usia ibu hamil, jumlah kelahiran, jarak kehamilan dan status perkawinan ibu.

Paritas merupakan faktor risiko yang memengaruhi komplikasi pasca persalinan yang utama karena perdarahan postpartum primer. Pada paritas yang rendah (paritas 1) dapat menyebabkan ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan sehingga ibu hamil tidak mampu dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (paritas lebih dari 3) maka uterus semakin lemah sehingga besar risiko komplikasi kehamilan, persalinan dan

Dipindai dengan CamScanner

nifas (Manuaba, 1998). Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan pasca persalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai angka kejadian perdarahan pasca persalinan lebih tinggi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Miswarti (2007) menyatakan proporsi ibu yang mengalami perdarahan postpartum primer dengan paritas 1 sebesar 12%, paritas 2-3 sebesar 40% dan paritas lebih dari 3 sebesar 48%, serta terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan perdarahan postpartum primer. Demikian juga dengan penelitian Milaraswati (2008) menyatakan bahwa proporsi ibu yang mengalami perdarahan postpartum primer dengan paritas > 4 yaitu 69% dan didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan perdarahan postpartum primer.

Persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan (terlalu sering) secara nasional sebesar 15%, dan merupakan kelompok risiko tinggi untuk perdarahan postpartum, kesakitan dan kematian ibu (Depkes, 2004). Penelitian yang dilakukan di tiga rumah sakit di Bangkok (Cunningham, 2006) memperlihatkan bahwa wanita dengan interval kehamilan kurang dari dua tahun memiliki risiko dua setengah kali lebih besar untuk meninggal dibandingkan dengan wanita yang memiliki jarak kehamilan lebih lama yang diakibatkan karena komplikasi yang menyertai saat hamil, bersalin ataupun pasca peralinan.

Berdasarkan penelitian terkait bahwa ada hubungan yang bermakna anata usia ibu dengan kejadian komplikasi. Menurut Yakin (2001) menunjukkan bahwa ibu yang berumur ≤ 19 tahun mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan sebesar 1,18 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang berumur 20 – 34 tahun (95% CI, 1,06 – 1,32), sedangkan penelitian Senewe (2004) menunjukkan bahwa ibu yang berumur ≤ 20 dan ≥ 35 tahun memiliki risiko terhadap komplikasi persalinan lebih besar yaitu 1,31 kali dibangkan dengan ibu yang berumur 20 – 34 tahun (95% CI, 0,65 – 2,65).

Penelitian tentang paritas terhadap komplikasi peralinan juga terlihat adanya hubungan yang bermakna, seperti pada penelitian Armagustini (2010) menunjukkan bahwa ibu dengan paritas 1 atau ≥ 4 memiliki risiko 1,19 kali

Dipindai dengan CamScanner

lebih besar dibandingkan pada ibu dengan partias 2-3 (95% CI, 1,06 – 1,33), sedangkan pada hasil penelitian Senewe (2001) menunjukkan bahwa ibu dengan paritas ≥ 4 memiliki risiko terhadap komplikasi persalinan sebesar 1,03 kali dibandingkan pada ibu dengan paritas 1 - 3 (95% CI, 0,56 – 1,94).

Jarak kehamilan merupakan rentang waktu antara kehamilan sebelunya dengan kehamilan yang terakhir. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurulhuda (2006) menunjukkan bahwa ada hubungan anatara jarak kehamilan dengan kejadian komplikasi yaitu bahwa jarak kehamilan ≤ 2 tahun memilki risiko 2,24 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang jarang kehamilannya > 2 tahun.

3) Akses ke Pelayanan Kesehatan

Akses ke pelayanan kesehatan ini meliputi antara lain keterjangkauan lokasi tempat pelayanan kesehatan, dimana tempat pelayanan yang lokasinya tidak strategis / sulit dicapai oleh para ibu, jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia dan keterjangkauan terhadap informasi tempat pelayanan kesehatan (WHO,2008). Akses terhadap tempat pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa faktor seperti, lokasi dimana ibu dapat memperoleh pelayanan kontrasepsi, pemeriksaan antenatal, pelayanan kesehatan primer atau pelayanan kesehatan rujukan yang tersedia di masyarakat (Depkes,2004).

4) Perilaku Kesehatan

Perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan antara lain meliputi perilaku penggunaan alat kontrasepsi. Ibu yang mengikuti program keluarga berencana (KB) akan lebih jarang melahirkan dibandingkan dengan ibu yang tidak mengikuti program Keluarga Berencana. Demikian juga perilaku pemeriksaan antenatal, ibu yang melakukan pemeriksaan antenatal secara teratur akan terdeteksi masalah kesehatan dan komplikasinya. Termasuk juga dalam hal ini adalah penolong persalinan, ibu yang ditolong oleh dukun berisiko lebih besar untuk mengalami kematian dan kesakitan dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dibantu oleh tenaga kesehatan, serta tempat

Dipindai dengan CamScanner

persalinan, persalinan yang dilakukan di rumah akan menghambat akses untuk mendapatkan pelayanan rujukan secara cepat apabila sewaktu-waktu dibutuhkan (WHO, 2008).

Program KB (Keluarga Berencana) merupakan salah satu upaya adalam membentuk perilaku masyarakat dalam mensejahterakan kelurganya. Hal ini terkait dengan perencanaan keluarga yang berkualitas. Program KB juga berpotensi menyelamatkan kehidupan ibu, yaitu dengan cara memungkinkan wanita untuk merencanakan kehamilan sedemikian rupa sehingga dapat menghindari kehamilan pada usia tertentu atau jumlah persalinan yang membawa bahaya tambahan, dan dengan cara menurunkan tingkat kesuburan secara umum, yaitu dengan mengurangi jumlah kehamilan. Pengunaan alat kontrasepsi ini secara tidak langsung dapat mengurangi faktor risiko ibu terhadap terjadinya kompliasai maternal.

Pemeriksaan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janinnya secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Pemeriksaan antenatal dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan terdidik dalam bidang kebidanan, yaitu bidan, dokter dan perawat yang sudah terlatih. Tujuannya adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat serta melakukan deteksi dini terhadap komplikasi yang memungkinkan dapat terjadi selama kurun maternal. Pemeriksaan antenatal dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan sebelum 14 minggu), satu kali selama trimester kedua (antara 14 sampai dengan 28 minggu), dan dua kali selama trimester ketiga (antara minggu 28 s/d 36 minggu dan setelah 36 minggu) (Saefudin, 2008).

c. Determinan Dekat

Determinan dekat merupakan proses yang paling dekat dengan kejadian kematian itu sendiri, yaitu kehamilan dan komplikasi dari kehamilan itu sendiri,

Dilindai dengan CamScanner

persalinan dan masa nifas (Wibowo, 1994). Wanita yang hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi, baik komplikasi kehamilan maupun komplikasi persalinan, sedangkan wanita yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut (WHO, 1998).

Komplikasi kehamilan komplikasi kehamilan merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi kehamilan yang sering terjadi yaitu perdarahan, preeklamsia / eklamsia, dan infeksi (Abdulla et al, 2010). Komplikasi yang timbul pada persalinan dan masa nifas juga merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi yang terjadi menjelang persalinan, saat dan setelah persalinan terutama adalah perdarahan, partus macet atau partus lama dan infeksi akibat trauma pada persalinan (UNFPA, 2004).

Komplikasi pasca persalinan merupakan komplikasi terbanyak yang menyumbangkan kematian ibu. Kejadian terbanyak pada kompliasi ini adalah perdarahan yang disebabkan karena *atonia uteri* (50% - 60%), *retensio plasenta* (16% - 17%), sisa plasenta (23% - 24%), laserasi jalan lahir (4% - 5%) kelainan darah (0,5% - 0,8%) (Mochtar, 1995), kemudian diikuti oleh sepsis puerperium sebanyak 8 % (ENMMM, 2000).

Berdasarkan Riskesdas 2010, masih cukup banyak ibu hamil dengan faktor risikoterlalu, yaitu terlalu tua hamil (hamil di atas usia 35 tahun) sebanyak 27%. Terlalu muda untuk hamil (hamil di bawah usia 20 tahun) sebanyak 2,6% dan terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4) sebanyak 11,8%, dan (4) terlalu dekat (jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun).

Menurut *Backett* faktor risiko itu bisa bersifat biologis, genetika, lingkungan atau psikososial. Namun dalam kesehatan reproduksi kita dapat membaginya secara lebih spesifik, yaitu:

1) Faktor demografi: umur, paritas dan tinggi badan
2) Faktor medis biologis: underlying disease, seperti penyakit jantung dan malaria.
3) Faktor riwayat obstetri: abortus habitualis, Seksio Cesaria, dan lain-lain.

Dipindai dengan CamScanner

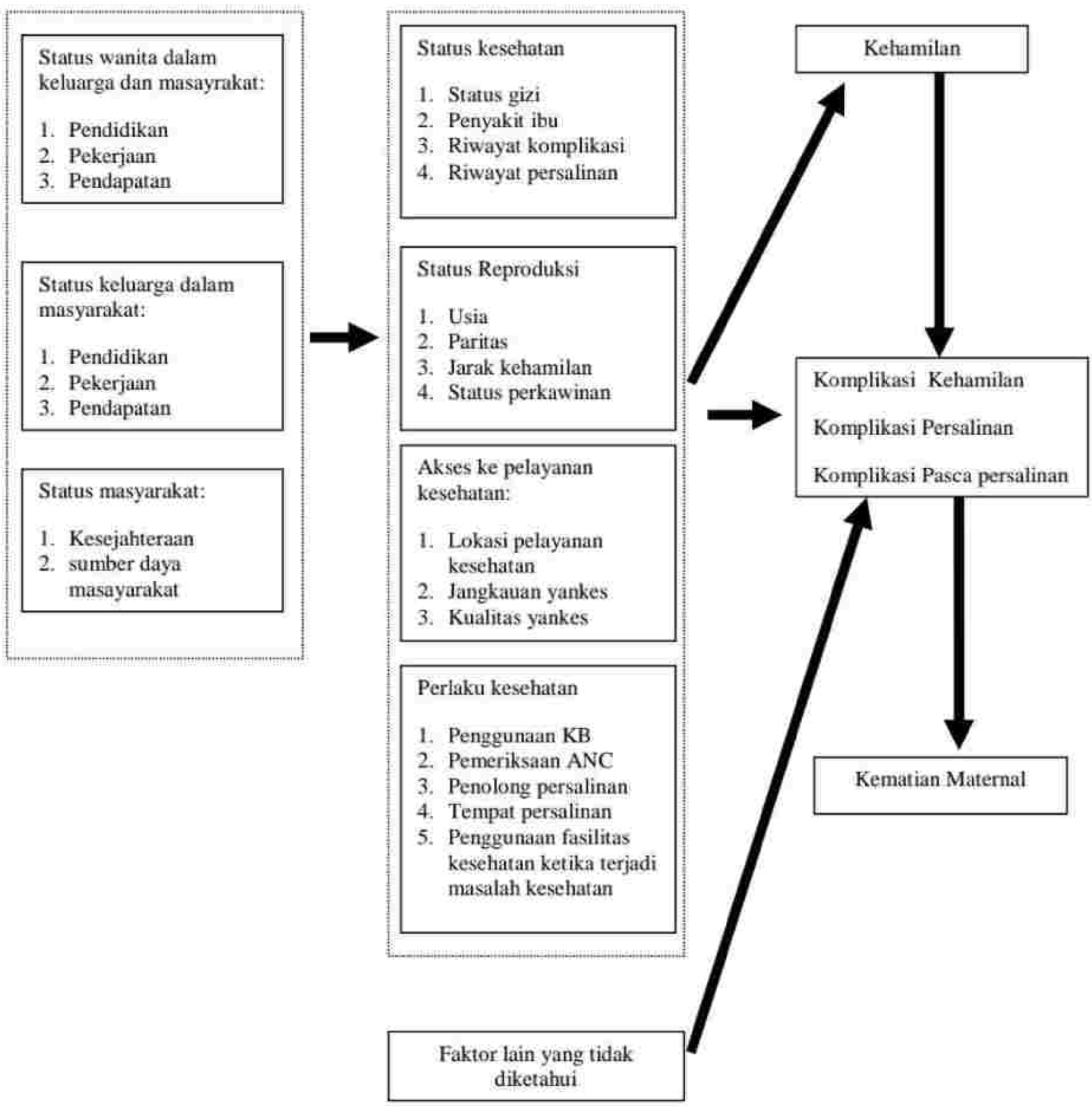
4) Faktor lingkungan: polusi udara, kelangkaan air bersih, penyakit endemis, dan lain-lain.
5) Faktor sosioekonomi budaya : pendidikan, penghasilan.

2.5 Kerangka Teori

Berdasarkan teori diatas dapat diketahui faktor yang terkait dengan komplikasi pasca persalinan terdiri dari faktor langsung dan tidak langsung (Muchtar, 1998), sedangkan pendapat *Backett* (1984) meliputi faktor demografi. faktor medis biologis, faktor riwayat obstetric, faktor lingkungan, dan faktor sosioekonomi budaya.

Menurut McCharty and Maine (1992), faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu berkaitan dengan kehamilan, persalian dan komplikasi terdiri dari tiga determinan yaitu determinan dekat (*proxy /autcome*), determinan antara (*intermediate determinant*) dan determinan jauh (konstektual/distant determinan) yang berdampak pada morbiditas dan mortalitas maternal digambarkan sebagai berikut.

Dipindai dengan CamScanner



Gambar 2.1 Kerangka teori yang bersumber dari kerangka McCarthy dan Maine (1992) dalam panduan safe motherhood

Dipindai dengan CamScanner

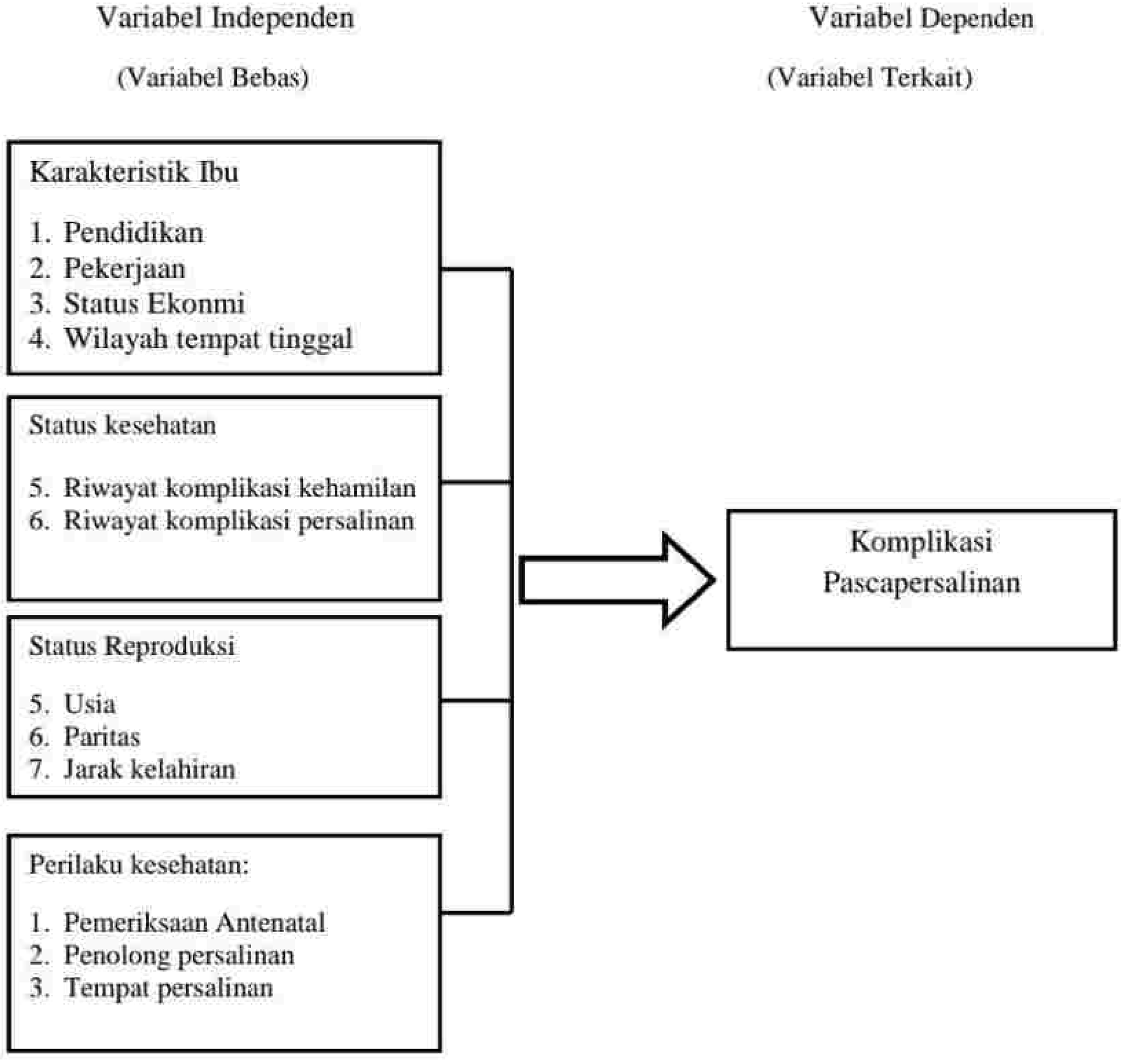
BAB III
KERANGKA KONSEP

Dalam penelitian ini, tidak semua variabel yang ada pada kerangka teori McCharty and Mine (1992) diambil sebagai variabel penelitian. Pada teori diketahui bahwa terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan seperti faktor status kesehatan (status gizi, penyakit ibu, riwayat komplikasi kehamilan dan riwayat persalinan); status reproduksi (umur, paritas, jarak kelahiran, status perkawinan); akses ke pelayanan kesehatan (lokasi pelayanan kesehatan, jangkauan pelayanan kesehatan, dan kualitas pelayanan kesehatan); perilaku kesehatan (penggunaan KB, pemeriksaan ANC, penolong persalinan, tempat persalinan, penggunaan fasilitas kesehatan ketika terjadi masalah kesehatan); dan faktor lain yang tidak diketahui atau yang diduga memiliki hubungan dengan komplikasi pasca persalinan.

Keterbatasan penggunaan data sekunder pada penelitian ini, maka variabel yang diteliti disesuaikan dengan variabel yang terdapat pada Riskesdas 2010 dan berdasarkan tinjauan pustaka pada penelitian terkait sebelumnya seperti yang dilakukan oleh Yakin (2001), Senewe (2004), Sihombing (2004), dan Armagustini (2010), maka variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah komplikasi pasca persalinan (variabel dependen), dan variabel independen yang terdiri dari variabel karakteristik ibu (pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, wilayah tempat tinggal), status reproduksi (usia, paritas, jarak kehamilan), riwayat status kesehatan (komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan) dan perilaku kesehatan (pemeriksaan antenatal, penolong persalinan dan tempat persalinan). Secara skematis kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

3.1 Kerangka Konsep

Dipindai dengan CamScanner



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Dipindai dengan CamScanner

3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1

Devinisi Operasional Variabel Dependen dan Variabel Independen

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Dependen					
1	Komplikasi pasca persalinan	Adanya komplikasi pasca persalinan yang ditandai dengan keadaan pada saat setelah proses persalinan mengalami salah satu atau bersama-sama gejala seperti perdarahan, pingsang, kejang-kejang, demam tinggi, rasa nyeri di payudara, rasa sedih, tertekan dan lain-lain.	Kuesioner Dd41 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Ada tidaknya komplikasi	Nominal
Independen						
1	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditamatkan dan memiliki ijazah	Kuesioner B4K8 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	1. tidak penah sekolah/tidak tamat SD, 2. tamat SD/Sederajat, 3. tamat SMP/Sederajat, 4. tamat SMA/Sederajat, 5. tamat Akademi, 6. tamat PT	Ordinal
2	Pekerjaan	kegiatan yang dilakukan selain sebagai ibu rumah tangga dalam kurun waktu kehamilan sampai persalinan.	Kuesioner B1K9 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Jenis Pekerjaan	Nominal

Dipindai dengan CamScanner

3	Status Ekonomi	Rata-rata pengeluran rumah tangga dalam sebulan	Kuesioner RKD10RT Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Besar kecilnya pengelurana n rumah tangga	Ordinal
4	Wilayah tempat tinggal	Tempat tinggal/domisili responden yang dibedakan menjadi wilayah perdesaan atau perkotaan	Kuesioner B1R5 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Pedesaan atau perkotaan	Nominal
5	Usia ibu	Lamanya hidup responden dalam tahun dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir yang tercatat di laporan	Kuesioner Dd02b Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010		Rasio
6	Paritas	Jumlah anak hidup yang dilahirkan oleh responden	Kuesioner Dd03 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Banyak anak yang dilahirkan	Rasio
7	Jarak kehamilan	Rentang waktu antara kehamilan sebelumnya dengan kehamilan terakhir.	Kuesioner Dd04 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Jarak dalam bulan	Rasio
8	Riwayat komplikasi kehamilan	Ada atau tidaknya riwayat komplikasi kehamilan, seperti mules hebat sebelum 9 bulan, perdarahan, demam tinggi, kejang-kejang dan pingsan.	Kuesioner Dd28 – Dd29 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Ada tidanya komplikasi saat hamil	Nominal
9	Riwayat Komplikasi persalinan	Ada atau tidaknya komplikasi persalinan seperti Preeklamsi/Eklamsi, bengkak dua tungkai, darah tinggi, kejang, rahim robek, jalan lahir tertutup, ketuban pecah dini, hamil diluar rahim	Kuesioner Dd35 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Ada tidaknya komplikasi	Nominal

Dipindai dengan CamScanner

10	Pemeriksaan antenal	pemeriksaan yang dilakukan pada ibu selama masa kehamilan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan minimal 4 kali selama hamil dan telah mendaptkan 5T (Timbang, Tensi, Ukur fundus, Tes lab dan Pemberian Tablet Fe)	Kuesioner Dd12 - Dd26 Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Baik tidaknya pemeriksaan	Nominal
11	Penolong terakhir persalinan	orang yang terakhir kali memberikan pertolongan pada saat ibu melahirkan.	Kuesioner Ea03a Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	Tenaga kesehatan atau bukan tenaga kesehatan	Nominal
12	Tempat persalinan	Tempat dimana ibu hamil melakukan persalinan, yaitu di tempat pelayanan kesehatan atau bukan tempat pelayanan kesehatan.	Kuesioner Dd09b Riskesdas 2010	Analisis kuesioner dan data Riskesdas 2010	pelayanan kesehatan atau bukan pelayanan kesehatan	Nominal

Dipindai dengan CamScanner

BAB IV
METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes) dengan desain *cross sectional.*

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisa data tersebut secara deskiptif analitik dengan menggunakan desain *cross sectional*. Alasan menggunakan desain *cross sectional* yaitu peneliti ingin menganalisis data survei dan melihat hubungan antara variable dependen dengan variable independen. Adapun kelebihan pemakaian desain *cross sectional* yakni lebih mudah dilaksanakan, lebih sederhana, pengumpulan data variabel antara dependen dengan variabel independen dilakukan pada waktu yang bersamaan, sehingga waktu yang dibutuhkan sangat singkat, biaya yang diperlukan lebih murah. Akan tetapi, studi ini juga mempunyai kelemahan antara lain tidak dapat menjelaskan mana yang lebih dahulu terjadi antara variabel dependen dengan variabel independen dan tidak dapat menjelaskan hubungan kausal.

4.2 Riset Kesehatan Dasar 2010 (Riskesdas 2010)

Riskesdas merupakan Riset Kesehatan yang dibentuk oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes) Kementerian Kesehatan RI, guna melakukan survei sebagai upaya penyediaan data kesehatan berbasis komunitas yang dirancang berskala nasional, propinsi dan kabupaten/kota. Riskesdas 2010 terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia, yang terwakili oleh penduduk di tingkat nasional dan provinsi dan berorientasi untuk mengetahui pencapaian indikator kesehatan terkait MDGs. Pelaksanan Riskesdas 2010 ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) badan litbangkes Kementrian Kesehatan RI. Tujuan

Dipindai dengan CamScanner

utama Riskesdas 2010 adalah mengumpulkan dan menganalisis data indikator MDGs kesehatan dan faktor yang mempengaruhinya.

Dalam Riskesdas 2010 terdapat beberapa indikator yang dikumpulkan antara lain: informasi mengenai status gisi, kesehatan ibu, kesehatan bayi dan anak balita, kesehatan reproduksi, morbiditas malaria dan tuberculosis, sanitasi lingkungan, konsumsi makan individu, pengetahuan dan perilaku tentang HIV/AIDS, pencegahan tuberculosis paru (TB paru), pencegahan malaria, penggunaan tembakau, penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia, kondisi sanitasi lingkungan dan status ekonomi rumah tangga.

Riskesdas 2010 merupakan penelitian non-intervensi dengan mengunakan desain potong lintang. Populasi sampel Riskesdas 2010 ini mewakili seluruh rumah tangga di Indonesia, cara pemilihan sampel dilakukan secara random dalam dua tahap. Tahap pertama melakukan pemilihan Blok Sensus (BS), blok sensus yang dimilih merupakan blok sensus biasa. Penarikan sampel BS di daerah perkotaan dan pedesaan dilakukan secara independen. Besar sampel yang direncanakan oleh Riskesdas 2010 sebanyak 2800 BS. 823 BS diantaranya sebagai sampel biomedis (malaria dan tuberkulosis) yang dilakukan secara *stratified random sampling*. Tahap kedua pemilihan Rumah tangga (ruta), yaitu memilih 30 rumah tangga berdasarkan hasil *listing* sensus penduduk (SP) 2010 dari BS terpilih secara sistematik. Pemilihan sampel ruta Riskesdas 2010 yaitu berjumlah 25 ruta untuk setiap BS, yang dipilih secara acak sederhana (*simple random sampling*). Sampel BS tersebut tersebar di 33 Provinsi dan 441 kabupaten/kota.

Pengumpulan data oleh Riskesdas 2010 yang dilakukan terhadap sampel rumah tangga dengan jumlah yang memadai agar mewakili gambaran nasional dan propinsi. Data yang dikumpulkan meliputi keterangan ruta (ramah tangga) dan keterangan anggota ruta. Keterangan ruta meliputi identitas, fasilitas pelayanan kesehatan, sanitasi lingkungan dan pengeluaran.. Keterangan individu meliputi identitas individu, penyakit khususnya malaria dan TB, pengetahuan dan perilaku kesehatan, kesehatan anak, kesehatan reproduksi terkait dengan cara KB, pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan nifas, masalah keguguran dan kehamilan

Dipindai dengan CamScanner

yang tidak diinginkan, perilaku seksual, konsumsi makan dalam 24 jam terakhir. Pengukuran tinggi badan/panjang badan dan berat badan dilakukan pada setiap responden, dan pemeriksaan darah malaria dilakukan dengan *Rapid Diagnostic Test* (RDT), sedangkan untuk TB paru dilakukan pemeriksaan dahak pagi dan sewaktu hanya pada kelompok umur 15 tahun ke atas.

Pengumpulan data dan entri data dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dengan kualifikasi minimal tamat D3 kesehatan. Pemeriksaan kelengkapan dan kebenaran data dilakukan oleh Penanggung Jawab Tehnis Kabupaten, kemudian data dikirim secara elektronik kepada tim manajemen data di Balitbangkes. Pengumpulan data di beberapa daerah telah mulai dilakukan sejak bulan Mei 2010 berakhir pada pertengahan Agustus 2010 untuk dilakukan pengolahan dan analisis. Data berhasil dikumpulkan dari sejumlah 2798 BS sampel atau sekitar 99,9 persen dari 2800 BS sampel yang direncanakan.

4.3 Sumber Data Penelitian

Sumber data dalam penelitin ini adalah data sekunder dari hasil Riskesdas 2010. Analisa data yang digunakan dalam penelitian adalah terkait informasi tentang kesehatan pada masa kehamilan, kelahiran, dan nifas. Adapun beberapa variabel yang terpilih untuk dianalisis berasal dari kuesioner. Berikut ini daftar kuesinoer sebagai sumber data yang juga merupakan variabel penelitian.

Tabel 4.2

Dipindai dengan CamScanner

Sumber Data Riskesdas 2010 (Variabel Penelitian)

No	Variabel	Kuesioner
1	Komplikasi Pasca Persalinan	Dd41
2	Tingkat Pendidikan	B4K8
3	Status Pekerjaan	B4K9
4	Wilayah tempat tinggal	B1R5
5	Status Ekonomi	RKD10RT Bag. VII
6	Usia ibu	Dd02b
7	Paritas	Dd03
8	Jarak kehamilan	Dd04
9	Komplikasi kehamilan	Dd28 - Dd29
10	Komplikasi persalinan	Dd35
11	Pemeriksaan antenatal	Dd12, Dd18, Dd20 dan Dd23
12	Penolong persalinan	Ea03a
13	Tempat pesalinan	Ea03b

4.4 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian Riskesdas 2010 diambil dari 33 provinsi yang tersebar di 441 Kabupaten/Kota dari total 497 Kabupaten/Kota di Indonesia. Pengumpulan data di dilakukan bulan Mei 2010 sampai dengan pertengahan Agustus 2010.

Analisis data penelitian dari Riskesdas 2010 ini dilakukan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (UI-Depok) bulan April - Mei 2013.

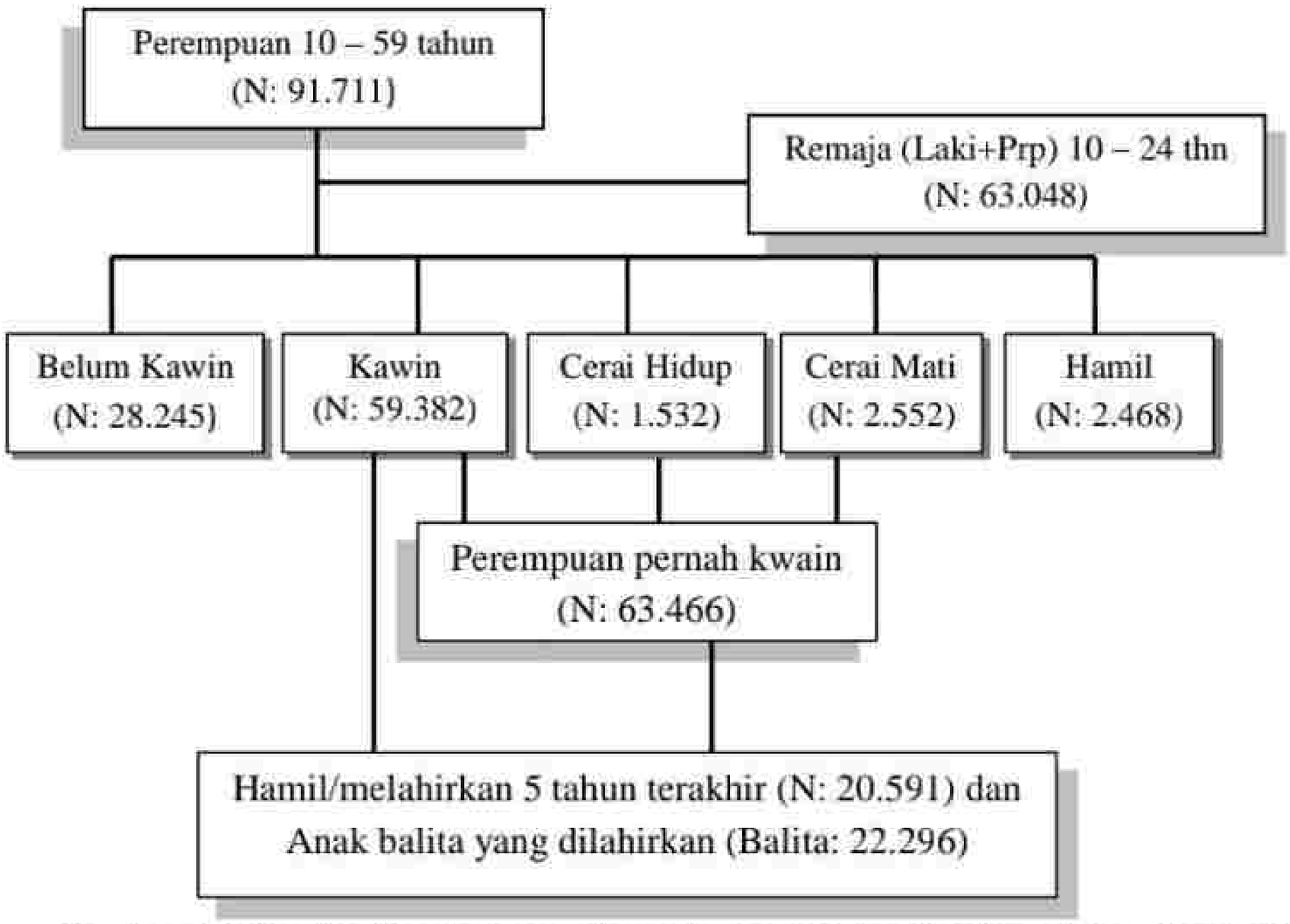
4.5 Populasi dan sampel

4.5.1 Populasi dan Sampel Riskesdas

Populasi dalam Riskesdas 2010 adalah seluruh rumah tangga biasa yang mewakili 33 provinsi di Indonesia. Dalam mencapai goal kelima MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu, targetnya terkait dengan kesehatan reproduksi, Riskesdas 2010 mengumpulkan informasi mulai dari umur pertama menstruasi, umur perkawinan pertama, sampai pada informasi fertilitas serta penggunaan alat/cara KB, dan juga pelayanan kesehatan pada masa kehamilan, kelahiran, dan nifas. Disamping itu terkait dengan kesehatan reproduksi, informasi kejadian aborsi serta perilaku seksual pra-nikah dari remaja juga dikumpulkan. Jumlah sampel yang digunakan

Dipindai dengan CamScanner

untuk analisis kesehatan reproduksi pada penelitian Riskesdas 2010 adalah seperti pada gambar 4.5



Gambar 4.5 Jumlah Sampel yang digunakan untuk Analisis Kesehatan Reproduksi pada Riskesdas 2010

4.5.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian dalam hal ini terkait dengan kesehatan ibu pada masa hamil, bersalin dan nifas maka penulis mengambil salah satu sampel Riskesdas 2010 yaitu kesehatan reproduksi sebagai populasi. Maka populasi penelitian ini adalah seluruh wanita Indonesia dari 33 provinsi yang berumur 10 – 59 tahun pernah kawin, hamil dan melahirkan anak dalam kurun waktu 5 tahun sebelum survei Riskesdas berjumlah 20.591.

Dari populasi tersebut akan digunakan sebagai sampel yaitu total populasi. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh wanita yang berumur 10 – 59 tahun pernah kawin,

Dipindai dengan CamScanner

hamil dan melahirkan anak terakhir dalam kurun waktu 5 tahun terkahir sebelum survai dan memiliki data lengkap sesuai dengan variabel yang akan diteliti.

4.6 Cara Pengambilan Sampel

4.6.1 Pengambilan Sampel Riskesdas 2010

Sampel rumah tangga dalam Riskesdas 2010 dipilih berdasarkan *listing* Sensus Penduduk (SP) 2010. Proses pemilihan rumah tangga dilakukan BPS *dengan two stage sampling*, sama dengan metode pengambilan sampel Riskesdas 2007/Susenas 2007. Penarikan sampel Riskesdas 2010 dengan menggunakan Blok Sensus (BS). Riskesdas memilih BS yang telah dikumpulkan SP 2010.

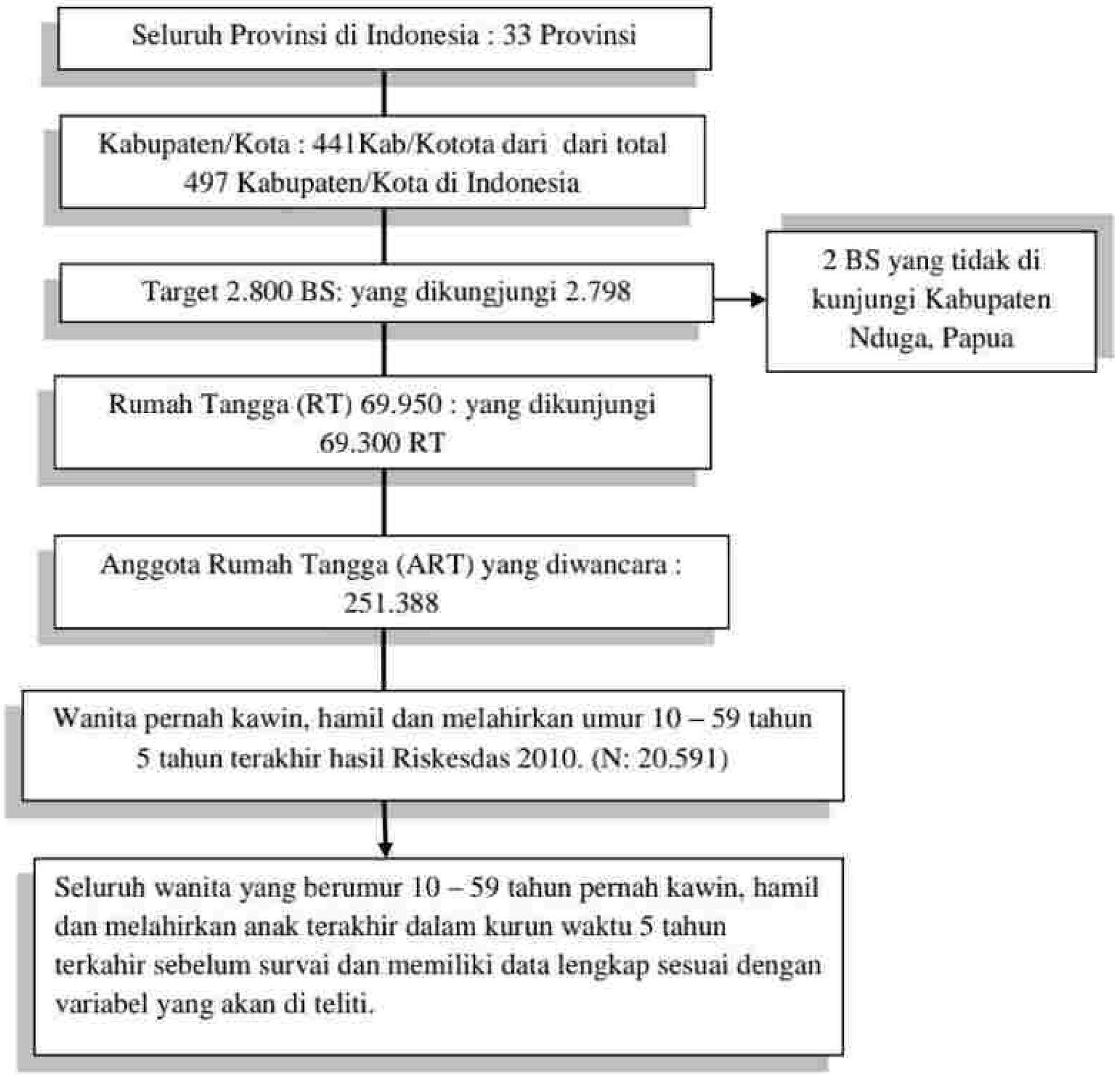
Pemilihan BS dilakukan sepenuhnya oleh BPS dengan memperhatikan status ekonomi, dan rasio perkotaan/perdesaan. Untuk sampel biomedis, penarikan sampel dilakukan secara *stratified random sampling* dengan strata berdasarkan besarnya angka prevalensi malaria dan TB-paru hasil Riskesdas 2007. Secara nasional jumlah sampel yang dipilih untuk kesehatan masyarakat adalah sebesar 2.800 BS dengan 70.000 rumah tangga, sedang untuk sampel biomedis adalah sebesar 823 BS dengan 20.575 rumah tangga.

Dari setiap provinsi diambil sejumlah BS yang *representative* (mewakili) rumah tangga/anggota rumah tangga di provinsi tersebut. Riskesdas 2010 berhasil mengumpulkan data dari seluruh BS kecuali 2 BS di Kabupaten Nduga, Papua. Dengan demikian dari 2800 BS yang terpilih, 2798 BS yang berhasil dikunjungi (99,9%). Berikut ini adalah cara pengambilan sampel Riskesdas 2010.

4.6.2 Pengambilan sampel penelitian

Dipindai dengan CamScanner

Cara pengambilan sampel penelitian adalah total sampling dari semua sampel yang ada pada hasil Riskesdas 2010, yang sesuai dengan kriteria penelitian dengan pertimbangan menggunakan data sekunder jadi sampel sudah tersedia, dan hasilnya lebih menggambarkan populasi. Berikut ini merupakan cara pengambilan sampel penelitian data sekunder Riskesdas 2010 (Gambar 4.5)



Gambar 4.6 Bagan Cara pengambilan sampel

4.6.3 Besar Sampel

Diplindai dengan CamScanner

Besaran sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk penelitian survei, yaitu menggunakan proporsi binomunal (*binomunal proportions*). Pada penelitian ini P yang digunakan adalah penelitian Armagustini (2010), proporsi ibu yang mengalami komplikasi persalinan sekitar 62.3%. Berikut rumus perhitungan estimasi proporsi pada penelitian ini.

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}\, P\,(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel minimal yang diperlukan

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z = 1.96 pada $\alpha = 0.05$

P = proporsi ibu yang mengalami komplikasi pasca persalinan (62.3%)

d = nilai presisi (5%) → 0.05

Berdasarkan perhitungan besar sampel tersebut maka didapatkan jumlah minimal sampel sebesar 361, dengan nilai P di dapat dari penelitian sebelumnya yang berkaitan, namun penelitian ini menggunakan data sekunder dengan jumlah sampel yang lebih besar dari jumlah sampel minimum yaitu 9.665, Data yang missing tidak dimasukan dalam penelitian, maka jumlah sampel yang akan dianalisis adalah semua sampel yang ada dalam data survei sesuai dengan kriteria penelitian.

4.7 Pengolahan Data

Sebelum dilakukan analisis data, data yang dikumpulkan dilakukan subset atau pengelompkan data berdasarkan variabel yang dipilih yang digabungkan dalam satu file kerja. Variabel-variabel yang terpilih disimpan dalam database untuk proses analisis selanjutnya dengan menggunakan SPSS 17 (*Statistical Program For Social Science*). Data yang telah dikelompokan, kemudian dilakukan pengkodean ulang sesuai dengan kategori pada definisi operasional sehingga data siap untuk dianalisis.

Dipindai dengan CamScanner

4.8 Analisa Data

Analisis data merupakan kelanjutan dari tahapan pengolahan data. Setelah data diberi nilai (*score*) dan dimasukkan (*entry*), data kemudian dianalisis dengan menggunakan komputer. Analisis data dilakukan dengan menggunakan tiga metode analisis, yaitu analisis univariat, analisis bivariat dan terakhir analisis multivariat.

Dalam menganalisis data dengan bivariat dan multivariat, maka hasil ukur masing-masing variabel akan dibuat katergori sebegai berikut:

1. Komplikasi Pasca Persalinan, dengan kategori

   0 = Ada komplikasi (Jika ibu mengalami satu atau lebih kompliasi pasca persalinan seperti perdarahan, pingsang, kejang-kejang, demam tinggi, rasa nyeri di payudara, rasa sedih, tertekan dan lain-lain.

   1 = Tidak ada komplikasi (Jika ibu tidak mengalami satu atau lebih kompliasi pasca persalinan)

   Skala hasil ukur = Nominal

   Dalam Riskesdas 2010 menggunakan kuesioner Dd41, dikategorikan ada atau tidaknya komplikasi pasca persalinan yang berupa perdarahan, pingsang, kejang-kejang, demam tinggi, rasa nyeri di payudara, rasa sedih, tertekan dan lain-lain.

2. Tingkat Pendidikan Ibu, dikategorikan:

   0 = Pendidikan Rendah (tidak penah sekolah, tidak tamat SD, tamat SD/Sederajat, tamat SMP/Sederajat)

   1 = Pendidikan Tinggi (Tampat SMA/Sederajat, tamat Akademi, tamat PT)

   Skala hasil Ukur = Ordinal

   Tingkat pendidikan yang terdapat dalam Riskesdas 2010 kuesioner B4K8 dikategorikan tidak penah sekolah, tidak tamat SD, tamat SD/Sederajat, tamat SMP/Sederajat, tamat SMA/Sederajat, tamat Akademi, tamat PT

3. Pekerjaan

   0 = Tidak Bekerja (tidak bekerja, sekolah)

Dipindai dengan CamScanner

1 = Bekerja (TNI/Polri, PNS/Pegawai, Wiraswasta/Jasa/Dagang, Petani, Nelayan, Buruh, Lainnya)

Skala hasil ukur = Nominal

Dalam Riskesdas 2010 kuesioner B4K9 status pekerjaan dikategorikan tidak bekerja, sekolah, TNI/Polri, PNS/Pegawai, Wiraswasta/Jasa/Dagang, Petani, Nelayan, Buruh, Lainnya.

4. Status Ekonomi

   0 = Rendah (Kuintil < 3)

   1= Menengah-Tinggi (Kuintil 3 - 5)

   Skala hasil ukur = Ordinal

   Dalam Riskesdas 2010 kuesioner RKD10RT Bag. VII status ekonomi dikategorikan 1. kuintil 1; 2. Kuintil 2; 3. Kuintil 3; 4. Kuintil 4 dan 5. kuintil 5

5. Wilayah tempat tinggal, dikategorikan:

   0 = Pedesaan

   1 = Perkotaan

   Skala hasil ukur = Nominal

   Dalam Riskesdas 2010 wilayah tempat tinggal atau domisili dikategorikan perkotaan dan pedesaan, terdapat dalam kuesioner B1R5

6. Usia Ibu, dikategorikan :

   0 = Berisiko (jika usia ibu < 20 tahun atau ≥ 35 tahun)

   1 = Tidak Berisiko (jika usia ibu 20 - 34 tahun)

   Skala hasil ukur = Ordinal

   Dalam Riskesdas 2010 menggunakan kuesioner Dd02b dikategorikan usia ibu dalam tahun.

7. Paritas, dikategorikan:

   0 = Paritan tinggi (jika ≥ 4)

   1 = Paritas rendah (jika < 4)

   Skala hasil ukur = Ordinal

   Dalam Riskesdas 2010 menggunakan kuesioner Dd03 dikategorikan urutan kelahiran yang terakhir.

8. Jarak Kelahiran, dikategorikan:

Dipindai dengan CamScanner

0 = Berisiko (< 24 bulan)

1 = Tidak Berisiko (≥ 24 bulan)

Skala hasil ukur = Ordinal

Jarak kehamilan yang terdapat dalam Riskesdas 2010 kuesioner Dd04 dikategorikan dalam bulan, dan bila anak pertama dituliskan 000.

9. Riwayat Kompliasi kehamilan

   0 = ada (Jika responden pernah mengalami satu atau lebih jenis komplikasi seperti mules hebat sebelum 9 bulan, perdarahan, demam tinggi, kejang-kejang dan pingsan, dan lainnya)

   1 = tidak ada (Jika responden tidak pernah mengalami riwayat komplikasi kehamilan)

   Skala hasil ukur = Nominal

   Riwayat penyakit ibu yang terdapat dalam Riskesdas 2010 kuesioner Dd28 dikategorikan dalam mules hebat sebelum 9 bulan, perdarahan, demam tinggi, kejang-kejang dan pingsan, dan lainnya.

10. Riwayat Komplikasi Persalinan

   0 = ada (Jika responden pernah mengalami satu atau lebih jenis komplikasi seperti Perdarahan; Preeklamsi/Eklamsi (bengkak dua tungkai, darah tinggi dan kejang); rahim robek; jalan lahir tertutup; ketuban pecah dini, hamil diluar rahim dan lainya)

   1 = tidak ada (Jika responden tidak pernah mengalami riwayat komplikasi persalinan)

   Skala hasil ukur = Nominal

   Riwayat penyakit ibu yang terdapat dalam Riskesdas 2010 kuesioner Dd35 dikategorikan dalam Perdarahan; Preeklamsi/Eklamsi (bengkak dua tungkai, darah tinggi dan kejang); rahim robek; jalan lahir tertutup; ketuban pecah dini, hamil diluar rahim dan lainya.

11. Pemeriksaan antenatal, dikategorikan:

   0 = Tidak baik (Jika responden melakukan pemeriksaan < 4 kali selama kehamilannya (minimal 1 kali trimester pertama, minimal 1 kali trimester kedua dan minimal 2 kali pada trimester ketiga), dan tidak lengkap

Dipindai dengan CamScanner

mendapatkan pemeriksaan Timbang berat badan, ukur Tinggi badan, ukur Tekanan darah, periksa air seni dan darah, ukur Tinggi fundus (palpasi) dan pernah mendapatkan Imunisasi TT.

1 = Baik (Jika malakukan pemeriksaan minimal 4 kali selama kehamilnanya (1 kali trimester pertama, 1 kali trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga), dan lengkap mendapatkan mendapatkan pemeriksaan Timbang berat badan, ukur Tinggi badan, ukur Tekanan darah, periksa air seni dan darah, ukur Tinggi fundus (palpasi), dan pernah mendapatkan Imunisasi TT.

Skala hasil ukur = Nominal

Pemeriksaan antenatal yang terdapat dalam Riskesdas 2010 kuesioner Dd12, Dd18, Dd20 dan Dd23

12. Penolong terakhir persalinan, dikategorikan:

0 = Bukan tenaga kesehatan (Jika pertolongan persalinan ditolong oleh dukun, keluarga/teman, dan lainnya)

1 = Tenaga kesehatan (Jika pertolongan persalinan ditolong oleh doketr kandungan, dokter umum, bidan, perawat/mantri)

Skala hasil ukur = Nominal

Penolong terkahir persalinan yang terdapat dalam Riskesdas 2010 kuesioner Ea03a dikategorikan dalam doketr kandungan, dokter umum, bidan, perawat/mantri, dukun, keluarga/teman, dan lainnya.

13. Tempat persalinan, dikategorikan:

0 = bukan fasilitas kesehatan (jika tempat persalinan dirumah)

1 = Fasilitas kesehatan (jika tempat persalinan di rumah sakit, puskesmas, kinik dokter/bidan)

Skala hasil ukur = Nominal

Tempat persalinan yang terdapat dalam Riskesdas 2010 kuesioner Ea03b dikategorikan dalam rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, rumah sakit bersalin/rumah bersalin, puskesmas, puskesmas pembantu, praktek dokter, praktek bidan, polindes/poskesdes, dirumah dan lainnya.

4.8.1 Analisis Univariat

Dipindai dengan CamScanner

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi atau besarnya proporsi berdasarkan karakteristik yang diteliti dari semua variabel penelitian. Analisis univariat ini disajikan dalam bentuk tabel yang disertai dengan narasi singkat.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis ini dimaksudkan untuk melihat hubungan antara variabel dependen (terikat) dan variabel independen (bebas). Dalam analisis ini, peneliti menggunakan uji statistik Kai Kuadrat (*Chi-Square*) karena keduanya merupakan variabek kategorik. Hal ini bertujuan untuk mengetahui derajat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dan dilihat dari nilai P-*value*. Bila P-*value* < 0,05 maka uji statistik dikatakan bermakna. Namun jika nilai P-*value* > 0,05 maka uji statistik dikatakan tidak bermakna.

a. *Uji Chi-Square* (X^2)

Uji ini dilakukan untuk melihat perbedaan dan hubungan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data, dalam hal ini adalah variabel dependen dengan variabel independen. Untuk menghitung nilai X^2 digunakan rumus :

$$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

O = Frekuensi teramati

E = Frekuensi harapan

dengan derajat kebebasan (*degree of freedom*)

$$df = (k-1)\,(b-1)$$

Keterangan k = Jumlah kolom dalam tabel

b = Jumlah baris dalam tabel

Pada penelitian ini uji dilakukan dengan tingkat kepercayaan 95%.

b. *Odds Rasio*

Denga odds rasio ini dapat diketahui derajat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen atau untuk mengestimasi tingkat rasio antara variabel dependen dengan variabel independen. Rumus yang digunakan sebagai berikut:

Dipindai dengan CamScanner

$$\text{OR} = \frac{axd}{bxc}$$

Keterangan a = Kelompok kasus yang terpajan

b = Kelompok kontrol yang terpajan

c = Kelompok kasus yang tidak terpajan

d = Kelompok kontrol yang tidak terpajan

Bila OR = 1, Estimasi bahwa tidak ada asosiasi antara veriabel dependen dengan variabel independen

Bila OR > 1, Estimasi bahwa asosiasi positif antara veriabel dependen dengan variabel independen atau sebagai efek penyebab

Bila OR < 1, Estimasi bahwa asosiasi negatif antara veriabel dependen dengan variabel independen atau sebagai efek protektif.

4.8.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan melihat hubungan beberapa variabel independen yang terkait dan memiliki hubungan secara signifikan maupun substansi dengan variabel komplikasi pasca persalinan. Dalam melakukan analisis maka dilakukan pemilihan terhadap variabel yang masuk dalam model multivariat. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai p <0,25 maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat, untuk variabel yang *p value*-nya >0,25 namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dimasukan juga dalam model multivariate. Uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik karena variabel dependen dan variabel independen adalah data dikotomus (kategorik).

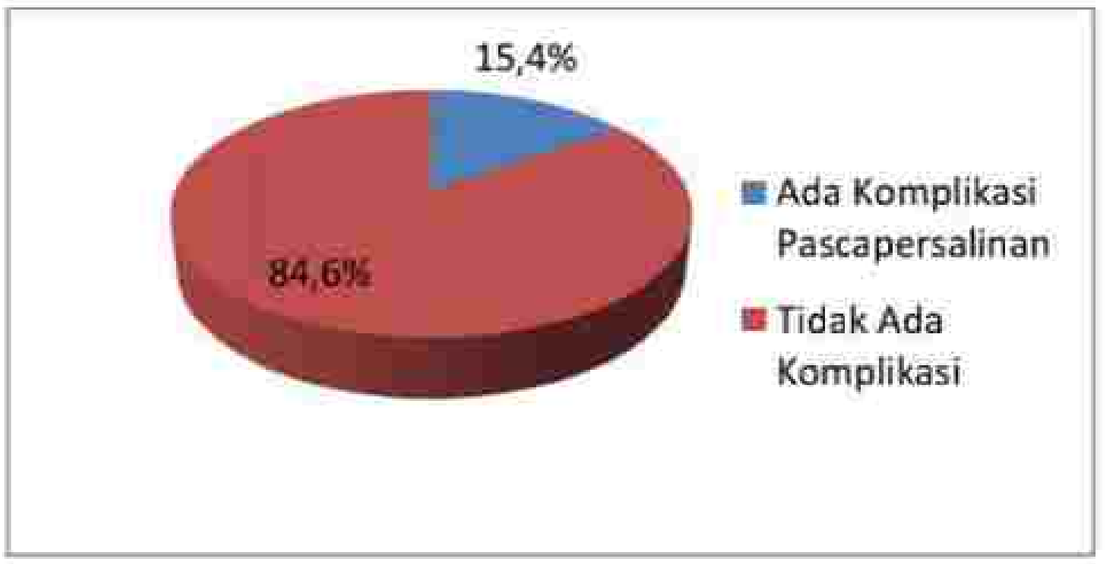
Diplindai dengan CamScanner

BAB V
HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Komplikasi Pasca Persalinan

Kejadian komplikasi pasca persalinan dalam penelitian ini merupakan suatu keadaan yang dialami oleh responden seperti adanya perdarahan, pingsang, kejang-kejang dan demam tinggi. Kriteria ini berdasarkan dari pertanyaan yang diberikan kepada responden sesuai dengan kuesioner yang terdapat pada Riskesdas 2010.

Gambaran kejadian komplikasi pasca persalinan pada ibu yang pernah melahirkan dalam kurun waktu lima tahun terakhir sebelum survei berdasarkan hasil Riskesdas 2010 terdapat 9.665 ibu bersalin. Dari total tersebut didapatkan ibu yang mengalami komplikasi pasca persalinan sebesar 1.492 ibu bersalin (15,4%).



Gambar 5.1.1 Gambaran Kejadian Komplikasi Pasca Persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010

Berdasarkan jenis komplikasi pasca persalinan yang terjadi di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2010, pada gambar 5.1.2 menunjukkan bahwa komplikasi karena perdarahan sebanyak 321 (17%), Kejang dan pingsan 127 (6 %), rasa nyeri di payudara 1045 (54%), rasa sedih 195 (10 %), demam tinggi 174 (9%) dan lainya seperti hipertensi, pusing, sakit kepala, nyeri saat BAK, menggigil, nyeri perut sebanyak 72 (4%).

Dipindai dengan CamScanner

Catatan : Responden dapat mengalami satu atau lebih riwayat

Gambar 5.1.2 Gambaran Jenis Komplikasi Pasca Persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010

5.1.3 Karakteristik Responden

Berdasarkan Tabel 5.1.3a menununjukkan bahwa persentase responden yang berpendidikan terbayak adalah tamat SD/MI sebesar 32.3% dan yang terkecil adalah tamat diploma dan perguruan tinggi yaitu 3.8%. Untuk keperluan analisis selanjutnya, maka tingkat pendidikan dikategorikan menjadi tingkat pendidikan rendah yang meliputi tidak sekolah, /Tamat SD/MI Tamat SLTP/MTS, dan tingkat pendidikan tinggi yang meliputi Tampat SLTA/MA, Diploma dan Perguruan Tinggi (PT). Hasil dari analisis kategori (Tabel 5.1.3b) diketahui bahwa responden dengan pendidikan rendah lebih besar dibandingkan dengan pendidikan tingggi yaitu 66,9% dan 33,1%. Sedangkan karakteristik dilihat dari pekerjaan responden, tidak bekerja memilki persentase 51,2% sedikit lebih tinggi dari ibu yang bekerja yaitu 48,8%.

Persentase status ekonomi terlihat bahwa responden dengan status ekonomi rendah memiliki perbedaan sedikit yaitu 48,6% dibandingkan dengan responden yang

Dipindai dengan CamScanner

berstatus ekonomi menengah-tinggi 51,4%. Berdasarkan wilayah tempat tinggal juga memiliki perbedaan sedikit antara ibu yang tinggal di pedesaan dibanding perkotaan yaitu 49,0% dan 51,0%.

Tabel 5.1.3a Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	n	%
Tidak pernah sekolah	230	2.4
Tidak tamat SD/MI	1013	10.5
Tamat SD/MI	3122	**32.3**
Tamat SLTP/MTS	2104	21.8
Tamat SLTA/MA	2460	25.5
Tamat D1/D2/D3	366	**3.8**
Tamat PT	370	**3.8**
Total	9665	100

Tabel 5.1.3b Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik Ibu yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010

Karakteristik Ibu		n	%
Pendidikan	Rendah	6469	66,9
	Tinggi	3196	33,1
Pekerjaan	Tidak	4944	51,2
	Ya	4721	48,8
Status Ekonomi	Rendah	4695	48,6
	Menengah-Tinggi	4970	51,4
Wilayah Tempat Tinggal	Pedesaan	4738	49,0
	Perkotaan	4927	51,0

Dipindai dengan CamScanner

5.1.4 Status Reproduksi Responden

Status reproduksi berdasarkan usia responden pada tabel 5.1.4 terlihat bahwa terbanyak pada usia 30–35 tahun (36.9%) dan yang terkecil pada usia < 20 tahun 0.7%. Bila di jumlahkan berdasarkan kriteria usia produktif dan aman untuk wanita hamil, bersalin dan nifas yaitu pada usia 20-35 tahun sebanyak 78.7%. Berdasarkan paritas, responden dengan paritas 2–3 lebih besar 74,5%, dan persentase yang terkecil pada paritas >5 yaitu 6.0%. Bila dilihat dari persentase jarak kelahiran yang terbanyak berkisar antara 24–60 bulan (47.5%), dan yang terkecil pada persentase jarak kelahiran > 120 bulan (6.1%).

Tabel 5.1.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Reproduksi

Status Reproduksi		n	%
Usia	< 20 Tahun	67	0.7
	20-24 tahun	1050	10.9
	25-29 tahun	2990	30.9
	30-35 tahun	3571	**36.9**
	>35 tahun	1987	20.6
Paritas	2-3 anak	7204	**74.5**
	4-5 anak	1885	19.5
	>5 anak	576	6
Jarak Kelahiran	< 24 bulan	1225	12.7
	24-60 bulan	4589	**47.5**
	61-120 bulan	3266	33.8
	>120 bulan	585	6.1

Dalam melakukan analisis selanjutnya maka masing-masing variabel dibuat pengkatagorisasian seperti umur dengan katagori < 20 dan > 35 tahun dengan umur 20 – 35 tahun: pada paritas di kategorikan menjadi 2-3 anak dan >3 anak, sedangkan untuk jarak kelahiran < 24 bulan dan ≥ 24 bulan.

5.1.5 Status Kesehatan Responden

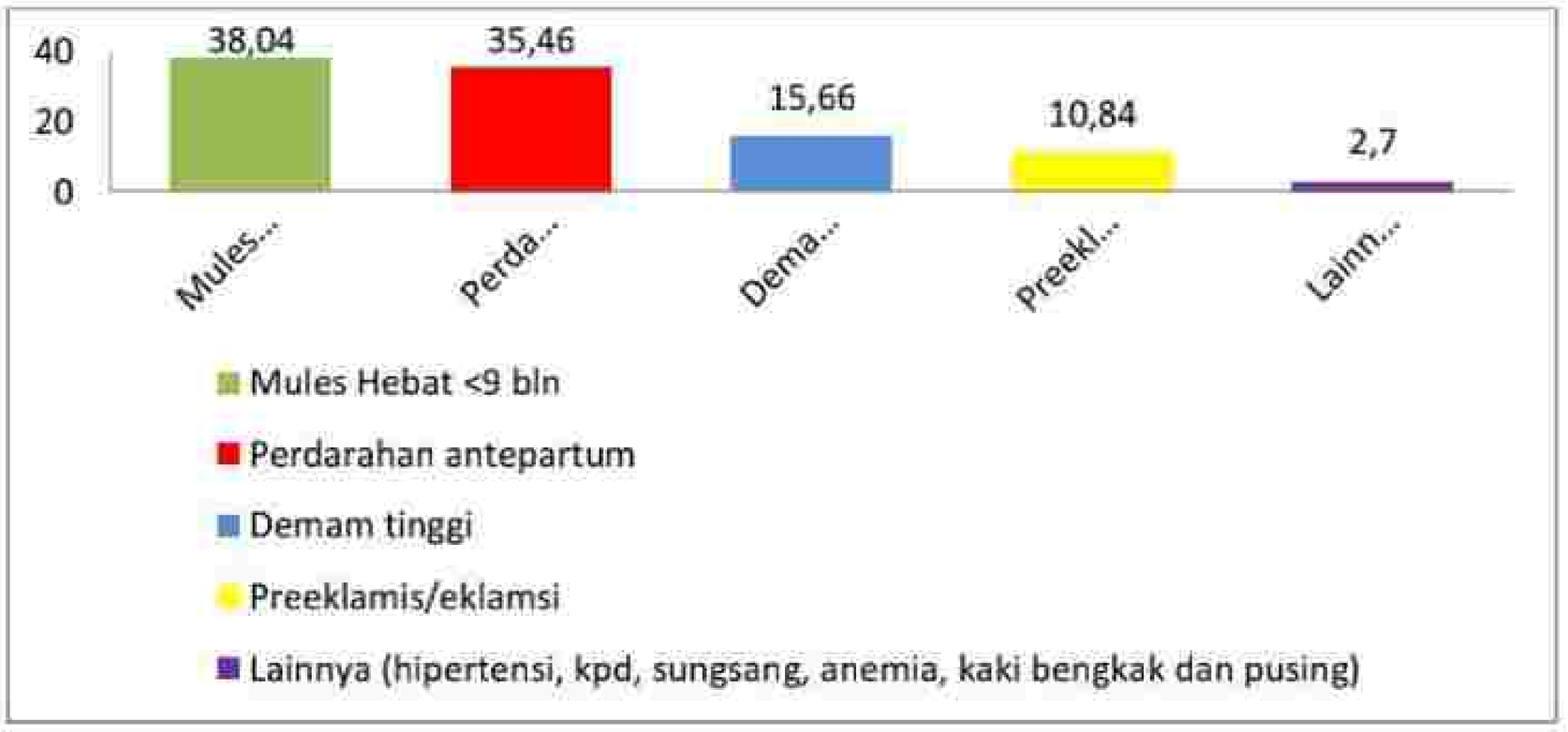
Diplindai dengan CamScanner

Tabel 5.1.5 menunjukkan bahwa berdasarkan status kesehatan ada dua yakni riwayat komplikasi kehamilan dan riwayat komplikasi persalinan. Pada tabel terlihat bahwa persentase responden yang memiliki riwayat komplikasi kehamilan dan riwayat komplikasi persalinan masing-masing mempunyai persentase lebih kecil bila dibanding pada responden yang tidak ada riwayat yaitu 6,3% dan 9.9%. Sedangkan responden yang tidak ada riwayat komplikasi baik kehamilan maupun persalinan persalinan memilki persentase yang tidak jauh berbeda yakni 97.3% (tidak ada riwayat komplikasikehamilan) dan 90,1% (tidak ada riwayat komplikasi persalinan).

Tabel 5.1.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Kesehatan

Status Kesehatan		n	%
Riwayat komplikasi kehamilan	Ada	605	6,3
	Tidak	9060	93,7
Riwayat komplikasi persalinan	Ada	956	9.9
	Tidak	8709	90.1

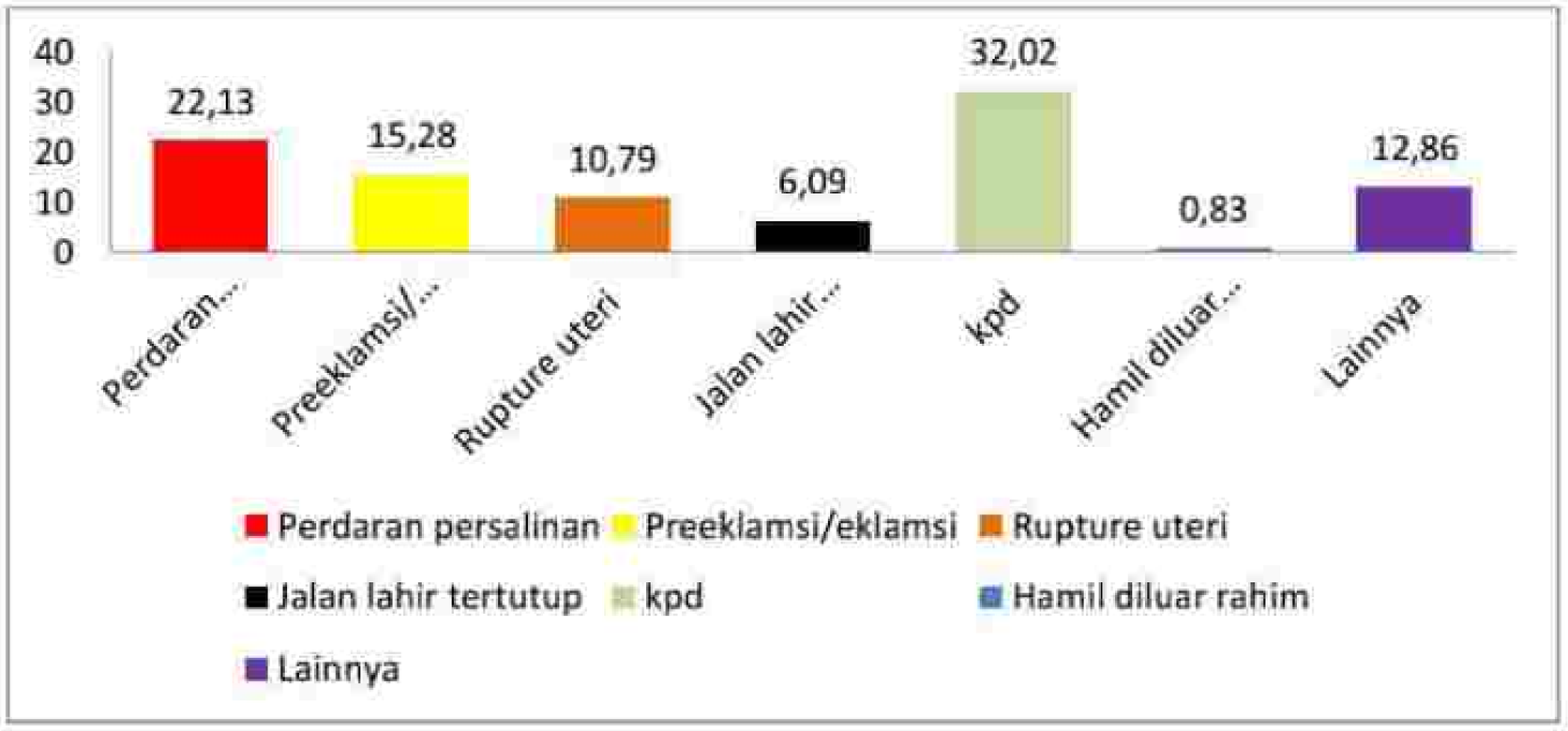
Berdasarkan jenis riwayat komplikasi kehamilan (Gambar 5.1.6) diketahui bahwa persentase jenis terbanyak adalah mules hebat < 9 bulan 38.04%, dan jenis paling kecil adalah lainya seperti hipertensi, kpd, sungsang, anemia, kaki bengkak dan pusing. Pada Gambar 5.1.7 menunjukkan bahwa riwayat komplikasi persalinan yang terbanyak adalah Ketuban Pecah Dini (KPD) 32.2% dan terbanyak kedua adalah perdarahan 22.13%.



Dipindai dengan CamScanner

Catatan : Responden dapat mengalami satu atau lebih riwayat

Gambar 5.1.6 Jenis Riwayat Komplikasi Kehamilan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010



Catatan : Responden dapat mengalami satu atau lebih riwayat

Gambar 5.1.7 Jenis Riwayat Komplikasi Persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010

5.1.6 Perilaku Kesehatan Responden

a. Pemeriksaan Antenatal

Persentase perilaku kesehatan responden dilihat dari pemeriksaan antenatal yang memiliki persentase terbesar adalah pada responden yang melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester II (TM II) yaitu 91.8%, sedangkan pada kunjungan TM III hanya 78,6%. Pada responden yang mendapatkan kelengkapan pemeriksaan 5T pada saat kunjungan antenatal yang terbanyak pada pemeriksaan ukur tekanan darah yaitu 94.6%, sedangkan yang terkecil pada pemeriksaan test labolatorium yaitu hanya 20,5%. Sedangkan bila dilihat dari persentase mendapatkan imunisasi TT antara yang mendapatkan dengan yang tidak mendapatkan memiliki persentase yang tidak jauh berbeda yaitu 50,6% dan 49,4%, (Tabel 5.1.6a).

Dipindai dengan CamScanner

Tabel 5.1.6a Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden Menurut Pemeriksaan Antenatal di Indonesia (Riskesdas 2010)

Pemeriksaan Antenatal			n	%
Status Pemeriksaan	TM I (min 1 x)	Ya	7672	79.4
		Tidak	1993	20.6
	TM II (min 1 x)	Ya	8875	**91.8**
		Tidak	790	8.2
	TM III (min 2 x)	Ya	7592	**78.6**
		Tidak	2073	21.4
Mendapatkan Pemeriksaan 5T	Timbang&ukur TB	Ya	4872	50.4
		Tidak	4793	49.6
	ukur Tekan darah	Ya	9147	**94.6**
		Tidak	518	5.4
	ukur TFU (palpasi)	Ya	8887	92
		Tidak	778	8
	imunisasi TT	Ya	4895	**50.6**
		Tidak	4770	**49.4**
	Test lab (Darah & Urin)	Ya	1978	**20.5**
		Tidak	7687	79.5

Catatan: TM = (Trimester); TT (Tetanus Toksoid); TB (Tinggi Badan)

b. Penolong Persalinan

Pada Tabel 5.1.6b menunjukkan bahwa persentase terbanyak untuk penolong persalinan adalah bidan yaitu 66.1% dan yang terkecil pada penolong paramedis (selain bidan) 1.7%.

Tabel 5.1.6b Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden Menurut Penolong Persalinan di Indonesia (Riskesdas 2010)

Penolong Persalinan	n	(%)
Bukan Nakes	1731	17.9
Dokter (SpOG/Umum)	1378	14.3
Bidan	6390	**66.1**
Paramedis lain	166	1.7
Total	9665	100

Dipindai dengan CamScanner

c. Tempat Persalinan

Bedasarkan tempat persalinan seperti terlihat pada Tabel 5.1.6c yang memiliki persentase terbanyak adalah persalinan di rumah (45.1%) sedangkan persentase terkecil pada fasilitas pemerintah yaitu 14.2%.

Tabel 5.1.6c Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden Menurut Tempat Persalinan di Indonesia (Riskesdas 2010)

Tempat Persalinan	n	(%)
Rumah	4358	**45.1**
RS.Pemerintah/PKM/Polindes	1375	**14.2**
RS.Swasta/Klinik/RB/PD/PB	3932	40.7
Total	9665	100

catatan: RS=Rumah Sakit; PKM=Puskesmas; RB=Rumah Bersalin; PD=Praktek Dokter; PB=Praktek Bidan

Faktor perilaku kesehatan tersebut yang terdiri dari pemeriksaan antenatal, penolong persalinan dan tempat persalinan, akan dilakukan pengkatagorisasian guna melakukan analisis selanjutnya. Pada pemeriksaan antenatal dikategorikan mennjadi Tidak baik dan baik, dinyatakan tidak baik bila responden melakukan pemeriksaan kurang dari 4 kali selama kehamilannya (minimal 1 kali trimester pertama, minimal 1 kali trimester kedua dan minimal 2 kali pada trimester ketiga), dan tidak lengkap mendapatkan pemeriksaan Timbang berat badan, ukur Tinggi badan, ukur Tekanan darah, periksa air seni dan darah, ukur Tinggi fundus (palpasi) dan pernah mendapatkan Imunisasi TT, sedangkan kategori baik dinyatakan sebaliknya.

Pada penolong persalinan akan digaterorikan menjadi non nakes dan nakes (dokter kandungan/umum, bidan, paramedis lain), dan untuk kategori tempat persalinan, bukan fasilitas kesehatan (bukan faskes) yaitu rumah dan fasilitas kesehatan (RS.Pemerintah/PKM/Polindes,RS.Swasta/Klinik/RB/PD/PB). Tabel 5.1.7 berikut ini adalah hasil persentase dari pengkatagorisasian pada faktor perilaku kesehatan.

Dipindai dengan CamScanner

Tabel 5.1.7 Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan di Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2010

Perilaku Kesehatan		Frekuensi	Persentase (%)
Pemeriksaan Antenatal	Tidak Baik	8513	**88.1**
	Baik	1152	11.9
Penolong Persalinan	Non Nakes	1731	17.9
	Nakes	7934	**82.2**
Tempat Persalinan	Bukan Faskes	4358	45,1
	Faskes	5307	54.9

Berdasarkan Tabel 5.1.7 menunjukkan bahwa persentase pemeriksaan antenatal yang dikategorikan tidak baik lebih tinggi yaitu 88.1% dibandingkan dengan yang baik hanya 11.9%. Pada penolong persalinan persentase nakes lebih banyak (82.2%) dan non nakes 17.9%, sedangkan pada tempat persalinan memiliki persentase yang tidak jauh berbeda antara bukan faskes dan faskes yaitu 45.1% dan 54.9%.

5.2 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca Persalinan

Pada Tabel 5.2 menunjukkan hubungan antara variabel independen, yang terdiri dari faktor karakteristik, status reproduksi, status kesehatan dan perilaku kesehatan dengan kejadian komplikasi pasca persalinan di Indonesia berdasarkan hasil analisis data Riskesdas 2010. Hubungan secara statistik dianggap bermakna jika mempunyai nilai $p<0,05$. Analisis ini juga bertujuan untuk menyeleksi variabel yang dapat diikutsertakan dalam analisis multivariat dengan nilai $p<0,25$. Pada hasil analisis bivariat ini menggunakan uji *Chi-Square.* Berikut adalah tabel hasil analisis bivariat antara variabel independen dengan variabel dependen.

Dipindai dengan CamScanner

Tabel 5.2 Hasil Analisis Bivariat Variabel Independen dengan Variabel Dependen (Komplikasi Pasca Persalinan) Berdasarkan Data Riskesdas 2010

No	Variabel	Komplikasi Pasca persalinan				p value	OR (95% CI)
		Ya	%	Tidak	%		
1	**Faktor Karakteristik**						
	Tingkat pendidikan						
	Rendah	1027	15.9	5442	84.1	0,095	1.108
	Tinggi	465	14.5	2731	85.5		(0,984 - 1,248)
	Pekerjaan Tidak	768	15.5	4176	84.4	0,809	1.015
	Ya	724	15.3	3997	84.7		(0.909 - 1.134)
	Status ekonomi						
	Rendah	705	15,0	3990	85	0.278	0.939
	Menengah-Tinggi	787	15.8	4183	84.2		(0.841-1.049)
	Wilayah tempat tinggal						
	Perdesaan	730	15.4	4008	84.6	0.959	0.996
	Perkotaam	762	15.5	4165	85.5		(0.891-1.112)
2	**Faktor Status Reproduksi**						
	Usia < 20 dan > 35 th	304	14.8	1750	85.2	0.387	0.939
	20 - 35 tahun	1188	15.6	6423	84.4		(0819-1.077)
	Paritas > 3 (Berisiko)	372	15.1	2089	84.9	0.632	0.967
	2 - 3 (Tidak Berisiko)	1120	15.5	6084	84.5		(0.852-1.099)
	Jarak Kelahiran < 24 Bulan	183	14.9	1042	85.1	0.635	0.957
	≥ 24 Bulan	1309	15.5	7131	84.5		(0.809-1.132)
3	**Faktor Status Kesehatan**						
	Riw.komplikasikehamilan						
	Ada	193	31.9	412	68.1	**0,000***	2.799
	Tidak Ada	1299	14.3	7761	85.7		(2.336-3.353)
	Riw.komplikasipersalinan						
	Ada	1074	22.7	3649	77.3	**0,000***	3.185
	Tidak Ada	418	8.5	4524	91.5		(2.822-3.596)
4	**Faktor Perilaku Kesehatan**						
	Pemeriksaan antenatal						
	Tidak Baik	1340	15.7	7173	84.3	**0.028***	1.229
	Baik	152	13.2	1121	86.8		(1.026-1.472)
	Penolong persalinan						
	Non Nakes	305	17.6	1426	82.4	**0.006***	1.216
	Nakes	1187	15	6747	85		(1.059-1.396)
	Tempat persalinan						
	Bukan Faskes	697	16	3661	84	0.179	1.081
	Faskes	795	15	4512	85		(0.967-1.207)

Dipindai dengan CamScanner

Tanda(*) = Signifikan

5.2.1 Hubungan Karakteristik Ibu dengan Komplikasi Pasca persalinan

Pada tingkat pendidikan menunujukkan bahwa persentase responden yang mengalami komplikasi pasca persalinan, pendidikan rendah sedikit lebih besar dibandingkan dengan pendidikan tinggi yaitu 15,9% dan 14,5%. Hasil analisis didapatkan *p value* = 0,095, artinya tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian komplikasi pasca persalinan.

Hubungan pekerjaan dengan komplikasi pasca persalinan memperlihatkan bahwa antara responden yang tidak bekerja dan yang mempunyai persentase yang hampir sama yaitu 15,5% dan 15,3%. Pada uji statistik diperoleh nilai p = 0,809, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara responden yang tidak bekerja dengan responden yang bekerja terhadap komplikasi pasca persalinan.

Pada variabel status ekonomi dengan komplikasi pasca persalinan berdasarkan hasil analisis dapat terlihat bahwa status ekonomi rendah juga memiliki persentase yang tidak jauh berbeda dengan status ekonomi menengah-tinggi yaitu 15,0% dan 15,8%, sedangkan pada uji satatistik didapatkan *p value* 0,278 yang artinya tidak terdapat hubungan antara satatus ekonomi dengan kejadian komplikasi pasacpersalinan.

Berdasarkan variabel wilayah tempat tinggal, yang bertempat tinggal di pedesaan ataupun perkotaan memiliki persentase yang hampir sama terhadap risiko komplikasi pasca persalinan. Hal ini terlihat pada tabel 5.2.1 bahwa responden yang tinggal di pedesaan memiliki persentase (15,4%) dan di perkotaan (15,5%). Hasil analisis diperoleh *p value* 0.959, artinya tidak ada hubungan antara responden yang tinggal di pedesaan ataupun di perkotaan dengan komplikasi pasca persalinan.

5.2.2 Hubungan Status Reproduksi dengan Komplikasi Pasca Persalinan

Variabel usia dengan komplikasi pasca persalinan terlihat bahwa persentase responden usia 20 - 35 tahun sedikit lebih besar (15,6%) dibandingkan dengan responden yang berusia < 20 dan >35 tahun (14,8%). Hasil *chi-square* memperoleh *p*

Dipindai dengan CamScanner

value 0,387, artinya bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan risiko terjadinya komplikasi pascaperalinan.

Variabel paritas menunujkkan bahwa paritas berisko (> 3) dengan paritas tidak berisiko (2-3) memiliki persentase yang hampir sama terhadap risiko komplikasi pascaperalinan, yaitu 15,1% dan 15,5%. Hasil analisis menunjukkan bahwa *p value* = 0,632, artinya tidak ada hubungan antara paritas dengan komplikasi pasca persalinan.

Hubungan jarak kelahiran dengan komplikasi pasca persalinan menunjukkan *p value* = 0,635, artinya tidak ada hubungan antara jarak kelahiran dengan komplikasi pasca persalinan, dengan persentase jarak kelahiran < 24 bulan lebih tinggi yaitu 15,5% di bandingkan jarak kelahiran ≥ 24 bulan 14.9%.

5.2.3 Hubungan Status Kesehatan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Pada faktor status kesehatan yang terdiri dari riwayat komplikasi kehamilan dan persalinan dapat dilihat bahwa responden yang ada riwayat komplikasi kehamilan memiliki persentase lebih besar (31,9%) dibandingkan dengan responden yang tidak ada riwayat komplikasi kehamilan (14,3%) dengan kejadian komplikasi pasca persalinan. Hasil uji *Chi-Square p value* = 0,000, artinya ada hubungan antara riwayat komplikasi kehamilan dengan kejadian komplikasi pasca persalinan. Hasil analisis keeratan didaptkan OR 2.799 (95% CI, 2.336 - 3.353), yaitu bahwa responden yang memiliki riwayat komplikasi kehamilan berisiko 2.799 kali lebih besar dibanding dengan responden yang tidak memiliki riwayat komplikasi kehamilan.

Pada variabel riwayat komplikasi persalinan, memperlihatkan bahwa responden yang ada riwayat komplikasi persalinan juga memiliki persentase lebih besar (22,7%) dibandingkan dengan tidak ada riwayat komplikasi (8,5%), terhadap risiko komplikasi pasca persalinan. Hasil *chi square* menunjukkan nilai p (*p value*) = 0,000, artinya ada hubungan antara riwayat komplikasi persalinan dengan komplikasi pasca persalinan.

Hasil analisis keeratan hubungan didaptkan OR 3,185 (95% CI, 2.336 - 3.353), artinya bahwa responden yang memiliki riwayat komplikasi persalinan lebih berisiko

Dipindai dengan CamScanner

3.185 kali terjadinya komplikasi pasca persalinan dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat komplikasi persalinan.

5.2.4 Hubungan Perilaku Kesehatan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Faktor perilaku kesehatan, pada pemeriksaan antenatal dengan komplikasi pasca persalinan diperoleh bahwa responden yang pemeriksaan antenatalnya tidak baik memiliki persentase lebih tinggi bila dibandingkan dengan responden yang pemeriksaan antenatalnya baik yaitu 15,7% dan 13,2%.

Pada uji *chi-square* didapatkan *p value* 0,028, artinya ada hubungan antara pemeriksaan kehamilan dengan komplikasi pasca persalinan. Hasil uji keeratan diperoleh OR = 1.229 (95% CI, 1.026-1.472), artinya responden yang pemeriksaan antenatalnya tidak baik memiliki risiko 1.229 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang pemeriksaan antenatalnya baik.

Berdasarkan hasil analisis pada variabel hubungan penolong persalinan dengan komplikasi pasca persalinan menunjukkan bahwa penolong persalinan bukan tenaga kesehatan memiliki persentase lebih tinggi 17,6 persen (17,6%) dibandingkan dengan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yaitu 15,0 persen (15,0%), dengan *p value* 0,006, artinya ada hubungan antara penolong persalinan dengan komplikasi pasca persalinan.

Hasil uji keeratan hubungan diperoleh OR = 1,216 (95% CI, 1.059-1.396), artinya responden yang penolong persalinannya bukan tenaga kesehatan memiliki risiko 1.216 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang penolong persalinannya oleh tenaga kesehatan.

Pada variabel tempat persalinan persentase di bukan pelayanan kesehatan lebih tinggi bila dibandingkan dengan tempat persalinan di pelayanan kesehatan yaitu 16,0% dan 15,0%. Hasil uji *chi square* diperoleh *p value* 0,179, artinya tidak ada hubungan antara tempat persalinan dengan kejadian komplikasi pascaperalinan. Hasil uji keeratan hubungan di dapatkan nilai OR = 1,801 (95% CI, 0.967-1.207), artinya responden yang tempat persalinannya bukan pelayanan kesehatan memiliki risiko 1,081 kali lebih besar dibandingkan bila di pelayanan kesehatan.

Dipindai dengan CamScanner

5.3 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Dalam menentukan faktor yang paling berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan, maka dilakukan beberapa tahapan. Langkah pertama adalah melakukan pemilihan terhadap variabel yang masuk dalam model multivariat. Berdasarkan Tabel 5.3.1 hasil seleksi bivariat diketetahui bahwa variabel yang memiliki nilai p < 0,25 adalah tingkat pendidikan, riwayat komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan, pemeriksaan antenatal, penolong persalinan, dan tempat persalinan, sedangkan variabel yang memiliki nilai p > 0,25 adalah pekerjaan, status ekonomi, wilayah tempat tinggal, usia,paritas, dan jarak kelahiran.

Tabel 5.3.1 Hasil Seleksi Bivariat

No.	Variabel	P Value	Keterangan
1	Tingkat pendidikan	**0.095**	**< 0,25**
2	Pekerjaan	0.809	> 0,25
3	Status ekonomi	0.278	> 0,25
4	Wilayah tempat tinggal	0.959	> 0,25
5	Usia	0.387	> 0,25
6	Paritas	0,632	> 0,25
7	Jarak kelahiran	0.635	> 0,25
8	Riw.komp.kehamilan	**0.000**	**< 0,25**
9	Riw. komp.persalinan	**0.000**	**< 0,25**
10	Pemeriksaan antenatal	**0.028**	**< 0,25**
11	Penolong persalinan	**0.006**	**< 0,25**
12	Tempat persalinan	**0.179**	**< 0,25**

Langkah ke dua adalah menentukan pemodelan multivariat pada masing-masing variabel, yang mencakup variabel utama yaitu komplikasi pasca persalinan dan semua variabel independen dengan metode ENTER. Selanjutnya memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan

Dipindai dengan CamScanner

variabel yang mempunyai *p value* <0,05 dan mengeluarkan variabel yang *p value*-nya >0,05. Hal ini dilakukan secara bertahap dengan dimulai pada variabel yang memiliki nilai p terbesar. Hasil analisis pemodelan pada tabel 5.3.2 diketahui bahwa variabel yang mempunyai *p value* terbesar adalah tingkat pendidikan, pemeriksaan antenatal dan tempat persalinan.

Tabel 5.3.2 Hasil Analisis Regresi Logistik Pemodelan Awal Multivariat

Variabel	B	P value	OR 95% CI
Tingkat pendidikan	0.009	**0.895**	1.009 (0.887-1.147)
Riw.komplikasikehamilan	0.806	0.000	2.238 (1.857-2.697)
Riw.komplikasipersalinan	1.114	0.000	3.047 (2.694-3.445)
Pemeriksaan antenatal	0.113	**0.196**	1.120 (0.943-1.330)
Penolong persalinan	0.214	0.012	1.239 (1.048-1.464)
Tempat persalinan	0.097	**0.164**	1.102 (0.961-1.263)
Constant	0.026	0.019	1.297

Setelah dilakukan pemodelan multivariat (Tabel 5.3.2) selanjutnya adalah melakukan pengeluaran variabel dari model yang memiliki *p value* terbesar. Variabel yang dikeluarkan dari model dimulai dari tingkat pendidikan, pemeriksaan antenatal dan tempat persalinan. Berdasarkan hasil pemodelan multivariat tersebut maka didapatkan variabel-variabel yang termasuk dalam model. Berikut ini adalah hasil pemodelan multivariat setelah dilakukan eliminasi variabel tersebut (tabel 5.3.3).

Tabel 5.3.3 Hasil Regresi Logistik Pengeluaran Varibael pada Pemodelan Multivariat

Step	Variabel	B	P value	OR 95% CI
1	Riw.komplikasikehamilan	0.805	0.000	2.238 (1.857-2.696)
	Riw.komplikasipersalinan	1.114	0.000	3.048 (2.696-3.446)
	Pemeriksaan antenatal	0.114	0.193	1.121 (0.944-1.330)
	Penolong persalinan	0.215	0.011	1.240 (1.051-1.464)
	Tempat persalinan	0.099	0.148	1.104 (0.966-1.262)
	Constant	0.261	0.019	1.298

Dipindai dengan CamScanner

2	Riw.komplikasikehamilan	0.800	0.000	2.225 (1.847-2.681)
	Riw.komplikasipersalinan	1.114	0.000	3.048 (2.695-3.445)
	Penolong persalinan	0.220	0.009	1.246 (1.056-1.471)
	Tempat persalinan	0.106	0.118	1.112 (0.973-1.271)
	Constant	0.273	0.013	1.314
3	Riw.komplikasikehamilan	0.790	0.000	2.202 (1.829-2.652)
	Riw.komplikasipersalinan	1.11	0.000	3.033 (2.683-3.429)
	Penolong persalinan	0.289	0.000	1.335 (1.158-1.539)
	Constant	0.286	0.009	1.331

Setelah dilakukan eliminasi pada variabel yang mempunyai nilap p terbesar, maka dapat diketahui model akhir multivariat. Tabel 5.3.5 menunujkkan hasil akhir analisis multivariat pada faktor-faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia (Analisis data Riskesdas 2010).

Tabel 5.3.5 Hasil Analisis Model Akhir Multivariat

Variabel	B	P value	OR 95% CI
Riw.komplikasikehamilan	0.790	0.000	2.202 (1.829-2.652)
Riw.komplikasipersalinan	1.11	0.000	3.033 (2.683-3.429)
Penolong persalinan	0.289	0.000	1.335 (1.158-1.539)
Constant	0.286	0.009	1.331

Berdasarkan tabel 5.3.5 dapat diketahui bahwa variabel yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan adalah riwayat komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan dan penolong persalinan. Hasil analisis di dapatkan *Odds Rasio* (OR) dari variabel riwayat komplikasi persalinan adalah 3.0 artinya responden yang memiliki riwayat komplikasi persalinan akan mempunyai risiko sebesar 3 kali lebih tinggi dibandingkan pada responden yang tidak ada riwayat komplikasi persalinan.

Pada variabel riwayat komplikasi kehamilan diperoleh *Odds Rasio* (OR) = 2.2, artinya bahwa responden yang memiliki riwayat komplikasi kehamilan berisiko terhadap komplikasi pasca persalinan sebesar 2,2 kali dibandingkan dengan responden yang tidak ada riwayat komplikasi kehamilan. Sedangkan *Odds Rasio* (OR) pada

Dipindai dengan CamScanner

penolong persalinan adalah 1.3, artinya responden yang saat persalinan penolong persalinannya bukan tenaga kesehatan memiliki risiko 1.3 kali lebih besar terjadi komplikasi pasca peralinan dibandingkan dengan yang penolong persalinanya oleh tenaga kesehatan.

Dipindai dengan CamScanner

BAB VI
PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Kualitas data yang baik merupakan harapan pada setiap penelitian, namun untuk mendapatkan data dengan kualitas baik banyak kendala yang dihadapi, karena secara umum kendala tersebut adalah biaya, waktu dan sarana. Hal tersebut memunculan keterbatasan dalam penelitian, berikut adalah keterbatasan pada penelitian ini:

6.1.1 Keterbatasan Data Riskesdas 2010

Kemungkinan bias informasi dapat terjadi pada data Riskesdas 2010, yaitu bias ingatan (*recall bias*) dan bias pewawancara (*interviewer bias*). Hal tersebut terjadi karena pada Riskesdas 2010 menggunakan kuesioner yang dilakukan dengan wawancara langsung pada responden yang menjadi sampel. Bias ingatan terjadi pada saat responden ditanya hal terkait dengan kehamilan, persalinan dan masa pasca persalinan, dimana responden kurang mampu mengingkat secara persis kejadian yang dialami dalam periode yang cukup lama yaitu 5 tahun sebelum survei dilakukan sehingga informasi yang disampaikan bisa bias. Pengaruh bias ini dapat memperbesar atau memperkecil pengaruh paparan yang sebenarnya.

Bias pewawancara juga dapat terjadi karena karakteristik yang dimiliki pewawancara akan ada perbedaan antara satu dengan yang lain, walaupun telah diakukan pelatihan pewawancara Riskesdas 2010. Adanya perbedaan tingkat pemahaman dan persepsi dalam memahami modul pelatihan pewawancara juga dapat menimbulkan bias dalam menginterprestasikan informasi yang diberikan responden atau dalam mengklasifikasikan jawaban responden.

6.1.2 Keterbatasan Peneliti

a) Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Rancangan penelitian menggunakan metode *cross sectional* mempunyai keterbatasan seperti sulitnya mengukur faktor risiko secara akurat karena penelitian langsung dilakukan dalam satu waktu yang singkat, dan tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat

Dipindai dengan CamScanner

karena variabel yang diteliti tidak mempunyai sekuen waktu yang jelas antara paparan dan *outcome*.

b) Pengunaan data sekunder pada penelitian ini juga membuat keterbatasan dalam pengambilan variabel yang diduga terkait dengan komplikasi pasca persalinan. Variabel yang digunakan adalah variabel yang hanya terdapat pada kuesioner Riskesdas 2010, sehingga tidak dapat meneliti variabel lain yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan. Hal ini akan mempengaruhi derajat atau kekuatan hubungan antara indikator variabel faktor risiko dengan indikator riwayat komplikasi pasca persalinan.

c) Pemahaman dan persepsi peneliti dalam menganalisa kuesioner (kuesioner Riskesdas 2010) sehingga dapat memungkinkan timbulnya perbedaan konsep dan definisi operasional yang ada.

6.2 Hasil Penelitian

Pada hasil penelitian di dalam pembahasan ini, peneliti akan menguraikan tentang penjelasan hubungan antara variabel. Berdasakan hasil analisis yang telah dilakukan maka dapat diketahui mengenai determinan kejadian komplikasi pasca persalinan setelah dikontrol oleh variabel yang lainnya.

6.2.1 Komplikasi Pasca persalinan

Komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan atau janin baik langsung maupun tidak langsung termasuk penyakit menular dan tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin yang tidak disebabkan trauma (Depkes,2008).

Komplikasi pasca persalinan merupakan salah satu komplikasi kebidanan yang terjadi setelah persalinan berlangsung. Komplikasi pasca persalinan ini juga sebagai salah satu determinan dekat yang merupakan faktor kematian maternal (Mc. Charty and Mine, 1992). Berdasarkan hasil analisis menunujukkan bahwa terdapat 15.4% komplikasi pasca persalinan di Indonesia. Jenis komplikasi pasca persalinan menurut Depkes (2008) diklasifikasikan menjadi tiga yaitu hipertensi dalam kehamilan (eklampsia), infeksi nifas dan perdarahan nifas, namun dalam hasil penelitian ini jenis komplikasi pasca persalinan yang terdapat di Indonesia menurut Riskesdas 2010 dibedakan menjadi perdarahan, pingsang, kejang-kejang, demam tinggi, rasa nyeri di

Dipindai dengan CamScanner

payudara, rasa sedih dan tertekan. Dari hasil penelitian didapatkan perdarahan sebanyak 321 (17%), Kejang dan pingsan 127 (6 %), rasa nyeri di payudara 1045 (54%), rasa sedih 195 (10 %), demam tinggi 174 (9%) dan lainya seperti hipertensi, pusing, sakit kepala, nyeri saat BAK, menggigil, nyeri perut sebanyak 72 (4%).

Angka tersebut menunjukkan bahwa kejadian komplikasi pasca persalinan masih memiliki peranan dalam morbiditas dan mortalitas maternal. Didapatkan hasil penelitian terbanyak adalah rasa nyeri di payudara (54%). Keadaan ini dianggap normal apabila terjadi dalam tiga hari pertama setelah persalinan dimana payudara mulai sedikit tegang dan penuh serta mengalami pembesaran kelenjar susu hingga di area sekitar ketiak. Hal ini semua terjadi karena pengaruh dari aktivitas hormon yang memproduksi ASI bagi bayi.

Adanya komplikasi pasca persalinan terutama rasa nyeri di payudara dapat berlanjut hingga menimbulkan adanya infeksi bila tidak mendaptakan informasi dan pengetahuan serta perawatan yang memadai. Kondisi ini juga dapat menyebabkan kematian maternal akibat menyebarnya kuman ke dalam aliran darah (septikemia), yang dapat menimbulkan abses pada organ – organ tubuh, seperti otak dan ginjal (Cunnigham, 1995).

Berdasarkan *Egyptian National Maternal Mortality Study* (ENMMS 2000) bahwa sepsis berhubungan dengan kematian ibu yaitu memberikan kontribusi 10% penyebab obstetrik dan 8% dari semua kematian ibu. Hal serupa juga disampaikan oleh WHO (1999) bahwa insidens infeksi nifas berkisar antara 2 – 8% dari seluruh wanita hamil dan memberikan kontribusi sebesar 8% terhadap kejadian kematian maternal setiap tahunnya.

Hasil analisis didapatkan komplikasi pasca persalinan terbanyak kedua adalah perdarahan, yaitu sebesar 17%. *Hemoragic post partum* (HPP) merupakan kasus komplikasi terbanyak dan merupakan penyebab utama dari kematian ibu (40-60%). HPP adalah perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin *(Depkes, 2002), sedangkan menurut Rustam Mochtar (1998), p*erdarahan post partum adalah perdarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir. Mochtar (1998) juga melaporkan angka kematian ibu yang diakibatkan oleh perdarahan postpartum sebanyak 7,9% dan Wiknjosastro (1998) 1,8-4,5%

Dipindai dengan CamScanner

Rasa sedih yang juga sebagai salah satu faktor komplikasi pasca persalinan harus mendapatkan perhatian dan penanganan khusus, karena bila tidak akan dapat berdampak pada tinggat yang lebih tinggi yaitu depresi yang membahayakan seperti menyakiti diri sendiri dan bayinya. Insiden terjadinya psikosis post partum adalah 1 – 2 per 1000 kelahiran. Faktor pemicu terjadinya psikosis post partum menurut Suherni dkk, (2009): Adanya riwayat keluarga menderita kelainan psikiatri, riwayat penyakit dahulu (riwayat penyakit psikiatri), dan adanya masalah keluarga (perkawinan). Hasil analisis menunujukkan bahwa rasa sedih pasca persalinan di Indonesia sebanyak 13,1%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Indiani Sri dan Bastaman Basuki (2012) mengenai *Postpartum depression in Indonesian women: a national study* di dapatkan hasil bahwa prevalensi rasa sedih pasca persalinan sebesar 2,32% (sebanyak 440 ibu nifas dari total 18.937).

6.3 Faktor-Faktor yang tidak Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Pada hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang tidak berhubungan dengan kejadian komplikasi pasca persalinan. Faktor yang tidak berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan adalah faktor karakteristik ibu seperti tingkat pendidikan, status bekerja, status ekonomi, dan wilayah tempat tinggal; faktor status reproduksi seperti usia, paritas dan jarak kelahiran sedangkan pada faktor perilaku kesehatan yaitu tempat persalinan.

6.3.1 Tingkat Pendidikan

Pendidikan dalam penelitian ini adalah jenjang pendidikan formal yang ditempuh oleh responden sampai memperoleh ijazah yang sah. Setelah dilakukan analisis statistik dengan uji regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pendidikan terhadap komplikasi pasca persalinan (p>0,05), artinya bahwa pendidikan formal ibu tidak berpengaruh dengan kejadaian komplikasi pasca persalinan. Berdasarkan persentase hasil penelitian didaptkan bahwa pendidikan formal terbanyak pada wanita Indonesia adalah tamat SD/MI yaitu 32,3%. Hal ini menunjukkan bahwa masih minimnya pendidikan khususnya bagi para wanita, yang tidak sampai pada wajib belajar 9 tahun. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Yakin (2001) menyatakan bahwa ibu yang tidak sekolah mempunyai kemungkinan untuk terjadi

Dipindai dengan CamScanner

komplikasi persalinan sebesar 1,41 kali lebih besar dibanding dengan ibu yang mempunyai pendidikan akademi atau Universitas (95% CI 1,13 – 1,77). Hal tersebut dikarenakan dalam penelitian ini responden yang tidak mengalami komplikasi memiliki persentase yang tidak jauh berbeda antara tingkat pendidikan rendah dan tinggi (84.1% dan 85.5%).

Menurut Notoatmodjo (2010), bahwa pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial, budaya, dan sebagainya). Namun dalam penelitian ini secara statistik pendidikan responden tidak ada hubungan dengan komplikasi pasca persalinan. Hal ini dimungkinkan karena meskipun sebagian besar responden memiliki pendidikan rendah, bukan berarti responden juga mempunyai pengetahuan yang baik.

6.3.2 Pekerjaan

Pekerjaan dalam penelitian ini adalah aktivitas rutin yang dilakukan responden guna memperoleh pendapatan. Hasil Analisis didaptkan persentase yang tidak jauh berbeda antara responden yang tidak bekerja dengan yang bekerja (51,2% dan 48,8%). hal ini berarti tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kejadian komplikasi pasca persalinan, kondisi tesebut bisa dikarenakan responden yang tidak bekerja memiliki lebih banyak waktu untuk lebih memperhatikan dan merawat secara intensif pada kehamilan, persalinan hingga masa nifasnya, sedangkan responden yang bekerja mendaptkan informasi seputar masalah-masalah (komplikasi) yang bisa terjadi saat hamil, bersalin dan nifas sehingga lebih siap dan melakukan pencegahan terhadap hal-hal yang berisiko terhadap kejadian komplikasi khususnya pada pasca persalinan. Hal ini sesuai dengan pendapat Friedman (2004) bahwa pekerjaan merupakan simbol status seseorang dimasyarakat dan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan.

6.3.3 Status Ekonomi

Dipindai dengan CamScanner

Status ekonomi dalam penelitian ini adalah rata-rata pengeluran dalam sebulan, baik baik pengeluran makanan maupun bukan makanan. Hasil penelitian ini sejalan dengan Armagustini (2010), bahwa tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan komplikasi persalinan (*p value*>0.05) Penelitian ini juga sejalan dengan hasil dari penelitain Jekti dan Suarthana (2011), bahwa tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan kejadian perdarahan post partum, namun berbeda dengan hasil penelitian Yakin (2001) menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara status ekonomi dengan kejadian komplikasi persalinan. bahwa ibu yang berstatus ekonomi rendah mempunyai kemungkinan untuk terjadainya komplikasi persalinan sebesar 1,20 kali lebih besar disbanding dengan ibu yang tidak memiliki status ekonomi tinggi (*p value=0,0001*) (95%, CI=1.31-1,29). Berdasarkan hasil analisis dengan uji regresi logistik diketahui bahwa tidak ada hubungan status ekonomi responden dengan komplikasi pasca persalinan.

Status ekonomi kemungkinan besar merupakan pembentuk gaya hidup suatu keluarga dan merupakan kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat Dilihat dari persentase responden pada status ekonomi rendah dan menengah-tinggi hampir sama yaitu 48,6% dan 51,4%. Hal tersebut menunjukkan bahwa status ekonomi di masyarakat dapat dikatakan semakin meningkat dari tahun ketahun. Namun kondisi ini juga dapat dipengaruhi oleh adanya jaminan kesehatan yang diberikan pemerintah sehingga kebutuhan akan pelayanan kesehatan terpenuhi, yang berdampak positif terhadap kesehatan maternal khususnya terhadap kejadian komplikasi masa maternal.

6.3.4 Wilayah Tempat Tinggal

Wilayah tempat tinggal merupakan tempat tinggal atau domisili responden yang dibedakan menjadi wilayah perdesaan atau perkotaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian komplikasi pasca persalinan, secara proporsi didaptkan responden yang tinggal di perdesaan memiliki proporsi yang hampir sama dengan responden yang tinggal di perkotan (49,0% dan 51,0%). Penelitian ini juga sejalan dengan hasil dari penelitain Jekti dan Suarthana (2011), bahwa wilayah tempat tinggal tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian perdarahan post partum.

Dipindai dengan CamScanner

Berbeda dengan penelitian Hapsari, Dwi., dan Ning (2005) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara daerah tempat tinggal ibu dengan gangguan pada masa nifas (nilai p=0,003; OR 14,08; 95%, CI= 1,10 – 179,79), yang artinya bahwa ibu yang tinggal di pedesaan memilki risiko 14,08 kali lebih besar dibandaing ibu yang tinggal di perkotaan untuk terkena gangguan masa nifas.

6.3.5 Usia

Faktor lain yang tidak berhubungan adalah status reproduksi seperti usia, paritas dan jarak kelahiran. Usia dalam penelitian ini adalah lamanya hidup responden dalam tahun dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir yang tercatat di laporan saat ibu melahirkan anak terakhir. Usia mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun memiliki resiko tinggi yang kemungkinan akan memberikan ancaman kesehatan dan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya selama kehamilan, persalinan dan nifas (Mochtar, 1995)

Hasil analisis didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian komplikasi pasca persalinan (nilai p>0.05). Persentase usia ibu pada penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang berusia 20-35 tahun lebih banyak dibandingkan pada persentase ibu yang berusia <20 tahun dan >35 tahun (78,7% dan 21,3%). . Hasil peneilitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jekti dan Suarthana (2011), bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian komplikasi pasca persalinan karena perdarahan post partum (p *value* > 0.05).

Dari hasil penelitian terlihat bahwa masih terdapat wanita hamil, bersalin dan nifas pada usia berisiko yaitu sebesar 21,3%. Hal ini menunjukkan bahwa masih cukup tinggi peranan faktor risiko dari usia ibu terhadap kejadian komplikasi pada masa maternal. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dina, Darmin., dkk (2013) menyatakan bahwa usia ibu <20 dan >35 tahun mempunyai risiko 3,1 kali lebih besar terhadap kejadian perdarahan post partum dibandingkan dengan ibu yang berusia 20–35 tahun. (95% CI 1,3-7,5).

Menurut hasil penelitian Hapsari, Dwi dan Ning S, (2005) Ibu yang melahirkan pada usia dibawah 20 tahun dan di atas 35 tahun sebesar 11% mengalami gangguan pada masa nifas. Presentase tersebut tinggi jika dibandingkan dengan ibu yang melahirkan pada usia 20-35 tahun, hanya 4%.

Dipindai dengan CamScanner

Banyaknya wanita yang melahirkan pada usia 20-35 tahun, kemungkinan karena mulai banyak wanita yang mengetahui akan usia aman untuk hamil dan melahirkan. Bahaya pada ibu yang berusia kurang dari 20 tahun adalah karena belum siap secara fisik dan mental dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Dari segi fisik rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapapi ukuran dewasa, sehingga kemungkinan akan mendapat kesulitan dalam persalinan, sedangkan dari segi mental ibu belum siap untuk menerima tugas dan tanggung jawab sebagai orang tua sehingga diragukan ketrampilan perawatan diri dan bayinya. Sedangkan untuk ibu yang hamil pada usia lebih dari 35 tahun akan mengalami banyak kesulitan karena pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan karena organ kandungan menua jalan lahir juga tambah kaku sehingga terjadi persalinan macet dan perdarahan. Disamping hal tersebut kemungkinan mendapatkan anak cacat juga menjadi lebih besar (Rochjati, 2003).

6.3.6 Paritas

Paritas menurut Jensen, Bobak dan Lowdermik, (2004) adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup atau mati, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Dalam penelitian ini peneliti mendefinisikan paritas yaitu jumlah anak yang dilahirkan oleh responden. Hasil analisis diketahui bahwa responden dengan paritas 2-3 memiliki persentase lebih besar dari responden yang paritas > 3 yaitu 74,5% dan 25,5% dan tidak terdapat hubungan antara paritas dengan komplikasi pasca persalinan. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Arrmagustini (2010) bahwa paritas memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan kejadian komplikasi persalinan. Hasil penelitian menunjukkan nilai p 0.002 dengan OR 1,19 (95%, CI = 1,06 – 1,32) yang artinya bahwa ibu yang memiliki paritas 1 atau ≥ 4 memiliki risiko 1,19 lebih besar dari ibu dengan paritas 2 – 3. Pada hasil penelitian Jekti dan Suarthana (2011), mengemukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian perdarahan post partum (nilai p 0.002 dengan OR 1,81 (95%, CI = 1,23–1,87), semakin tinggi parits >6 memiliki risiko lebih besar terhadap kejadian perdarahan post partum.

Menurut Yakin (2001) dalam penelitiannya menunujukkan bahwa *odds rasio* pada paritas ≥ 4 anak sebesar 1,24 kali. Hal ini berarti ibu yang mempunyai paritas ≥ 4 anak mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan sebesar 1,24 kali

Dipindai dengan CamScanner

lebih besar dibandingkan dengan ibu yang mempunyai paritas 2-3 anak (95%, CI 1,15 – 1,35). Sedangkan hasil penelitian Miswarti (2007) diketahui bahwa X^2 hitung > X^2 tabel, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara perdarahan postpartum dengan paritas di RSUP M. Djamil Padang.

Hal ini dapat terjadi karena homogenitas pada populasi sehingga mendapatkan karakteristik yang sama. Selain itu, kemungkinan juga disebabkan adanya pengaruh faktor lain yang lebih kuat mengingkat variabel yang berhubungan dianalisis sekaligus secara bersamaan sehingga kemungkinan dikontrol oleh variabel lain yang lebih besar.

6.3.7 Jarak Kelahiran

Jarak kelahiran dalam penelitian ini adalah rentang waktu antara kehamilan sebelumnya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Armagustini (2010) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jarak kelahiran dengan komplikasi persalinan (*p value* > 0.05). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh ekti dan Suarthana (2011) bahwa tidak ada hubungan antara jarak kelahiran ≤ 23 dan ≥24 dengan kejadian perdarahan post partum (nilap p >0,05). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sihombing (2004) menunjukkan hasil yang signifikan bahwa jarak kelahiran dengan komplikasi persalinan yaitu memiliki faktor risiko sebesar 6,01 kali pada ibu yang memiliki jarak kelahiran < 2 tahun di bandingkan dengan ibu yang memiliki jarak ≥ 2 tahun.

Perbedaan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berkemungkinan adanya pengaruh penggunaan alat kontrasepsi pada kelompok perempuan (berstatus kawin) usia 15-49 tahun untuk memberikan jarak kelahiran. Mengingat **pemulihan setelah melahirkan** perlu dilakukan oleh setiap ibu. Hal tersebut karena proses melahirkan membutuhkan tenaga, pikiran, hingga keberanian dari setiap ibu membutuhkan tenaga, pikiran, hingga keberanian dari setiap ibu.

6.3.8 Pemeriksaan Antenatal

Pada perilaku kesehatan terdapat dua variabel yang tidak berhubungan yaitu pemeriksaan antenatal dan tempat persalinan. Pemeriksaan antenatal setelah dilakukan uji analisis multivariate tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi pasca persalinan, hal ini dimungkinkan karena ada variabel lain yang memiliki pengaruh lebih besar terhadap komplikasi pasca persalinan. Hasil uji

Dipindai dengan CamScanner

univariat pada pemeriksaan antenatal terlihat bahwa status pemeriksaan berdasarkan standar minimal pemeriksaan kehamilan oleh Depkes, yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga, terlihat bahwa terjadi penurunan persentase pada kunjungan trimester ketiga (78,6%). Sedangkan persentase kunjungan K1 sebesar 79,4%, hasil ini tidak jauh berbeda dengan analisis yang dilakukan oleh Riskesdas 2010 yaitu akses ibu hamil yang memeriksakan kehamilan dengan tenaga kesehatan pada trimester 1 (K1-trimester 1) sebesar 72,3 persen.

Bila dilihat dari kelengkapan mendapatkan 5T, masih sangat rendah pada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan dan mendaptkan kelengkapan 5T. Dari hasil analisis didapatkan bahwa dari standar 5T, persentase terbanyak tidak dilakukannya pemeriksaan adalah pada test laboratorium (darah dan urin) sebesar 79,5%, dan kebalikannya yang paling sering dilakukan adalah pemeriksaan ukur Tekanan darah (94,6%). Sedangkan pada persentase pemberian imunisasi TT memiliki persentase yang tidak jauh berbeda antara yang mendaptkan dengan yang tidak mendapatkan yaitu 50.6% dan 49.4%. Selain ukur tekanan darah pemeriksaan laboratorium juga merupakan salah satu deteksi dini terhadap resiko komplikasi maternal, khususnya pada pemeriksaan Hb dan protein urin guna mendeteksi terhadap anemia dan pereklamsi. Sedangkan pada pemberian imunisasi TT merupakan upaya preventif terhadap bakteri *Clostridium tetani.*

Hasil analisis pada kategori pemeriksaan antenatal yang baik dan tidak baik memiliki persentase yang cukup jauh yaitu 11,9% kategori baik dan 88,1% pada ketegori tidak baik. Hal ini menunjukkan bahwa masih rendahnya kualitas pelayanan yang diberikan pada saat pemeriksaan antenatal. Menurut Riskesdas 2010 bahwa untuk komponen antenatal care yang diterima ibu ketika memeriksa kehamilan pada umumnya sudah cukup baik jika dilihat satu persatu. Yang bermasalah adalah komponen antenatal care lengkap '5 T' hanya tercakup oleh 19,9 persen ibu hamil, dengan persentase terendah di Sumatera Utara (6,8%), dan terbaik DI Yogyakarta (58%).

Kunjungan *Antenatal Care* menurut Saifudin (2005) adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk

Dipindai dengan CamScanner

mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pada setiap kunjungan *Antenatal Care*, petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan diagnosis kehamilan intrauterine serta ada tidaknya masalah atau komplikasi. Kunjungan ini minimal dilakukan empat kali selama kehamilan dalam waktu kehamilan trimester pertama (<14 minggu) satu kali kunjungan, kehamilan trimester kedua (14-28 minggu) satu kali kunjungan dan kehamilan trimester ketiga (28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan.

Berdasarkan hal tersebut maka peranan pemeriksaan selama masa kehamilan merupakan kewajiban guna mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberiaan ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2008), yang diimbangi dengan pemeberian pelayanan yang berkualitas dan sesuai. Menurut Prawiroharjo (2005), pemeriksaan kehamilan merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka saat masa post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental.

Pentingnya melakukan pemeriksaan antenatal selama kehamilan yaitu untuk medeteksi secara dini terhadap risko (komplikasi) yang dapat muncul selama kehamilan, persalinan dan nifas. Mengingat bahwa wanita selama dalam masa maternal (hamil, bersalin dan nifas) merupakan wanita yang berisiko terhadap morbiditas dan mortalitas, dibandingkan dengan wanita yang tidak dalam kurun masa maternal.

6.3.9 Tempat persalian

Dalam penelitian ini tempat persalinan adalah tempat dimana responden hamil melakukan persalinan, yaitu di tempat pelayanan kesehatan atau bukan tempat pelayanan kesehatan. Bila dilihat dari tempat persalinan berdasrkan fasilitas rumah, fasilitas kesehatan milik pemerintah dan fasilitas kesehatan milik swasta maka didapatkan hasil tempat persalinan terbanyak adalah di rumah yaitu sebesar 45,1% dan

Dipindai dengan CamScanner

persentase paling sedikit adalah pertolongan di Rumah Sakit Pemerintah/Puskesmas/Polindes yaitu 14.2%. Hasil penelitian Armagustini (2010) dari analisis SDKI 2007, didapatkan sebanyak 59,6% persalinan masih dilakukan bukan di tempat fasilitas kesehatan. Hasil penelitian menemukan tempat persalinan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan. Menurut Hapsari, Dwi (2005) ditemukan bahwa ibu yang melahirkan di rumah sakit /Poliklinik/Puskesmas lebih banyak mengalami gangguan pada masa nifas (5%) di bandingkan ibu yang melahirkan di rumah.

Bila dilihat dari fasilitas kesehatan dan non fasiltas kesehatan pada hasil penelitian ini tidak sesuai dengan kedua hasil penelitian tersebut diatas karena secara proporsi responden yang persalinannya dilakukan bukan di tempat fasilitas kesehatan 45,1% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang persalinannya di tempat fasilitas kesehatan yaitu sebesar 54,9%. Hasil uji bivariat juga menunjukkan tidak ada hubungan antara tempat persalinan dengan kejadian komplikasi pasca persalinan. Semakin tingginya angka cakupan pertolongan persalinan difasilitas kesehatan menunjukkan bahwa semakin terjaminannya pertolongan persalinan, khususnya dalam penanganan kegawatdaruratan maternal.

Dalam pertolongan persalinan tempat persalinan merupakan hal yang penting terkaitan dengan penangan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Sebagai sarana penunjang tempat persalinan juga memiliki peranan yang penting yaitu bila tempat bersalin yang tidak higienis diperkirakan ikut berperan dalam timbulnya gangguan masa nifas. Pada analisis regresi data rutin KIA 2010 dan estimasi kematian ibu menurut SDKI 2007, juga menyebutkan bahwa kontribusi cakupan persalinan di fasilitas kesehatan terhadap tata laksana komplikasi dan penurunan AKI di Indonesia memiliki kontribusi sebesar 39% dengan uji analisis *p value* 0.037.

6.4 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Berdasarkan hasil analisis multivariat diperoleh beberapa faktor yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia yaitu faktor status kesehatan seperti riwayat komplikasi kehamilan dan riwayat komplikasi persalinan, serta faktor perilaku kesehatan seperti pemeriksaan antenatal dan penolong persalinan.

Dipindai dengan CamScanner

6.4.1 Faktor Status Kesehatan yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan

a) Hubungan Riwayat Komplikasi Kehamilan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Hasil penelitian didapatkan bahwa persentase komplikasi pasca persalinan lebih banyak terjadi pada responden yang memiliki riwayat komplikasi kehamilan yaitu 31,9% dibandingkan responden yang tidak memiliki riwayat komplikasi kehamilan hanya 14,3%. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa responden yang mempunyai riwayat komplikasi kehamilan memiliki risiko untuk mengalami komplikasi pascaperalinan 2.2 kali lebih besar bila dibandingkan pada responden yang tidak memiliki riwayat komplikasi kehamilan (*p value*= 0.000; OR = 2.225, 95% CI ; 1.847 – 2.680).

Pada penelitian Armagustini (2010) diketahui bahwa kejadian komplikasi kehamilan sebanyak 10.6%. Terdapat hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kejadian komplikasi persalinan (OR =2,15, 95% CI : 1.81 – 2.54), dimana ibu yang mengalai komplikasi selama kehamilan berisiko 2.15 kali mengalami komplikasi persalinannya dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi kehamilannya.

Hal tersebut menunujkkan bahwa kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan yang menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama kehamilan, persalinan ataupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan, persalinan dan nifas normal. Kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan terdapat pada sekitar 15 – 20 % dari semua ibu hamil (Manuaba, 1998). Menurut Riskesdas 2010 diketahui bahwa komplikasi kehamilan terjadi pada 6,5 persen ibu hamil.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wuryanti, Ayu (2010) bahwa terdapat hubungan antara komplikasi kehamilan karena anemia dengan perdarahan postpartum (*p value* = 0,008; OR = 8.652). Komplikasi kehamilan karena anemia memiliki risiko 8.6 kali lebih besar mengalami komplikasi pasca persalinan karena perdarahan di bandingkan dengan ibu hamil yang tidak anemia.

Menurut Manuaba (1998), menyatakan bahwa ibu yang mengalami komplikasi kehamilan akan menghadapi risiko terjadinya komplikasi persalinan dan

Dipindai dengan CamScanner

komplikasi masa nifas. Adapun komplikasi yang dapat menyertai kehamilan seperti perdarahan, preeklamsi/eklamsi, infkesi, syok dan *hiperemesis gravidarum*. Selain itu juga penyakit yang dapat memperberat risko komplikasi kehamilan seperti anemia, hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, penyakit saluran kencing, penyakit hati, penyakit paru dan penyakit-penyakit lain dalam kehamilan.

Penelitian yang dilakukan oleh Senewe (2004) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara komplikasi kehamilan dengan komplikasi persalinan. Ibu yang waktu hamilnya mengalami komplikasi kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan sebesar 2,9 kali dibanding dengan ibu yang pada waktu hamilnya tidak mengalami komplikasi kehamilan. Hal tersebut juga akan berdampak terhadap kejadian komplikasi pasca persalinan, mengingat ibu dengan komplikasi persalinan juga memiliki risiko terhadap komplikasi pasca persalinan.

Selain berdampak pada komplikasi persalinan, komplikasi kehamilan juga berpengaruh terhadap mortalitas maternal. Hasil penelitian Ika Febriana (2007) menjelaskan bahwa ibu yang mengalami komplikasi kehamilan memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal 14.71 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami komplikasi kehamilan, dengan nilai p = 0,002 (OR *adjusted* = 14.71 ; 95% CI : 13,4 – 55.904).

Adanya riwayat komplikasi pada kehamilan membuat ibu masuk ke dalam golongan risiko tinggi untuk mengalami komplikasi maupun kematian pada kehamilan berikutnya. Hal ini juga menunjukkan bahwa seorang wanita yang memiliki riwayat komplikasi kehamilan akan lebih dominan terjadinya komplikasi pasca persalinan. Oleh karena itu peningkatan pada pelayanan antenatal sangat penting guna mencegah dan melakukan deteksi dini terhadap adanya komplikasi obstetri sehingga dapat ditangani secara memadai.

Dalam segi pelayanan pemerintah telah berupaya dalam meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan ibu selama hamil, bersalin dan nifas. Bentuk pelayanan yang tersedia seperti pelayanan dasar yang merupakan bentuk pelayanan yang harus diberikan pada setiap ibu, yaitu pelayanan minimal bagi ibu

Dipindai dengan CamScanner

hamil, bersalin dan nifas, yang termasuk di dalam pelayanan tersebut adalah deteksi dini tanda bahaya atau risiko tinggi sedini mungkin serta pemberian informasi tentang upaya dan menjaga kehamilan serta mempersiapkan persalinan agar berakhir dengan baik. Ada pula pelayanan esensial yang diperuntukkan bagi ibu dengan kehamilan bermasalah, yang memiliki komplikasi atau pontesial memiliki komplikasi. Pelayanan emergensi yaitu serangkaian pelayanan prosedur untuk penyelamatan jiwa ibu dan atau bayinya yang mengalami komplikasi serius (Depkes, 2004a)

b) Hubungan Komplikasi Persalinan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Komplikasi persalinan merupakan suatu keadaan atau diagnosa yang pernah menyertai kondisi ibu saat persalinan berlangsung. Pada hasil analisis, riwayat komplikasi persalinan terhadap komplikasi pasca persalinan memilki proporsi yang tidak jauh berbeda yakni 48,9 persen pada responden yang ada riwayat komplikasi dan 51,1 persen pada responden yang tidak ada riwayat komplikasi. Responden yang ada riwayat komplikasi persalinan memiliki proporsi lebih besar (22,7%) terhadap risiko tejadinya komplikasi pasca persalinan dibandingkan dengan tidak ada riwayat komplikasi (8,5%). Berdasarkan hasil analisis memperlihatkan bahwa responden yang memiliki riwayat komplikasi persalinan berisiko 3 kali lebih besar mengalami komplikasi pasca persalinan dibandingkan dengan responden yang tanpa riwayat komplikasi persalinan, (*p value*= 0.000; OR = 3.036, 95% CI ; 2.686 – 3.432).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Indiani, Sri, (2012) bahwa wanita yang mengalami komplikasi selama persalinan seperti pecah ketuban dini dan partus macet berisiko lebih besar mengalami rasa sedih pasca persalinan dibandingkan dengan yang tidak mengalami komplikasi. Wanita yang mengalami komplikasi persalinan memiliki risiko 6 kali lipat lebih besar terhadap komplikasi pasacpersalinan (OR=6,02; 95% CI=4,63-7,83). Maka dapat disimpulkan bahwa wanita yang mengalami komplikasi selama persalinan berisiko lebih besar mengalami rasa sedih pasca persalinan (komplikasi pascaperalinan).

Menurut penelitian Candra W, Siti,. dkk (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara partus lama dengan kejadian perdarahan post partum dini. Melalui perbandingan *chi-square* hitung dengan *chi-*

Dipindai dengan CamScanner

square tabel dan signifikansi dengan *alpha* 0.01. Didapatkan bahwa *chi-square* hitung (8,287) > *chi-square* table (6,64) dan signifikansi yaitu 0,004 < alpha 0.01. Pada partus lama dapat mempengaruhi kejadian perdarahan postpartum dini sebesar 12,18%.

Penelitian yang dilakukan oleh Sheiner, Eyal,. et.al,. (2005) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara komplikasi persalinan yang disebabkan karena partus lama dan hipertensi. Berdasarkan hasil uji analisisnya di dapatkan bahwa ibu bersalin yang dengan partus lama memiliki risiko 3.4 kali lebih besar untuk mengalami perdarahan postpartum dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak dengan partus lama (OR 3,4, 95% CI 2,4-4,7). Sedangkan pada ibu bersalin dengan hipertensi memiliki risiko 1,7 kali untuk mengalami komplikasi perdarahan postpartum dibandingkan dengan ibu bersalin tanpa hipertensi (OR 1,7, 95% CI 1,2-2,1).

Pada penelitian Combs,. dkk (1991) yang dikutip oleh Sheiner, Eyal,. et.al,. (2005) juga menyaatakan bahwa wanita dengan preeklamsia berat memiliki 5 kali lipat peningkatan risiko untuk mengalami perdarah postpartum dan risiko 4 kali lipat untuk darah transfusi. Pada hasil penelitian Armagustini (2010) menunjukkan bahwa kejadian komplikasi persalinan di Indonesia masih cukup besar yaitu 43,7% (analisis data SDKI 2007). Komplikasi persalinan merupakan suatu kegawatdaruratan obstetrik yang paling sering menyebabkan kematian pada ibu melahirkan. Menurut WHO (2000), kurang lebih 80% kematian maternal merupakan akibat langsung dari komplikasi langsung selama kehamilan, persalinan dan masa nifas dan 20% kematian maternal terjadi akibat penyebab tidak langsung.

Hasil penelitian Ika Febriana (2007) menunjukkan bahwa ibu yang mengalami komplikasi persalinan memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal 49,2 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami komplikasi persalinan dengan nilai p = 0,027 (OR *adjusted* = 49,2 ; 95% CI : 1,8 – 1827,7).

Keadaan ini memperlihatkan bahwa ibu dengan riwayat komplikasi persalinan akan berisiko lebih besar terhadap terjadinya komplikasi pasca persalinan, oleh karena itu penanganan yang tepat pada saat pertolongan persalinan juga merupakan hal yang penting dalam melakukan antisipasi komplikasi yang dapat terjadi setelah persalinan berlangsung.

Dipindai dengan CamScanner

6.4.2 Faktor Status Kesehatan yang Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Hubungan Penolong Persalinan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Salah satu faktor yang paling mempengaruhi apa yang akan terjadi selama proses melahirkan dan setelah melahirkan adalah memilih penolong dalam membantu proses melahirkan (Gaskin, 2003). Penolong persalinan merupakan faktor yang tidak dapat diabaikan dalam proses persalinan karena dengan penolong yang tepat maka diharapkan mampu untuk mengatasi dan menanggulangi serta mewaspadai terjadinya komplikasi pasacapersalinan.

Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang sangat signifikan antara penolong persalinan dengan kejadian komplikasi pasca persalinan. Hasil analisis diketahui bahwa penolong persalinan oleh bukan tenaga kesehatan memiliki risko 1.3 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi pasca persalinan dibandingkan dengan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan (nilai p = 0.000, OR = 1,311; 95% CI; 1.136 – 1.512). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pertolongan persalinan oleh bukan tenaga kesehatan memiliki persentase lebih tinggi terjadi komplikasi pasca persalinan yaitu 17,6 persen dibandingkan dengan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yaitu 15,0 persen.

Penelitian ini sejalan dengan penelitan Hapsari, Dwi., dkk (2005) menunjukkan bahwa penolong persalinan memiliki pengaruh terhadap terjadinya gangguan pada masa nifas. Ibu melahirkan ditolong oleh tenaga non kesehatan dan tinggal di daerah pedesaan memiliki risiko 16 kali untuk mengalami gangguan pada masa nifas dibanding dengan ibu yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan dan bertempat tinggal di perkotaan.

Pada penelitian Senewe (2004) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara penolong persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan, sedangkan Sihombing (2004) pada penelitiannya menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara penolong persalinan degan komplikasi persalinan, dimana nilai p=0,00 dan OR 3,73 yang artinya ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga non kesehatan memiliki risiko 3,73 kali lebih besar mengalami komplikasi persalinan di bandingkan dengan ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan.

Dipindai dengan CamScanner

Berdasarkan Riskesdas 2010 penolong persalinan oleh tenaga kesehatan pada ibu yang melahirkan setahun sebelum survei adalah 82,2 persen, angka ini terus membaik jika dibandingkan dengan Susenas pada tahun 1990 yaitu 40,7 persen, dan tahun 2007 yaitu 75,4 persen. Pada tahun 2010, kesenjangan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan berdasarkan tempat tinggal cukup besar, yaitu 91,4 persen di perkotaan dan 72,5 persen di perdesaan, demikian juga menurut tingkat pengeluaran, dimana pada kuintil 1, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan hanya 69,3 persen dibanding pada kuintil 5 yaitu 94,5 persen.

Adanya hal tersebut maka dapat diketahui bahwa penolong persalinan memiliki hubungan yang erat dengan kejadian komplikasi masa maternal termasuk salah satunya adalah komplikasi pasca persalinan. Diharapkan dengan adanya hal tersebut maka peningkatan pertolongan oleh tenaga kesehatan sebagai salah satu dari pilar *safe motherhood* yang ketiga bahwa setiap wanita yang akan bersalin harus mendapatkan persalinan yang aman, artinya bahwa semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih serta mampu memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.

6.5 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Komplikasi Pasca persalinan

Berdasarkan dari hasil analisis multivariat yang dilakukan terhadap variabel-variabel yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan, maka untuk mengetahui variabel mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen tersebut dengan melihat nilai exp (B) atau *Odds Rasio* untuk variabel yang signifikan. Semakin besar nilai exp (B) atau OR berarti semakin besar hubungannya dengan variabel komplikasi pasca persalinan yang dianalisis. Uji analisis yang dilakukan untuk mengetahui besaran hubungan variabel independen tersebut yaitu dengan model prediksi dan tanpa interaksi.

Hasil analisis diperoleh bahwa variabel yang memiliki hubungan dengan komplikasi pasca persalinan adalah riwayat komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan, pemeriksaan antenatal dan penolong persalinan. Keempat varaiabel independen tersebut yang besar pengaruhnya terhadap komplikasi pasca persalinan adalah riwayat komplikasi peralinan yang memiliki nilai exp (B) atau OR sebesar 3.036, artinya ibu yang memiliki riwayat komplikasi persalinan akan terjadi

Dipindai dengan CamScanner

komplikasi pasca persalinan sebesar 3 kali lebih tinggi dibandingkan pada ibu yang tidak ada riwayat komplikasi persalinan (95% CI, 2.663 – 3.404).

Pada hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa riwayat komplikasi persalinan merupakan faktor risiko terbesar karena memiliki pengaruh yang lebih tinggi terhadap komplikasi pascaperalinan. Adanya hal tersebut maka penting diketahui bahwa penanganan pada saat pertolongan persalinan khususnya dengan riwayat komplikasi persalinan harus mendapatkan perhatian khusus dan antisipasi dini terhadap komplikasi pasca persalinan yang kemungkinan bisa terjadi.

Upaya lain yang perlu ditekankan adalah pada penanganan komplikasi kebidanan yaitu pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Diperkirakan sekitar 15-20 % ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, oleh karenanya semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani. Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas penanganan komplikasi kebidanan maka diperlukan adanya fasilititas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari bidan, puskesmas mampu PONED sampai rumah sakit PONEK 24 jam.

Dipindai dengan CamScanner

BAB VII
PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan pada penelitian ini adalah menjawab dari permasalahan yang diangkat melalui tujuan penelitian. Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Kejadian komplikasi pasca persalinan di Indonesia sebesar 15.4% dari 9.665 ibu bersalin.
2. Tidak ada hubungan antara faktor karakteristik ibu (pendidikan, pekerjaan, status ekonomi dan wilayah tempat tinggal) dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia
3. Ada hubungan antara faktor status kesehatan (riwayat komplikasi kehamilan dan riwayat komplikasi persalinan) dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia. Riwayat komplikasi kehamilan (OR = 2,183; 95% CI : 1,183 – 2,630; *P value* : 0,000) dan riwayat komplikasi persalinan (OR = 3,011; 95% CI : 2,663 – 3,404; *P value* : 0,000)
4. Tidak ada hubungan antara faktor status reproduksi (usia, paritas, jarak kelahiran) dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia
5. Dari faktor perilaku kesehatan ada satu yang berhubungan dengan komplikasi pasca persalinan di Indonesia yaitu penolong persalinan (OR = 1,320; 95% CI : 1,145 – 1,522; *P value* : 0,000), dan dua yang tidak berhubungan adalah pemeriksaan antenatal dan tempat persalinan.
6. Faktor yang paling berpengaruh terhadap komplikasi pasca persalinan di Indonesia adalah riwayat komplikasi persalinan, dengan OR 3 yaitu bahwa ibu yang memiliki riwayat komplikasi persalinan akan berisiko sebesar 3 kali dibandingkan ibu tidak ada riwayat komplikasi persalinan.

7.2 Saran

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Diplindai dengan CamScanner

Tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor yang berhubungan maka sangat diharapkan:

- Tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan *antenatal care* harus optimal dan berkualitas serta memenuhi standar minimal khususnya pada pemeriksaan laboratorium sederhana seperti Hemoglobin dan urin guna mendeteksi dini terhadap faktor risiko komplikasi sehingga dapat melakukan rujukan dengan tepat dan cepat.
- Memberikan perhatian khusus pada ibu hamil yang memiliki riwayat komplikasi baik kehamilan maupun persalinan, sehingga dapat dilakukan penanganan secara dini terhadap komplikasi pasca persalinan.
- Bidan sebagai penolong persalinan terbanyak harus memiliki kompetensi dan komitmen terhadap pertolongan persalinan yang bersih dan aman.
- Memberikan KIE dan motivasi pada ibu dan keluarga serta melakukan kunjungan rumah, dalam melakukan kunjungan tersebut bisa menjalin kerjasama dengan keluarga guna memantau keadaan ibu dan bayinya.

2. Bagi Kementrian Kesehatan

- Penguatan upaya promotif pada Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan Program Jampersal, serta pemberdayaan masyarakat sehingga mampu terlaksana dengan optimal.
- Adanya pemerataan fasilititas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari bidan, puskesmas mampu PONED sampai rumah sakit PONEK 24 jam.
- Pemerataan tenaga kesehatan didukung dengan fasilitas (sarana dan prasarana) yang memadai serta penghargaan terhadap jasa petugas kesehatan.

3. Bagi Peneliti selanjutnya

Dipindai dengan CamScanner

Diharapkan pada penelitian selanjutnya dibahas lebih mendalam mengenai faktor-faktor lain seperti riwayat penyakit, status anemia, status gizi ibu, lokasi pelayanan kesehatan, jangkauan yankes, kualitas yankes, dan peran suami serta keluarga dalam kehamilan, persalinan dan nifas.

Dipindai dengan CamScanner

DAFTAR PUSTKA

Arab Republic of Egypt, 2005. *Ministry of Health and Population, Postpartum Care; Standars of Practice for Integrated Maternal and Child Health and Reproductive Services*; 1st Edition, Catalyst Consortium, June 2005.

Afdahal, Muh, Rismayanti, dan Wahidudin,. 2012. *Faktor Risiko Perencanaan Persalinan Terhadap Kejadian Komplikasi Persalinan Di Kabupaten Pinrang Tahun 2012*. dari http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/4295/MUH.AFDHAL_K11109312.pdf, diakses 13 April 2013

Armagustini, Yetty. (2010). *Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan Di IndonesiA (Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007)*. (Tesis). FKM UI, Depok

Backett E.M., Barvazian A.P., Davies A.M. (1984). "*The Risk Approach in Health Care*". World Health Organization Geneva.

Badan Litbangkes. 2010. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010)*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbankes) Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

Badan Pusat Statistik (BPS), et.al. 2007. Survei Demogravi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. BPS, Depkes RI, USAID, BKKBN, Jakarta

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI: Jakarta.

Bailey, K.D., 1978. Methods of Social Research. The Free Press: New York

Besral., (2011). *Pengolahan dan Analisis Data-1 Menggunakan SPSS*. Departemen Biostatistik - Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Bobak, Lowdermilk, Jensen. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, Edisi 4, EGC: Jakarta

B-Lynch C, Keith L.G., Lalonde A.B., Karoshi M (2006) *Postpartum Hemorrhage* 1st Published. Sapiens Publishing,UK. 287-98

Campbell, Oona et al. 2005. *National Maternal Mortality Ratio in Egypty Halved between 1992=1993 and 2000*. Bulletin of the World Health Organization June 2005;83:462-471

Dipindai dengan CamScanner

Cunningham, F, G, Mc. Donal Pc. Gant Nf, 1995. *Obstetri William*. Edisi ke 18. EGC. Jakarta.

De Cheney AH, Nathaan L.2003. Current Obstetrisc and Gynolcology Diagnosis anda Treatment. 9th edition. United States: McGraw Hills

Departeman kesehatan. 2012, *Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta

Departemen Kesehatan. 2004a. *Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergensi Dasar (PONED)*. Jakarta

Depkes. 2004b. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta

Direktorat Bina Kesehatan Ibu. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Kem-Kes RI 2010. Pedoman Pelaksanaan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan

Dina, Darmin., dkk. (2013). Faktor Determinan Kejadian Perdarahan Post Partum di RSUD Majene Kabupaten Majene Sulawesi-Barat. STIKES Bina Bangsa Majene.dari http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/2a7d321ba0c24ff0779dbfe68c30fa02.pdf, [20 Juni 2013]

Dorland. 2002. *Kamus Kedokteran*. Jakarta: EGC

_____ Depkes. 2013. *Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) 2012 – 2016.* dari http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/archives/371, di akses 9 April 2013

----------, Rancangan Definisi Operasional Indikator Standar Pelyananan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota (Revisi). 2008. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta

Faisal, 2008. *Perdarahan Pasca Persalinan*. dari http://www.scribd.com/doc diakses pada tanggal 9 April 2013

Fibriana, Arulita Ika. (2007). *Faktor – Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Kematian Maternal (Studi Kasus Di Kabupaten Cilacap)*. (Tesis). Program Studi Magister Epidemiologi Program Pasca Sarjana UNDIP, Semarang dari http://eprints.undip.ac.id/4421/1/arulita.pdf di akses 4 April 2013

Dipindai dengan CamScanner

Friedman.2004. *Keperawatan Keluarga*. Jakarta:EGC

Gondo, Harry Kurinawan,. 2012. *Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Post Partum Blues*

Hapsari, Dwi dan Ning Sulistiyowati., 2005. Kejadian Gangguan Pada Masa Nifas Hubungannya dengan Penolong Persalinan. Media Litbang Kesehatan. Vol. XV, No. 3 Tahun 2005. Puslitbang Ekologi Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan.

Herwati, Ina. (2011), *Analisis Kematian Ibu Di Indonesia Tahun 2010 Berdasarkan Data SDKI, Riskesdas dan Laporan Rutin KIA*. Bina Kesehatan Ibu, Depkes RI, Bandung 6 April 2011

Hastono, Sutanto Prio., (2011). *Analisis Data Kesehatan.* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Indiani, Sri dan Bataman Basuki. 2012. '*Postpartum depression in Indonesian women: a national study*', Vol. 3, No. 1, June 2012. Dari http://www.litbang.depkes.go.id/lab_mandat. (5 April 2013)

James. 2001. *High Risk Pregnancy*. Jakarta: EGC

Jekti, Rabea Pangerti dan Suarthana, Eva., 2011. *Risk Factors of post partum haemorrhage in Indonesia*. Journal of Health Science Indonesia [online], vol.2 nomor 2 Desember 2011, pp 60–64. Dari http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/index/search/results. [20 Juni 2013]

Jensen, Bobak, Lowdermilk. 1995. *Maternity of Nursing*. Maria Wijayariani. 2004. (Alih Bahasa), Jakarta: EGC

Kartono. 2006. *Perilaku Manusia*. Jakarta. ISBN

Lameshow, S. (1997). Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan Adequacy of Sample Size in Helat Studies, Gajahmada Univercity Press

Machmud, Rizanda., dkk. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Baduose Medika Jakarta: Jakarta

Manuaba, Ida Bagus Gde. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Salemba Medika: Jakarta

Dipindai dengan CamScanner

Maryunani, Anik dkk. 2009. *Asuhan pada Ibu dalam Masa Nifas (Postpartum).* Trans Info: Jakarta

Manurung, Ria, dkk. 2002. Kekerasan *terhadap Perempuan pada masyarakat multietmik.* Edisi 1, Kerjasama Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gajah Mada Ford Foundation: Yogyakarta

Milaraswati, D. 2008. *Hubungan Antara Paritas dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Primer di Kamar Bersalin RSUD Gambiran Kota Kediri Periode 1 Januari – 31 Desember 2007.* Karya Tulis Ilmiah. Malang: Poltekkes Depkes. di unduh 5 April 2013

Misar, Yuliana, Masni dan Andi.Zulkifli. 2012. *Faktor Risiko Komplikasi Persalinan Pada Ibu Melahirkan di Kabupaten Gorontalo Utara Tahun 2012.* dari http://pasca.unhas.ac.id/jurnal di unduh 12 April 2013

Miswarti, 2007. *Hubungan Kejadian Pendarahan Postpartum Dini dengan Paritas di RSUD Dr. M. Djamil Padang Tahun 2005*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 2(1): 133-135, dari http://www.jurnalkesmas.com/index.php/kesmas di unduh 5 April 2013

Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetry Jilid I*. EGC: Jakarta

Notoatmodjo S, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta

Purwanto, Ngalim. 2004. *Psikologi Pendidikan*. Remaja Rosda Karya. Bandung.

Pusat Biro Statistik, BKKBN, Depertemen Kesehatan Macro Internasional. Departemen Kesehatan. 2010. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*, 2008, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2007. Jakarta

Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta

Saifudin, Abdul Bahri. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*. JHPIEGO. Jakarta

Saifudin, Abdul Bahri. 2008. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka: Jakarta

Dipindai dengan CamScanner

Sarimawar Djaja dan Tin Afifah. 2011. *Pencapaian dan Tantangan Status Kesehatan Maternal di Indonesia*, Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 10, no.1, Maret 2011: 10-20 dari http://ejournal.litbang.depkes.go.id/ *di unduh 9 April 2013*

Saleha, Siti. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas,* Salemba Medika: Jakarta

Sihombing, Sinurtia. 2004. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Persalinan di Indonesia tahun 1998-2000 (Analisis Data Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001).* (Tesis). FKM UI, Depok

Soetjiningsih.2004. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta EGC

Senewe, Felly P., dan Ning Sulistiowati. 2004. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Komplikasi Persalinan Tiga Tahun Terakhir Di Indonesia (Analisis lanjut SKRT-Surkesnas 2001).* Vol. 32, No. 2, June 2004. Dari : http://www.litbang.depkes.go.id/lab_mandat. (5 April 2013)

Sheiner, Eyal,. et.al,. 2005. *Obstetric Risk Factors And Outcome Of Pregnancies Complicated With Early Postpartum Hemorrhage: A Population-Based Study*. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, September 2005; 18(3): 149–154; dalam http://ape.med.miami.edu/Doc di unduh 5 Mei 2013

Suyani,. 2008. *Hubungan Karakteristik Ibu Bersalin dan Antenatal Care dengan Perdarahan Pascapersalinan di Rumah Sakit Umum Dr. Pringadi Tahun 2007*. http//repository.usu.ac.id/bitsream, di unduh 15 Mei 2013

Sugiharti, Banmbang Sukana dan Dwi Hapsari P,. 2004. Hubungan Karakteristik Sosial Ekonomi Ibu Dengan Pemenfaatan Tenaga sebagai Penolong Pesalinan di Pulau Jawa (Analisis Data Sekunder Susenas 2001). Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 3, No. 2, Agustus 2004, hal: 74 -79.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : CV. Alfabeta

Suherni, dkk, 2008. *Perawatan Masa Nifas*. Fitramaya: Yogyakarta

Sumantri, Bambang,. 2012. *Persiapan Persalinan*. diterbitkan Sabtu, 28 Janurai 2012 dari http://mantrinews.blogspot.com/2012/01/persiapan-persalinan.html. di unduh tanggal 12 April 2013

Dipindai dengan CamScanner

Taguchi, N,at all., 2003. *Influence of socio-economic background and antenatal care programmes on maternal mortality in Surabaya, Indonesia*. Tropical Medicine and International Helath, Vol. 8, No. 9 pp 847-852 September 2003

UNFPA, SAFE Research study and impacts. *Maternal mortality update 2004, delivery into good hands.* New York, UNFPA; 2004.

UNICEF, 2009. Conceptual Framework on Maternal Mobidity and Mortality, di unduh www.unicef.org

Utami, Dwicahyanti. 2011. *Hubungan Status Reproduksi, Status Kesehatan, Akses Pelayanan Kesehatan dengan Komplikasi Obstetri.* dari http://jurnalkesmas.org di unduh 5 April 2013

Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2.* EGC: Jakarta

Wijaya, Awi Muliadi. 2012. *Indikator Angka Kematian Maternal (MMR atau AKI) dan Penyebab*. dalam http://www.infodokterku.com di unduh 5 April 2012

Wiknjosastro, Gulardi, dkk. 2008. *Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)*. JNPK-KR: Jakarta

WHO (World Health Organization). (2012). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and the world bank estimates the world.* Geneva:WHO

World Health Organization (WHO). 1998. *Mather-Baby Package: Imlementing Safe Motherhood in Countries*. WHO: Geneva

WHO-HPIEGO. 2003. *Buku IV Asuhan Kebidanan pada Ibu Postpartum*, Pusdiknakes: Jakarta

WHO, Depkes RI, FKM UI. 1998. *Modul safe motherhood.* Kerjasama WHO-Depkes RI-FKM UI: Jakarta

Dipindai dengan CamScanner

Tabel 5.3.3 Hasil Regresi Logistik Pemodelan Multivariat

	Variabel	B	P value	OR (95% CI)	% Perubahan OR
Step 1	Tingkat pendidikan	0.054	0.432	1.056 (0.922 - 1.209)	0.1%
	Status ekonomi	-0.136	0.030	0.873 (0.771 - 0987)	0%
	Wilayah tempat tinggal	-0.038	0.552	0.962 (0.849 - 1.092)	0.1%
	Usia	-0.073	0.336	0.930 (0.802 - 1.078)	0%
	Paritas	-0.025	0.729	0.975 (0.847 - 1.123)	0%
	Jarak kehamilan	-0.061	0.486	0.941 (0.792 - 1.118)	0%
	Riw.komplikasikehamilan	0.800	0.000	2.226 (1.847 - 2.683)	0%
	Riw.komplikasipersalinan	1.119	0.000	3.061 (2.707 - 3.462)	0%
	Pemeriksaan antenatal	0.233	0.015	1.263 (1.047 - 1.523)	0.1%
	Penolong persalinan	0.228	0.008	1.257 (1.063 - 1.486)	0%
	Tempat persalinan	0.117	0.105	1.125 (0.976 - 1.296)	0%
	Constant	434.000	0.004	1.544	
Step 2	Tingkat pendidikan	0.053	0.443	1.054 (0.921 - 1.207)	0%
	Status ekonomi	-0.139	0.027	0.871 (0.770 - 0.984)	0.2%
	Wilayah tempat tinggal	-0.038	0.552	0.962 (0.849 - 1.092)	0.1%
	Usia	-0.081	0.256	0.922 (0.801 - 1.061)	0.9%
	Jarak kehamilan	-0.063	0.477	0.939 (0.791 - 1.116)	0.2%
	Riw.komplikasikehamilan	0.800	0.000	2.226 (1.847 - 2.684)	0%
	Riw.komplikasipersalinan	1.119	0.000	3.062 (2.707 - 3.462)	0.1%
	Pemeriksaan antenatal	0.232	0.015	1.262 (1.046 - 1.521)	0%
	Penolong persalinan	0.227	0.008	1.255 (1.061 - 1.484)	0.1%
	Tempat persalinan	0.116	0.109	1.123 (0.975 - 1.294)	0.2%
	Constant	0.427	0.004	1.533	
Step 3	Tingkat pendidikan	0.046	0.500	1.047 (0.916 - 1.196)	0.8%
	Status ekonomi	-0.143	0.021	0.867 (0.767 - 0.979)	0.7%
	Usia	-0.080	0.263	0.923 (0.802 - 1.062)	0.7%
	Jarak kehamilan	-0.063	0.473	0.939 (0.790 - 1.115)	0.2%
	Riw.komplikasikehamilan	0.800	0.000	2.226 (1.847 - 2.683)	0%
	Riw.komplikasipersalinan	1.119	0.000	3.063 (2.708 - 3.464)	0.1%
	Pemeriksaan antenatal	0.230	0.016	1.258 (1.044 - 1.517)	0.3%
	Penolong persalinan	0.227	0.008	1.255 (1.061 - 1.438)	0.1%
	Tempat persalinan	0.105	0.133	1.111 (0.968 - 1.274)	1.3%
	Constant	0.418	0.004	1.519	
Step 4	Tingkat pendidikan	0.047	0.068	1.048 (0.917 - 1.197)	0.7%
	Status ekonomi	-0.142	0.062	0.867 (0.768 - 0.979)	0.7%
	Usia	-0.079	0.072	0.924 (0.803 - 1.063)	0.6%
	Riw.komplikasikehamilan	0.800	0.095	2.224 (1.845 - 2.681)	0.1%
	Riw.komplikasipersalinan	1.119	0.063	3.063 (2.708 - 3.463)	0.1%
	Pemeriksaan antenatal	0.229	0.095	1.258 (1.043 - 1.516)	0.3%
	Penolong persalinan	0.226	0.085	1.254 (1.060 - 1.482)	0.2%
	Tempat persalinan	0.105	0.070	1.110 (0.968 - 1.274)	1.3%
	Constant	0.363	0.125	1.438	
Step 5	Status ekonomi	-0.131	0.028	0.877 (0.780 - 0986)	0.4%

Dipindai dengan CamScanner

	Usia	-0.079	0.267	0.924 (0.803 - 1.063)	0.6%
	Riw.komplikasikehamilan	0.800	0.000	2.225 (1.846 - 2.682)	0.1%
	Riw.komplikasipersalinan	1.121	0.000	3.068 (2.713 - 3.469)	0.2%
	Pemeriksaan antenatal	0.231	0.015	1.260 (1.045 - 1.519)	0.2%
	Penolong persalinan	0.231	0.007	1.260 (1.066 - 1.489)	0.2%
	Tempat persalinan	0.113	0.102	1.120 (0.978 - 1.282)	0.4%
	Constant	0.363	0.004	1.438	
Step 6	Status ekonomi	-0.134	0.025	0.875 (0.778 - 0.984)	0.2%
	Riw.komplikasikehamilan	0.799	0.000	2.223 (1.844 - 2.679)	0.1%
	Riw.komplikasipersalinan	1.120	0.000	3.065 (2.711 - 3.466)	0.1%
	Pemeriksaan antenatal	0.232	0.015	1.261 (1.065 - 1.520)	0.1%
	Penolong persalinan	0.230	0.007	1.258 (1.065 - 1.487)	0.1%
	Tempat persalinan	0.114	0.097	1.121 (0.979 - 1.283)	7.6%
	Constant	0.303	0.007	1.354	
Step 7	Status ekonomi	-0.120	0.043	0.887 (0.789 - 0.996)	1.6%
	Riw.komplikasikehamilan	0.789	0.000	2.202 (1.827 - 2.653)	1.1%
	Riw.komplikasipersalinan	1.115	0.000	3.049 (2.697 - 3.448)	0.4%
	Pemeriksaan antenatal	0.243	0.011	1.275 (1.058 - 1.536)	1.4%
	Penolong persalinan	0.300	0.000	1.349 (1.166 - 1.561)	7.3%
	Constant	0.311	0.006	1.364	
Step 8	Riw.komplikasikehamilan	0.800	0.000	2.225 (1.847 - 2.680)	0.0%
	Riw.komplikasipersalinan	1.111	0.000	3.036 (2.686 - 3.432)	0.8%
	Pemeriksaan antenatal	0.229	0.160	1.258 (1.044 - 1.514)	0.3%
	Penolong persalinan	0.271	0.000	1.311 (1.136 - 1.512)	4.3%
	Constant	0.266	0.016	1.304	

Keterangan variabel yang dikeluarkan: Step 1 = Pekerjaan; Step 2: paritas; Step 3: wilayah tempat tinggal; Step 4: jarak kelahiran; Step 5: tingkat pendidikan; Step 6: usia; Step 7: Tempat persalinan; Step 8: Status ekonomi.

Dipindai dengan CamScanner

Tabel 5.3.4 Hasil Uji Interaksi Variabel Bebas dengan Komplikasi Pascapersalinan di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2010

	Variabel	B	P value	OR	95% CI	
Step 1	Riwayat komplikasi kehamilan	0.768	0.000	2.216	1.807	2.717
	Riwayat komplikasi persalinan	1.089	0.000	2.970	1.840	4.794
	Pemeriksaan antenatal	0.229	0.016	1.258	1.044	1.514
	Penolong persalinan	0.271	0.000	1.311	1.136	1.512
	RKhamil By RKsalin	0.023	**0.926**	1.024	0.624	1.679
Step 2	Riwayat komplikasi kehamilan	0.837	0.000	2.309	1.890	2.821
	Riwayat komplikasi persalinan	1.111	0.000	3.037	2.687	3.433
	Pemeriksaan antenatal	0.458	0.074	1.581	0.956	2.615
	Penolong persalinan	0.272	0.000	1.313	1.138	1.515
	RKhamil By PA	-0.267	**0.334**	0.766	0.446	1.315
Step 3	Riwayat komplikasi kehamilan	1.031	0.000	2.805	1.692	4.649
	Riwayat komplikasi persalinan	1.112	0.000	3.041	2.690	3.438
	Pemeriksaan antenatal	0.23	0.015	1.258	1.045	1.515
	Penolong persalinan	0.518	0.052	1.679	0.996	2.8333
	RKhamil By PP	-0.067	**0.335**	0.766	0.445	1.318
Step 4	Riwayat komplikasi kehamilan	0.799	0.000	2.224	1.847	2.679
	Riwayat komplikasi persalinan	1.109	0.000	3.032	2.665	3.449
	Pemeriksaan antenatal	0.225	0.046	1.252	1.004	1.561
	Penolong persalinan	0.271	0.000	1.311	1.136	1.512
	RKsalin by PA	0.014	**0.945**	1.015	0.675	1.524
Step 5	Riwayat komplikasi kehamilan	0.795	0.000	2.215	1.838	2.668
	Riwayat komplikasi persalinan	0.986	0.000	2.681	2.069	3.473
	Pemeriksaan antenatal	0.229	0.016	1.258	1.044	1.515
	Penolong persalinan	0.213	0.020	1.237	1.034	1.148
	RKsalin by PP	0.160	**0.287**	1.173	0.875	1.574
Step 6	Riwayat komplikasi kehamilan	0.799	0.000	2.223	1.846	2.678
	Riwayat komplikasi persalinan	1.111	0.000	3.036	2.686	3.432
	Pemeriksaan antenatal	0.055	0.855	1.056	0.586	1.904
	Penolong persalinan	0.260	0.001	1.297	1.120	1.503
	PA by PP	0.193	**0.543**	1.212	0.652	2.255

Ket : Rkhamil = Riwayat komplikasi kehamilan; RKsalin = Riwayat komplikasi Persalinan; PA = Pemeriksaan Antenatal; PP = Penolong Persalinan

Dipindai dengan CamScanner

Dipindai dengan CamScanner