



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN
KOMPLIKASI PERDARAHAN PASCAPERSALINAN DI
INDONESIA (DATA SEKUNDER SDKI 2012)**

SKRIPSI

LUTHFIA NADIA

1106054044

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2015**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN
KOMPLIKASI PERDARAHAN PASCAPERSALINAN DI
INDONESIA (DATA SEKUNDER SDKI 2012)**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan
Masyarakat**

LUTHFIA NADIA

1106054044

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
DEPOK
JUNI 2015**

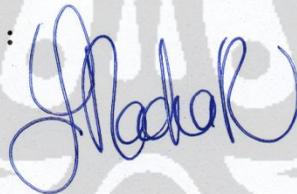
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Luthfia Nadia

NPM : 1106054044

Tanda Tangan :



Tanggal : 29 Juni 2014

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Luthfia Nadia
NPM : 1106054044
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Epidemiologi
Tahun Akademik : 2011

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

“Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Pascapersalinan di Indonesia (Data Sekunder SDKI 2012)”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 29 Juni 2015



(Luthfia Nadia)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Luthfia Nadia
NPM : 1106054044
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian
Komplikasi Pascapersalinan di Indonesia (Data
Sekunder SDKI 2012)

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Syahrizal Syarif, MPH., Ph.D. ()

Penguji : Renti Mahkota S.KM., M.Epid ()

Penguji : Mugia Bayu Rahardja, S.Si., M.Si ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 29 Juni 2014

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena segala berkat dan rahmat-Nya skripsi ini dapat diselesaikan. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, skripsi ini tidak akan dapat terselesaikan dengan baik. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih sebanyak-banyaknya kepada:

- Bapak dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D, selaku pembimbing akademis penulis yang telah meluangkan waktu untuk membantu penyelesaian skripsi ini dengan segala masukan yang membangun;
- Ibu Renti Mahkota, SKM, M.Epid., yang telah bersedia menjadi penguji serta memberikan saran dan masukannya untuk skripsi ini;
- Bapak Mugia Bayu Rahardja, S.Si., M.Si., selaku penguji luar dari BKKBN yang telah hadir dalam sidang skripsi dan memberikan masukan konstruktif untuk perbaikan skripsi penulis;
- Orang tua penulis, Darwin Bastari Rachman dan Sri Suwarti Mulyo, beserta saudara penulis Tidar Kautsar, Sakti Zulfikar, Asyifa Febrinasari, dan Methami Maryam yang selalu mendukung penulis tanpa henti;
- Teman-teman seperjuangan EpidCantik 2011 dan angkatan 2011Hebat karena selalu bersama dan saling mendoakan, mendukung satu sama lain, serta menghibur hingga skripsi dapat diselesaikan bersama-sama;
- Sahabat penulis: Gengcut (Taca, Cete, Cece, Pebe, dan Kanya), K-Epid (Cacan, Corai, dan Geby), NF (Ratsa, Nita, dan Ochi), serta Sistahud (Rewak, Neng, Okak, Fida, Rey, Vivi, Ully, Mamok, Ochi, Nacu, dan Vere) yang selalu memotivasi dan menemani penulis selama penulisan skripsi.
- Para Mamaks WBRP, Magerclaw (terutama Papih dan Amor), serta pihak-pihak lain yang tidak mungkin disebutkan satu per satu, atas bantuan yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, semoga Allah membalas semua kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dalam pengerjaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya.

Depok, 29 Juni 2014

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIA
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Luthfia Nadia
NPM : 1106054044
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Departemen : Epidemiologi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Pasca Persalinan di Indonesia (Data Sekunder SDKI 2012)”

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan 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 : 29 Juni 2014

Yang menyatakan,



(Luthfia Nadia)

ABSTRAK

Nama : Luthfia Nadia
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Departemen : Epidemiologi
Judul : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia Tahun 2012 (Data Sekunder SDKI 2012)

Perdarahan obstetri adalah salah satu penyebab utama kematian maternal di negara berkembang dan penyebab 50% dari 500.000 kematian maternal yang diperkirakan terjadi per tahun di dunia. Sebesar 7,6% dari komplikasi persalinan yang terjadi di Indonesia adalah komplikasi perdarahan pascapersalinan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia. Penelitian ini menggunakan desain studi *cross sectional* dengan analisis data sekunder SDKI 2012. Populasi penelitian adalah seluruh wanita usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan di Indonesia dalam kurun waktu Januari 2007 sampai pelaksanaan SDKI 2012. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan rendah (PR=1,248; 95% CI: 1,108 – 1,405), umur ibu <20 dan >35 tahun (PR= 1,157; 95% CI: 1,007 – 1,329), perilaku merokok ibu (PR= 1,991; 95% CI: 1,047 – 1,425), paritas >3 anak (PR= 1,221; 95% CI: 1,047 – 1,425), komplikasi kehamilan (PR= 2,805; 95% CI: 2,477 – 3,175), riwayat komplikasi persalinan (PR= 1,765; 95% CI: 1,468 – 2,123), dan kelengkapan pelayanan antenatal (PR= 0,79; 95% CI: 0,664 – 0,94) berhubungan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan. Perlunya komitmen pemerintah untuk memperbaiki cakupan fasilitas kesehatan, pelatihan lebih lanjut pada tenaga kesehatan, dan pemberian edukasi pada masyarakat sehingga menumbuhkan kesadaran hak dan kebutuhan tentang kesehatan ibu dan anak.

Kata kunci: Komplikasi Persalinan, Perdarahan Pascapersalinan, Faktor yang Berhubungan, Indonesia, SDKI 2012.

ABSTRACT

Name : Luthfia Nadia
Study Program : Kesehatan Masyarakat
Title : Factors Associated with Postpartum Hemorrhage
Complication in Indonesia (Secondary Analysis of SDKI
2012)

Obstetric Hemorrhage is one of leading causes for maternal death in developing country and cause for 50% of estimated 500.000 maternal death globally per year. It is known that 7,6% of complications during labor and delivery that happen in Indonesia is postpartum hemorrhage (PPH). The purpose of this study is to examine factors that associated with PPH complication in Indonesia. Research method which is used in this study is cross sectional that analyze Indonesia Demographic and Health Survey (SDKI) 2012's data source. Population in this study is all woman in age range 15-49 year old that ever gave birth in Indonesia from January 2007 until SDKI 2012 started. This study find that mother with low education (PR=1,248; 95% CI: 1,108 – 1,405), maternal age <20 and >35 years (PR= 1,157; 95% CI: 1,007 – 1,329), smoking behavior (PR= 1,991; 95% CI: 1,047 – 1,425), parity >3 children (PR= 1,221; 95% CI: 1,047 – 1,425), pregnancy complications (PR= 2,805; 95% CI: 2,477 – 3,175), past labor complications (PR= 1,765; 95% CI: 1,468 – 2,123), and completeness of antenatal care (PR= 0,79; 95% CI: 0,664 – 0,94) are associated with PPH complication. Government commitment is needed to improve health facility's coverage, train health assistance, and educate people to increase awareness of rights and needs of maternal and newborn health.

Keywords: Complication, Labor, Postpartum Hemorrhage, Associated Factors, Indonesia, SDKI 2012.

DAFTAR ISI

BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.6 Ruang Lingkup	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Persalinan	8
2.1.1 Tahap dalam Persalinan	9
2.1.2 Komplikasi Persalinan	10
2.2 Perdarahan Pascapersalinan	11
2.2.1 Penyebab Perdarahan Pascapersalinan	14
2.2.2 Gambaran Klinis	15
2.3 Faktor Risiko Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan	16
2.3.1 Faktor Karakteristik Sosial Demografi	16
2.3.2 Faktor Perilaku Merokok	17
2.3.3 Faktor Riwayat Obstetri	17
2.3.4 Faktor Pelayanan Kesehatan	18
BAB 3 KERANGKA KONSEP	22
3.1 Kerangka Teori	22
3.2 Kerangka Konsep	23

3.3	Hipotesis.....	23
3.4	Definisi Operasional.....	24
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		26
4.1	Rancangan Penelitian.....	26
4.2	Gambaran Umum SDKI 2012.....	26
4.3	Prosedur Sampling SDKI-WUS.....	27
4.4	Populasi dan Sampel.....	27
4.5	Besar Sampel.....	28
4.6	Instrumen Penelitian.....	29
4.7	Pengumpulan Data.....	29
4.8	Pengolahan Data.....	29
4.9	Analisis Data.....	30
4.10	Kualitas Data.....	32
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....		33
5.1	Analisis Univariat.....	33
5.1.1	Gambaran Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan.....	33
5.1.2	Karakteristik Ibu Berdasarkan Sosial Demografi.....	33
5.1.3	Karakteristik Ibu Berdasarkan Perilaku.....	34
5.1.4	Karakteristik Ibu Berdasarkan Riwayat Obstetri.....	34
5.1.5	Karakteristik Ibu Berdasarkan Pelayanan Kesehatan.....	35
5.2	Analisis Bivariat.....	36
5.2.1	Hubungan Faktor Sosial Demografi dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan.....	36
5.2.2	Hubungan Perilaku Merokok Ibu dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan.....	38

5.2.3	Hubungan Faktor Riwayat Obstetri dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan	39
5.2.4	Hubungan Faktor Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan	40
BAB 6 PEMBAHASAN		43
6.1	Keterbatasan dan Kelebihan Penelitian.....	43
6.1.1	Desain Penelitian.....	43
6.1.2	Variabel Penelitian	43
6.1.3	Bias informasi (<i>Recall Bias</i>)	44
6.1.4	Bias Pewawancara (<i>Interview Bias</i>).....	44
6.2	Hasil Penelitian	45
6.2.1	Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan	45
6.2.2	Hubungan Faktor Sosial Demografi dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan	46
6.2.3	Hubungan Perilaku Merokok Ibu dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan	47
6.2.4	Hubungan Faktor Riwayat Obstetri dengan Kejadian Komplikasi.....	48
6.2.5	Hubungan Faktor Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan	50
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....		53
7.1	Kesimpulan	53
7.2	Saran.....	54
7.2.1	Saran Untuk Program	54
7.2.2	Saran Untuk Penelitian Selanjutnya.....	56

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian	24
Tabel 4.1 Perhitungan Besar Sampel Minimal	29
Tabel 4.2 Kualitas Data.....	32
Tabel 5.1 Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012.....	33
Tabel 5.2 Karakteristik Sosial Demografi Ibu di Indonesia pada Tahun 2012.....	33
Tabel 5.3 Karakteristik Perilaku merokok ibu di Indonesia pada Tahun 2012.....	34
Tabel 5.4 Karakteristik Riwayat Obstetri Ibu di Indonesia pada Tahun 2012.....	35
Tabel 5.5 Karakteristik Akses Pelayanan Kesehatan Antenatal di Indonesia pada Tahun 2012	35
Tabel 5.6 Hubungan Faktor Sosial Demografi dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012.....	37
Tabel 5.7 Hubungan Perilaku Merokok Ibu dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012.....	38
Tabel 5.8 Hubungan Riwayat Obstetri dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012.....	39
Tabel 5.9 Hubungan Faktor Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012.....	41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	22
Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	23



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu indikator MDG (Millenium Development Goals) yang harus dicapai pada tahun 2015 adalah rasio kematian maternal, yaitu menjadi 110 kematian per 100.000 kelahiran. Di Indonesia, kematian maternal menunjukkan penurunan, yakni 334 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada periode 1993-1997, 307 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2002-2003, 208 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2007, dan 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2012 (BPS, 2012).

Kematian maternal adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dll (BPS, 2012).

Diperkirakan sebanyak 536.000 kematian maternal terjadi pada tahun 2005 dengan proporsi kematian di negara berkembang adalah sebanyak 99% (533.000) dari kematian yang terjadi. Lebih dari setengah kematian (270.000) tersebut terjadi di Afrika Sub-Sahara, kemudian diikuti oleh Asia Selatan (188.000) (WHO, 2007)

Setiap tahunnya, diperkirakan 529.000 wanita di dunia meninggal karena komplikasi kehamilan dan persalinan, oleh sebab itu diperkirakan terdapat angka kematian maternal sebesar 400 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2004). Padahal, 98% dari kematian maternal di negara berkembang dapat dicegah (UNFPA, 2004).

Di negara berkembang, komplikasi dari kehamilan dan persalinan tetap menjadi penyebab utama dari kematian, kesakitan, dan kecatatan pada wanita di umur reproduktif mereka. Terdapat tanda mengenai perkembangan dari kesehatan dan kehidupan dari ibu, namun sebagian besar kematian maternal terjadi di negara-negara miskin. Risiko kematian maternal di Afrika sub-Sahara adalah 1 dari 16 kelahiran hidup, sedangkan pada negara yang berkembang adalah 1 dari 2800

kelahiran hidup. Alasan dari perbedaan ini adalah hal-hal yang kompleks misalnya kemiskinan, kesenjangan, perang dan kericuhan masyarakat, dan dampak destruktif dari HIV/AIDS, kegagalan menyelamatkan nyawa karena kurangnya pengetahuan atas tindakan efektif kesehatan, dan rencana kesehatan masyarakat dan lingkungan yang sehat (Ramanathan & Arulkumaran, 2006).

Perdarahan obstetri adalah salah satu penyebab utama kematian maternal di negara berkembang dan adalah penyebab 50% dari 500.000 kematian maternal yang diperkirakan terjadi per tahun di dunia. Perdarahan obstetri mencakup perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum (pascapersalinan). Tren yang dilaporkan dalam Confidential Enquiry into Maternal Death (CEMD) terkini (Lewis, 2000) yang mungkin berkaitan dengan perdarahan pada wanita bersalin, antara lain peningkatan rata-rata usia maternal, peningkatan jumlah wanita hamil disertai gangguan medis yang kompleks, peningkatan jumlah kehamilan kembar melalui teknik reproduksi dibantu, peningkatan angka seksio sesaria yang menyebabkan peningkatan kasus plasenta previa atau akreta, dan penolakan ibu terhadap pemberian produk darah.

Perdarahan pascapersalinan biasanya didefinisikan sebagai kehilangan darah sebanyak 500 ml atau lebih dalam waktu 24 jam setelah melahirkan, sedangkan perdarahan yang parah (*severe postpartum hemorrhage*) didefinisikan sebagai kehilangan darah sebanyak 1000 ml atau lebih dalam jangka waktu yang sama. Perdarahan pascapersalinan adalah salah satu dari penyebab terbesar kematian ibu di negara berpenghasilan rendah dan penyebab utama dari hampir seperempat dari seluruh kematian ibu di dunia (WHO, 2012). Sebanyak 140.000 ibu meninggal setiap tahunnya di dunia karena perdarahan pascapersalinan dan komplikasinya. Hal ini berarti terdapat satu ibu meninggal karena perdarahan pascapersalinan setiap 4 menit (Oyelese, 2010).

Pengukuran besar masalah kematian maternal seringkali mengestimasi kematian maternal lebih kecil dari seharusnya. Memperkirakan kehilangan darah adalah sesuatu yang tidak konsisten, diperkirakan bahwa pengukuran subjektif para dokter sekalipun mungkin gagal melihat sekitar 50% kehilangan darah yang terjadi (Versaavel, 2006). Carroli menyatakan bahwa perhitungan prevalensi perdarahan pascapersalinan di dunia pada tahun yang sebesar 6,09%, ketika dihitung ulang

secara objektif dan pengukuran yang tepat, ternyata prevalensinya adalah sebesar 10,6% (Oyelese, 2010).

Penelitian oleh Filho dkk menyatakan bahwa dari 9555 ibu dengan kesakitan atau komplikasi maternal yang serius, sebanyak 1192 ibu (12,5%) mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan (Filho, 2015), padahal 70-80% komplikasi perdarahan pascapersalinan dapat dicegah (Halimeh, 2015). Namun, sekalipun dapat dicegah, memperkirakan perdarahan pascapersalinan dari faktor risikonya adalah hal yang sulit. Hal itu disebabkan dua dari tiga kasus wanita dengan perdarahan pascapersalinan tidak memiliki faktor risiko. Oleh sebab itu seluruh wanita yang bersalin dianggap beresiko mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan (MCHIP, 2011).

Dari analisa penyebab kematian ibu hasil sensus penduduk 2010 menunjukkan bahwa 90% kematian ibu terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan, dengan penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi dalam kehamilan (32%), komplikasi puerperum (31%), perdarahan postpartum (20%), kelaianan amnion (2%), lain-lain (7%). Sedangkan menurut data rutin 35% kematian ibu adalah perdarahan, 22% karena hipertensi, 5% karena partus lama, 5% karena infeksi, dan 1% karena abortus (KEMENKES RI, 2013).

Bila perdarahan pascapersalinan tidak menyebabkan kematian, kejadian ini sangat memengaruhi morbiditas nifas karena anemi akan menurunkan daya tahan tubuh sehingga sangat penting untuk mencegah perdarahan yang banyak (Sastrawinata & dkk, 2012). Meskipun mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, sekitar lima persen dari pasien obstetrik akan mengalami perdarahan pascapersalinan, dan satu persen dari persalinan normal akan mengalami perdarahan pascapersalinan yang berat. Hal ini membuat perdarahan pascapersalinan adalah sebuah penyakit maternal yang umum terjadi dan masih akan menaik angka kesakitannya (Evensen & Anderson, 2013).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mehrabadi dkk, kejadian perdarahan pascapersalinan mengalami kenaikan sejak tahun 2000-2009 di Inggris. Pada tahun

2006 kejadian perdarahan pascapersalinan adalah sebesar 6,3%, sedangkan pada tahun 2009 adalah sebesar 8,0% (RR=1,27; 95% CI: 1,21 – 1,34) (Mehrabadi, 2012)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Calvert dkk, kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Amerika Latin dan Asia adalah sebesar 8%, di Eropa adalah sebesar 13%, dan 25,7% di Afrika. Prevalensi perdarahan pascapersalinan di Asia lebih rendah daripada prevalensi perdarahan pascapersalinan di Eropa, hal ini disebabkan karena gaya hidup terutama kebiasaan merokok pada wanita serta besarnya angka obesitas pada wanita di Asia lebih rendah daripada di Eropa. Sedangkan lebih rendah daripada Afrika karena karakteristik sosial demografi di Asia seperti pendidikan, dan akses pada pelayanan kesehatan antenatal serta fasilitas-fasilitas kesehatan jauh lebih baik di Asia. Sedangkan untuk kejadian perdarahan pascapersalinan yang parah adalah sebesar 5,1% di Afrika, 4,3% di Amerika Utara, dan 1,9% di Asia (Calvert, 2012)

Penelitian yang dilakukan oleh Gazi dkk di Bangladesh menunjukkan bahwa 224 (dari 840 wanita atau sebesar 26%) wanita yang ia ambil sebagai sampel mengalami perdarahan pascapersalinan. Dan dari 224 kejadian tersebut, sebesar 59,4% dari ibu yang mengalami perdarahan pascapersalinan tidak merasa bahwa ia mengalami perdarahan pascapersalinan (Gazi, 2012).

Komplikasi potensial dari perdarahan pascapersalinan termasuk tekanan darah rendah, anemia, kelelahan yang akan dapat menyulitkan ibu untuk menyusui dan memenuhi kebutuhan dari bayi baru lahirnya. Selain itu perdarahan pascapersalinan dapat meningkatkan risiko dari depresi setelah melahirkan dan stress akut. Tranfusi darah yang dilalui ibu selanjutnya memiliki kemungkinan untuk membawa risiko infeksi. Syok perdarahan mungkin akan mengakibatkan *Sheehan Syndrome*, iskemia miokard, atau kematian (Evensen & Anderson, 2013).

Komplikasi kehamilan dan persalinan (termasuk perdarahan pascapersalinan) menjadi faktor langsung penyebab kematian ibu yang digolongkan sebagai determinan proksi. Sedangkan penyebab tidak langsung adalah determinan antara dan determinan kontekstual. Determinan antara meliputi status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan, perilaku sehat, dan faktor-

faktor lain yang tidak diketahui atau tidak diduga. Determinan kontekstual meliputi status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat, dan status masyarakat (McCarthy & Maine, 1992).

1.2 Rumusan Masalah

Komplikasi persalinan adalah masalah yang serius di Indonesia. Hasil sensus penduduk 2010 menunjukkan bahwa 90% kematian ibu terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan, dengan kematian yang disebabkan oleh perdarahan postpartum adalah sebesar 20%. Menurut data SDKI tahun 2012, komplikasi perdarahan pascapersalinan yang tercatat di data SDKI tahun 2012 adalah 7,6% (SDKI, 2012). Data SDKI memuat banyak faktor yang terkait dengan komplikasi perdarahan pascapersalinan, misalnya sosial demografi, perilaku, riwayat obstetri, dan pelayanan kesehatan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, dapat dibuat pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana distribusi frekuensi kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia?
2. Bagaimanakah hubungan antara sosial demografi dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012?
3. Bagaimanakah hubungan antara perilaku merokok dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012?
4. Bagaimanakah hubungan antara riwayat obstetri dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012?
5. Bagaimanakah hubungan antara pelayanan kesehatan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya distribusi frekuensi kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012.
2. Diketuainya hubungan antara sosial demografi dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012.
3. Diketuainya hubungan antara perilaku merokok dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012.
4. Diketuainya hubungan antara riwayat obstetri dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012.
5. Diketuainya hubungan antara pelayanan kesehatan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi bagi BKKBN atau Kemenkes dalam menentukan kebijakan yang akan diambil.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi program terkait seperti Program KB, Kader, Manajemen Aktif Kala III, serta Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi mengenai populasi rentan yang lebih dapat diutamakan untuk menerima intervensi kesehatan.
3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu dan pengetahuan di bidang kesehatan khususnya pada komplikasi perdarahan pascapersalinan.
4. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan bagi peneliti lain untuk penelitian lebih lanjut.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia (analisis data sekunder SDKI-WUS 2012). Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-Juni 2015. Subyek penelitian ini ialah wanita usia subur (15-49 tahun) di seluruh Indonesia yang menjadi responden dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Penelitian ini menggunakan desain studi *cross sectional* yang digunakan untuk melihat pengukuran faktor risiko dan *outcome* dalam satu waktu tertentu. Data dianalisis hingga tingkat analisis bivariat.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

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

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum memulai persalinan (inpartu) jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (JNPK-KR, 2007).

Bentuk persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut (Manuaba I. B., 1998):

1. Persalinan spontan. Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri
2. Persalinan buatan. Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
3. Persalinan anjuran. Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

Penyebab terjadinya persalinan, yaitu (Nuraida, 2012):

1. Penurunan fungsi plasenta: kadar progesterone dan estrogen menurun mendadak, nutrisi janin dari plasenta berkurang.
2. Tekanan pada ganglion servikale dan pleksus frankenhauser, menjadi stimulus (*pace maker*) bagi kontraksi otot polos uterus.
3. Iskemia otot-otot uterus karena pengaruh hormonal dan beban semakin merangsang kontraksi uterus.

Peningkatan beban/stress pada maternal maupun fetal dan peningkatan aktivitas kortison, prostaglandin, ositosin menjadi pencetus rangsangan untuk proses persalinan.

2.1.1 Tahap dalam Persalinan

Persalinan dibagi menjadi empat tahap, yaitu:

1. Persalinan Kala I

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (Manuaba I. B., 1998). Kontraksinya hilang timbul dan dirasakan nyeri, dan melalui dinding perut tangan dengan mudah meraba uterus yang menjadi keras. Dengan semakin lanjutnya persalinan his menjadi lebih teratur dan lebih kuat. Umumnya mula-mula dirasakan nyeri di belakang dan menjalar ke depan abdomen dan paha atas (Oxorn, 2010).

Janin terletak dalam suatu kantong dengan lapisan dalam amnion dan lapisan luar chorion. Kantong ini berisi air ketuban. Dengan majunya persalinan dan ostium uteri internum membuka maka selaput ketuban lepas dari segmen bawah rahim. Seringkali ketuban pecah mendekati akhir kala dua, tetapi pecahnya ketuban dapat juga terjadi setiap saat sebelum atau selama persalinan. Pengeluaran air ketuban dapat terjadi dengan tiba-tiba atau sedikit demi sedikit. Kadang-kadang sulit diketahui apakah ketuban telah pecah atau belum (Oxorn, 2010).

2. Persalinan Kala II

Persalinan kala dua berlangsung dari akhir kala satu, yaitu setelah pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Pada akhir kala satu sebelum pasien memasuki kala dua, kontraksi uterus menjadi lebih sering dan diikuti dengan rasa nyeri yang paling hebat selama persalinan. Begitu sampai pada kala dua maka rasa nyerinya berkurang. Pada persalinan kala satu persalinan akan maju lebih cepat dan nyeri yang dirasakan pasien akan kurang jika pada setiap kontraksi uterus ia bernafas dalam dan pelan-pelan serta menghindari mengejan. Makin efektif relaksasinya, makin cepat pembukaan cervix. Sebaliknya, pada kala dua pasien harus bekerja keras, ia harus mengejan setiap ada kontraksi dan istirahat pada waktu kontraksi hilang. Makin

efektif ia mengejan, makin pendek kala duanya (Oxorn, 2010). Pada persalinan kala dua, frekuensi kontraksi terjadi 3-4 kali setiap 10 menit (Sinsin, 2008).

3. Persalinan Kala III

Frekuensi kontraksi berkurang, aktivitas Rahim menurun. Plasenta dapat lepas spontan namun bisa tetap menempel sehingga memerlukan bantuan untuk mengeluarkannya (Sinsin, 2008). Lahirnya plasenta terjadi dalam dua tahap; (1) pelepasan placenta dari dinding uterus ke dalam segmen bawah rahim dan/atau vagina, dan (2) pengeluaran placenta yang sesungguhnya dari jalan lahir (Oxorn, 2010).

Penyebab utama perdarahan banyak adalah pengelolaan kala tiga yang salah. Kesalahan yang sering dibuat adalah mencoba untuk mempercepat lahirnya placenta padahal placenta belum lepas. Meremas atau memijit-mijit uterus dengan kasar pada saat ia belum siap untuk kontraksi dapat menyebabkan pelepasan sebagian dari placenta dan mengakibatkan perdarahan pascapersalinan (Oxorn, 2010).

4. Persalinan Kala IV

Pada tahap ini dilakukan pemantauan kepada ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 30 menit pada 1 jam berikutnya. Pantauan yang dilakukan adalah pemantauan pada kesadaran ibu, pemeriksaan tanda vital yaitu tekanan darah, nadi dan pernafasan, kontraksi uterus, serta pemantauan pengeluaran darah dari jalan lahir atau perdarahan (Nuraida, 2012).

Persalinan kala empat dimaksudkan untuk melakukan pemantauan karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Perdarahan masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Manuaba I. B., 1998).

2.1.2 Komplikasi Persalinan

Komplikasi persalinan adalah keadaan yang mengancam jiwa ibu dan janin, karena gangguan sebagai akibat langsung dari kehamilan atau persalinan, seperti infeksi, pendarahan, pre eklampsia/eklampsia, partus macet, rupture uteri yang butuh manajemen obstetric tanpa ada perencanaan sebelumnya (Depkes, 1999).

Umumnya, penyebab kematian ibu dikelompokkan pada tiga kelompok besar, yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung, dan penyebab campuran. Yang dimaksud dengan penyebab langsung adalah penyakit atau komplikasi yang hanya terjadi selama kehamilan, termasuk didalamnya aborsi, kehamilan ektoprik (kehamilan di luar kandungan), penyakit hipertensi pada kehamilan, perdarahan antepartum/postpartum, persalinan macet, dan sepsis nifas. Selanjutnya, penyebab yang tidak langsung adalah penyakit yang mungkin telah terjadi sebelum kehamilan tetapi diperburuk oleh kehamilan, contohnya penyakit jantung, anemia, hipertensi esensial (tekanan darah tinggi yang sebabnya tidak diketahui), diabetes mellitus, dan hemoglobinopati (penyakit sel darah merah). Terakhir penyebab campuran adalah penyebab yang bersifat kebetulan, contohnya yang khas adalah kematian akibat kecelakaan lalu lintas (Royston & Armstrong, 1994).

Sedangkan menurut SDKI 2002-2003 ibu yang mengalami komplikasi persalinan bila terdapat salah satu atau beberapa keadaan sebagai berikut: mules yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam, perdarahan lebih banyak dibandingkan dengan biasanya (lebih dari 3 kain), suhu badan tinggi dan mengeluarkan lender yang berbau tidak sedap dari jalan lahir, kejang-kejang dan pingsan, dan kesulitan atau komplikasi lain (BPS, 2003).

2.2 Perdarahan Pascapersalinan

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pascapersalinan (Bahiyatun, 2009). Perdarahan pascapersalinan dalam arti luas mencakup semua perdarahan yang terjadi setelah kelahiran bayi: sebelum, selama, dan sesudah keluarnya plasenta. Menurut definisi, hilangnya darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama merupakan perdarahan postpartum. Setelah 24 jam, keadaan ini dinamakan perdarahan postpartum lanjut atau *late postpartum hemorrhage*. Insidensi perdarahan postpartum sekitar 10 persen (Oxorn, 2010).

Berhubung banyaknya perdarahan ditentukan, sebenarnya darah yang keluar harus diukur untuk mendapatkan ukuran jumlah darah yang tepat. Namun, dalam prakteknya hal ini tidak dilakukan dan walaupun benar diukur seringkali tidak akurat, karena (Suratin, 2001):

- 1) Tidak semua darah dapat dikumpulkan untuk diukur karena sebagian terdapat di atas tempat tidur atau lantai dan sebagian lain masih terdapat di rongga uterus
- 2) Cairan lain sering ikut terukur secara tidak sengaja seperti urin dan air ketuban.

Kontraksi uterus selama persalinan bukan saja ditujukan untuk mengeluarkan bayi dan plasenta melainkan juga untuk menutup pembuluh darah yang terbuka setelah persalinan. Pada keadaan normal, plasenta dikeluarkan dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi. Selanjutnya kontraksi uterus segera akan menghentikan perdarahan. Karena berbagai alasan plasenta kemungkinan gagal untuk melepaskan diri, akibatnya perdarahan tidak akan pernah berhenti selama plasenta atau bagiannya tetap berada dalam uterus. Selain retensio plasenta, penyebab perdarahan postpartum yang lain adalah partus lama, semua jenis persalinan bedah vagina, pengaruh obat anestesi, dan tumor uterus seperti fibroma (Royston & Armstrong, 1994).

Pendarahan post partum rata-rata berkisar 15% dengan penyebaran; atonia uteri (50-60%), sisa plasenta (23-24%), retensio plasenta (16-17%), lacerasi jalan lahir (4-5%), kelainan darah (0,5-0,8%). Perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi:

1. Perdarahan postpartum dini/primer (*early postpartum hemorrhage*)

Perdarahan pascapersalinan dini atau primer didefinisikan sebagai perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran (Wijayarini, 1998).

2. Perdarahan pascapersalinan lanjut (*late postpartum hemorrhage*).

Perdarahan pascapersalinan lanjut yaitu perdarahan pada masa nifas (purperium) tidak termasuk 24 jam pertama setelah kala III (Nugroho, 2010). Perdarahan postpartum lanjut adalah kehilangan darah sebanyak 500 ml setelah 24 jam pertama dan dalam waktu 6 minggu. Sementara bagian terbesar episode ini terjadi pada hari ke 21, mayoritasnya berlangsung antara hari keempat dan kesembilan postpartum. Insidensnya sekitar 1 persen (Oxorn, 2010).

Pada beberapa kasus, asal perdarahan ini adalah cervix, vagina, atau vulva. Infeksi setempat mengakibatkan longgarnya atau lepasnya jahitan serta pelarutan thrombus dengan perdarahan pada tempat episiotomy atau laserasi. Jumlah darah yang hilang tergantung pada ukuran pembuluh darah. Terapi mencakup pembersihan debris yang terinfeksi, penjahitan tempat-tempat yang berdarah, dan kalau perlu pemasangan tampon bertekanan dalam vagina. Transfusi darah dapat diberikan kalau diperlukan (Oxorn, 2010).

3. Perdarahan pascapersalinan parah (*major/severe postpartum hemorrhage*)

Perdarahan pascapersalinan parah adalah ketika ada perdarahan yang berlanjut dan kegagalan untuk merespon usaha pertama manajemen pertolongan pada perdarahan, dan kasus di mana kehilangan darah mendekati atau melampaui 1000 ml (The Women's, 2013).

Perdarahan pascapersalinan yang kehilangan darah kurang dari 1000 ml tidak memiliki angka kesakitan yang signifikan, namun yang mengalami kehilangan darah lebih dari 1000 ml memiliki persentase kesakitan 1-2% setelahnya di salah satu rumah sakit ibu di Australia. Kesakitan jangka panjang yang dialami termasuk renal impairment, Sindrom Sheehan, dan risiko infeksi menular melalui darah dari transfusi darah yang dilakukan (The Women's, 2013).

Perdarahan yang berat dapat juga timbul sebagai akibat cedera pada saat persalinan spontan atau selama persalinan melalui pembedahan. Pecahnya uterus, robekan pada leher Rahim dan vagina, dan cedera pada jalan lahir bagian bawah dan perineum semuanya dapat menimbulkan perdarahan (Royston & Armstrong, 1994).

Risiko kematian akibat perdarahan tergantung pada jumlah dan kecepatan hilangnya darah serta status kesehatan pasien. Seorang wanita dengan perdarahan antepartum diperkirakan hanya mempunyai waktu sekitar 12 jam untuk dapat hidup, kecuali jika mendapat pengobatan, sedangkan pada perdarahan postpartum hanya 2 jam. Setiap penderita perdarahan kebidanan yang tinggal di tempat yang jauh dari fasilitas pelayanan medis tentu saja berada dalam keadaan bahaya. Tidak mengherankan, perdarahan merupakan satu-satunya penyebab kematian terbesar yang banyak dilaporkan oleh negara berkembang. Pada penelitian terhadap masyarakat di Fiji, hal tersebut mencakup lebih dari 31% kematian ibu langsung,

54% di Menoufia dan mesir, 67% di Bali, dan 33% di Papua nugini (Royston & Armstrong, 1994).

Penelitian terhadap kematian ibu memperlihatkan bahwa penderita perdarahan pascapersalinan meninggal dunia akibat terus menerus terjadi perdarahan yang jumlahnya kadang-kadang tidak menimbulkan kecurigaan. Yang menimbulkan kematian bukanlah perdarahan sekaligus dalam jumlah banyak, tapi justru perdarahan yang terus menerus dan terjadi sedikit demi sedikit. Pada suatu seri kasus yang besar, Beacham mendapatkan bahwa interval rata-rata antara kelahiran dan kematian adalah 5 jam 29 menit. Tidak seorangpun ibu yang meninggal dalam waktu 1 jam 30 menit setelah melahirkan. Kenyataan ini menunjukkan adanya cukup waktu untuk melangsungkan terapi yang efektif jika pasiennya selalu diamati dengan seksama, diagnosis dibuat secara dini, dan tindakan yang tepat segera dikerjakan (Oxorn, 2010).

Komplikasi lanjutan dari perdarahan pascapersalinan yang biasa terjadi adalah Sindrom Sheehan, yaitu kegagalan laktasi, dan anemia yang parah. Ibu hamil yang sehat mungkin dapat mentoleransi kehilangan darah hingga 1000 ml, namun ibu yang telah mengalami anemia bahkan sebelum kehamilan akan menghadapi masalah yang serius (Dolea, 2003).

2.2.1 Penyebab Perdarahan Pascapersalinan

Perdarahan pascapersalinan ada yang dapat diramalkan terjadinya dan ada yang tidak dapat diramalkan. Tergantung pada ada atau tidaknya faktor risiko pada ibu hamil. Sebagian besar perdarahan pascapersalinan dapat dicegah, tetapi beberapa tidak dapat dicegah (Suratin, 2001).

Penyebab gangguan ini adalah kelainan pelepasan dan kontraksi ruptur serviks dan vagina (lebih jarang laserasi perineum), retensio sisa plasenta, dan koagulopati. Dalam beberapa kasus yang jarang, ibu yang memiliki penyakit kelainan darah seperti hemophilia atau *von Willebrand* dan mengalami perdarahan pascapersalinan, akan mengalami perdarahan pascapersalinan yang parah dengan risiko kematian yang lebih tinggi (Dolea, 2003).

Urutan kejadian yang tepat belum diketahui, namun ada beberapa tipe subinvolusi. Tiga faktor yang mungkin adalah: (1) pelepasan thrombus yang terjadi kemudian pada placenta, dengan terbukanya kembali sinus-sinus vaskuler; (2) abnormalitas pada pemisahan decidua vera; dan (3) infeksi intrauterin yang menimbulkan pelarutan thrombus dalam pembuluh-pembuluh darah. Mekanisme dasarnya serupa tanpa tergantung apakah terjadi retensio jaringan placenta (Oxorn, 2010).

2.2.2 Gambaran Klinis

Gambaran klinisnya berupa perdarahan terus-menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi semakin jelek. Denyut nadi menjadi cepat dan lemah; tekanan darah menurun; pasien berubah pucat dan dingin; dan napasnya menjadi sesak, terengah-engah, berkeringat dan akhirnya coma serta meninggal dunia. Situasi yang berbahaya adalah kalau denyut nadi dan tekanan darah hanya memperlihatkan sedikit perubahan untuk beberapa saat karena adanya mekanisme kompensasi vaskuler. Kemudian fungsi kompensasi ini tidak bisa dipertahankan lagi, denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba turun, dan pasien dalam keadaan shock. Uterus dapat terisi darah dalam jumlah yang cukup banyak sekalipun dari luar hanya terlihat sedikit (Oxorn, 2010).

Gejala-gejala dari perdarahan pascapersalinan adalah (Sastrawinata & dkk, 2012):

1. Perdarahan per vaginam
2. Konsistensi rahim lunak
3. Fundus uteri naik (jika pengaliran darah keluar terhalang oleh bekuan darah atau selaput janin)
4. Tanda-tanda syok

Untuk menentukan diagnosis dengan cepat, sebaiknya dilakukan pemeriksaan dengan speculum setelah operasi-operasi yang sulit, seperti forseps tengah, versi dan ekstraksi, dan ekstraksi pada bokong. Sebaiknya juga dilakukan eksplorasi kavum uteri karena ada kemungkinan robekan rahim pada tindakan yang sulit.

2.3 Faktor Risiko Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

2.3.1 Faktor Karakteristik Sosial Demografi

2.3.1.1 Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah salah satu faktor demografi yang sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan individu maupun masyarakat. Seseorang dengan pendidikan yang tinggi akan mudah menerima informasi-informasi kesehatan dari berbagai media dan biasanya ingin selalu berusaha untuk mencari informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan yang belum diketahuinya (Kusumawati, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian Suratin (2001) pendidikan berhubungan signifikan dengan kejadian perdarahan pascapersalinan ($p=0,031$). Dalam penelitian Suratin, ibu yang tamat SD memiliki risiko untuk mengalami perdarahan pascapersalinan 2,368 lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tamat SMA, sedangkan risiko yang dimiliki ibu tamat SMP untuk mengalami perdarahan pascapersalinan jika dibandingkan dengan ibu yang tamat SMA adalah sebesar 1,097 kali (Suratin, 2001).

2.3.1.2 Umur

Pada umur kurang dari 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal, sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan (Kusumawati, 2006).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Suratin (2001) umur berhubungan dengan kejadian perdarahan pascapersalinan. Ibu yang melahirkan dalam rentang umur yang beresiko memiliki risiko untuk mengalami perdarahan pascapersalinan 1,157 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang bersalin dalam rentang umur tidak beresiko (20-35 tahun) (Suratin, 2001).

2.3.2 Faktor Perilaku Merokok

Asap rokok mengandung lebih dari 7000 zat kimia dan banyak dari zat tersebut yang merupakan racun. Ketika zat kimia tersebut meresap dalam ke jaringan-jaringan tubuh, zat tersebut menyebabkan kerusakan. Tubuh melawan zat tersebut untuk menyembuhkan kerusakan yang dirusak setiap proses merokok dilakukan. Seiring berjalannya waktu, kerusakan pada jaringan-jaringan tubuh ini menyebabkan penyakit (CDC, 2010).

Merokok sangat berbahaya terutama saat kehamilan. Merokok terutama berbahaya untuk wanita berusia >35 tahun atau mereka yang mengalami perdarahan, kenaikan berat badan yang buruk, anemia, atau hipertensi. Lebih lagi, merokok dan asupan alkohol secara sinergis membahayakan janin (Benson & Pernoll, 2009). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kramer (2011), merokok tidak memiliki kecenderungan untuk mengalami perdarahan pascapersalinan (OR=1,0), namun perokok memiliki kecenderungan 1,7 kali lebih besar untuk mengalami perdarahan pascapersalinan yang parah (Kramer M. S., 2011).

2.3.3 Faktor Riwayat Obstetri

2.3.3.1 Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan). Dibedakan dengan primigravida (hamil yang pertama kali) dan multigravida (hamil yang kedua atau lebih) (Megasari, 2015).

Paritas menunjukkan jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita. Paritas adalah faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan (Kusumawati, 2006).

Wanita dengan kehamilan ganda dan yang paritus empat atau lebih memiliki risiko untuk mengalami perdarahan postpartum. Mungkin karena otot uterus terlalu teregang dan kurang dapat berkontraksi dengan normal. Penelitian di Papua Nugini menemukan bahwa kematian ibu yang disebabkan perdarahan postpartum, 17% adalah pada ibu yang melahirkan untuk pertama kalinya, dibandingkan 44% dari ibu

yang telah melahirkan empat kali atau lebih. Hampir separuh keadaan yang disebut terakhir berhubungan dengan retensio plasenta yang lama (Royston & Armstrong, 1994).

2.3.3.2 Komplikasi Kehamilan dan Riwayat Komplikasi Persalinan

Tanda atau gejala yang paling dikhawatirkan selama masa kehamilan adalah perdarahan pervaginaan, pertumbuhan rahim melebihi umur kehamilan, dan terminasi kehamilan sebelum waktunya. Perdarahan uterus pada kehamilan dini atau lanjut menandai adanya bahaya terhadap kehamilan. Terminasi kehamilan lebih bulan memiliki risiko terjadinya insufisiensi uteroplasenta, cairan amnion mengandung meconium, dan persalinan dengan komplikasi atau trauma persalinan dan kelahiran (Benson & Pernoll, 2009). Sedangkan riwayat persalinan lalu yang buruk kemungkinan akan terjadi lagi pada persalinan saat ini. Persalinan lalu yang ditolong dengan tindakan kemungkinan besar akan terjadi lagi pada kehamilan ini (Nuraida, 2012).

Seorang ibu yang pernah mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan seperti keguguran, melahirkan bayi premature, lahir mati, persalinan sebelumnya dengan tindakan ekstraksi vakum atau forseps dan dengan seksio sesarea merupakan risiko untuk persalinan berikutnya (Kusumawati, 2006). Ibu yang mengalami perdarahan pascapersalinan pada persalinan sebelumnya, kemungkinan besar hal serupa akan dialami kembali bila melahirkan (Siswanto, 2011).

2.3.4 Faktor Pelayanan Kesehatan

2.3.4.1 Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal (*antenatal care*) adalah pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menegakkan secara dini komplikasi kehamilan, dan menetapkan risiko kehamilan (risiko tinggi, risiko meragukan, risiko rendah). Asuhan antenatal juga untuk menyiapkan persalinan menuju *well born baby* dan *well health mother*, mempersiapkan perawatan bayi dan laktasi, serta memulihkan kesehatan ibu yang optimal saat akhir kala nifas (Manuaba I. A., 2006).

Menurut Depkes RI (2006), pelayanan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala yang diikuti upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Pemeriksaan antenatal dilakukan oleh tenaga profesional yang terlatih dan terdidik dalam bidang kebidanan, yaitu: bidan, dokter, dan perawat yang sudah terlatih (Damayanti, 2013)

Antenatal care atau pengawasan kehamilan bertujuan agar persalinan, kala nifas, serta pemberian ASI berjalan lancar. Selama kehamilan mungkin dijumpai berbagai bentuk penyimpangan sehingga memerlukan upaya promotif, preventif, bahkan tindakan kuratif. Masih dapat diupayakan untuk mencapai atau mendekati akhir proses kemampuan fungsi reproduktif, yaitu *well born baby* dan *well health mother* (Manuaba I. A., 2006).

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari (KEMENKES, 2010):

1. Timbang berat badan: Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin.
2. Ukur lingkar lengan atas (LiLA): Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK).
3. Ukur tekanan darah: pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeclampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).
4. Ukur tinggi fundus uteri: pengukuran dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.
5. Hitung denyut jantung janin (DJJ): dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal untuk melihat apakah adanya gawat janin.

6. Tentukan presentasi janin: dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal untuk mengetahui letak janin.
7. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT): untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum.
8. Beri tablet tambah darah (tablet besi): untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.
9. Periksa laboratorium (rutin dan khusus): meliputi pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin darah, protein dalam urin, kadar gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, dan BTA.
10. Tatalaksana penanganan kasus: berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standard an kewenangan tenaga kesehatan.
11. KIE Efektif: dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk koneling dan testing HIV di daerah tertentu (risiko tinggi), Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif, KB pascapersalinan, imunisasi, dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain Booster).

2.3.4.2 Tempat Persalinan

Persalinan adalah proses alami yang seharusnya terjadi tanpa komplikasi yang serius kecuali di beberapa kasus ibu berisiko tinggi. Oleh sebab itu, ibu sebaiknya memiliki akses ke pelayanan kesehatan maternal, terutama yang memiliki kualitas dasar terpenuhi, baik dalam hal perlengkapan, bahan, maupun sumber daya manusia (Olowokere, 2013).

Perdarahan pascapersalinan dapat membunuh bahkan ibu sehat tanpa faktor risiko sekalipun dalam waktu dua jam jika tidak segera ditangani. Oleh sebab itu persalinan seharusnya dilakukan di fasilitas kesehatan. Di negara berpenghasilan

rendah, melahirkan di rumah adalah pilihan pertama mereka, tidak jarang hal tersebut adalah pilihan satu-satunya. Diperkirakan sekitar 60% dari persalinan di negara berpenghasilan rendah terjadi di luar fasilitas kesehatan (Ramanathan & Arulkumaran, 2006).

2.3.4.3 Tenaga Penolong Persalinan

Penolong persalinan yang terlatih adalah tenaga kesehatan profesional terakreditasi seperti bidan, dokter, atau perawat yang telah teredukasi dan terawatt untuk memenuhi kemampuan yang dibutuhkan untuk manajemen kehamilan normal, persalinan, dan periode postnatal dan mengidentifikasi, manajemen, dan merujuk komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir (WHO, 2004).

Persalinan akan berlangsung lancar dan relatif lebih aman jika ditolong oleh tenaga yang terdidik dan terlatih. Tenaga ini sudah memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang persalinan baik secara fisiologis maupun patologis (Suratin, 2001).

Di antara prioritas yang disusun pada Konsultasi Teknis Keselamatan Ibu di Sri Lanka tahun 1997 dan Simposium Internasional tentang Keselamatan Ibu di Washington DC tahun 1998 adalah memastikan adanya petugas terlatih pada setiap kelahiran dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan ibu yang bermutu (Siswanto, 2011).

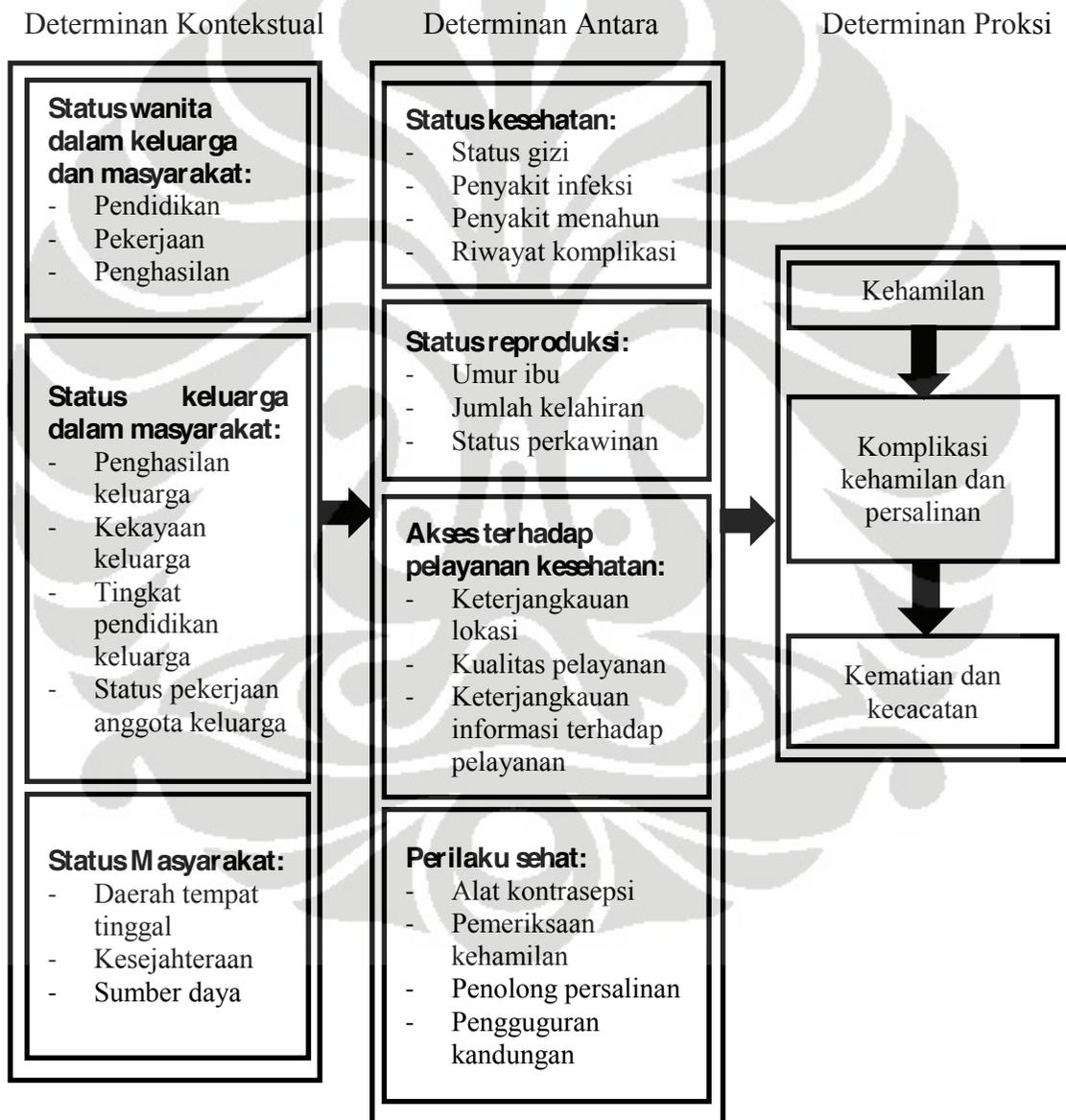
Salah satu indikator penting untuk status kesehatan maternal dari sebuah negara adalah banyaknya persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang terampil. Negara yang memiliki rasio kematian maternal dibawah 1 per 1000 kelahiran hidup memiliki paling tidak 85% dari persalinan mereka ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih. Negara-negara tersebut misalnya Thailand (85%), Sri Lanka (95%), dan Korea Selatan (99%) (WHO, 2004).

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini menggunakan kerangka teori milik McCarthy & Maine (1992) untuk menjelaskan hubungan variabel independen dengan dependen.

Gambar 3.1 Kerangka Teori Penelitian

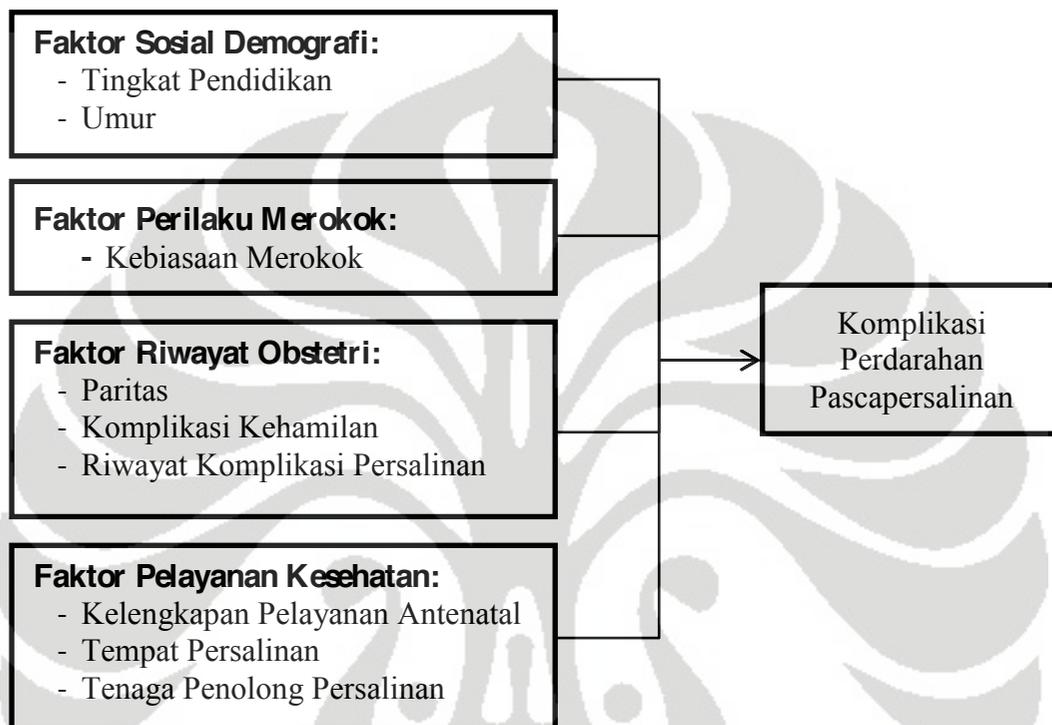


Sumber: Modifikasi McCarthy & Maine, Tahun 1992

3.2 Kerangka Konsep

Komponen yang dianalisa adalah terbatas karena keterbatasan data dalam SDKI 2012. Berikut adalah alur dari kerangka konsep yang digunakan:

Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



Dari kerangka teori yang digambarkan di atas, peneliti menyederhanakan kerangka tersebut sesuai dengan data yang tersedia ada di SDKI-WUS 2012. Oleh sebab itu variabel yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah pendidikan, umur, paritas, tenaga pemeriksa kehamilan, riwayat komplikasi kehamilan, kualitas pelayanan antenatal, dan tempat persalinan. Variabel-variabel tersebut akan dihubungkan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan.

3.3 Hipotesis

- 1) Ada hubungan antara faktor sosial demografi dengan kejadian komplikasi perdarahan pasca persalinan di Indonesia tahun 2012
- 2) Ada hubungan antara perilaku merokok dengan kejadian komplikasi perdarahan pasca persalinan di Indonesia tahun 2012

- 3) Ada hubungan antara faktor riwayat obstetri dengan kejadian komplikasi perdarahan pasca persalinan di Indonesia tahun 2012
- 4) Ada hubungan antara faktor pelayanan kesehatan dengan kejadian komplikasi perdarahan pasca persalinan di Indonesia tahun 2012

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Metode	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Komplikasi Perdarahan Persalinan	Perdarahan ibu pada persalinan dan yang diakui ibu terjadi dalam 5 tahun terakhir.	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan 432A	0 = Ada 1 = Tidak Ada	Nominal
2	Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah/sedang diikuti ibu saat wawancara	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan 105	0 = Rendah (Tingkat pendidikan < SLTA/MA) 1 = Tinggi (Tingkat pendidikan >= SLTA/MA)	Ordinal
3	Merokok	Kebiasaan ibu yang aktif merokok pada saat pengambilan kuesioner	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan 1004	0 = Ya 1 = Tidak	Nominal
4	Umur ibu	Usia ibu saat melakukan persalinan	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan 103 dan 217	0 = Berisiko (<19 tahun dan >35 tahun) 1 = Tidak Berisiko (20-35 tahun)	Ordinal
5	Paritas	Frekuensi persalinan yang pernah dialami oleh ibu dalam keadaan lahir hidup	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS no. 203, 205, 207, dan 208	0 = 1-3 kali 1 = >3 kali	Ordinal
6	Riwayat Komplikasi Kehamilan	Salah satu atau lebih keadaan/tanda-tanda bahaya yang dialami ibu saat kehamilan	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan 414C	0 = Ada 1 = Tidak ada	Nominal
7	Riwayat Komplikasi Persalinan	Satu atau lebih komplikasi persalinan yang pernah dialami ibu pada persalinan sebelumnya dalam lima tahun terakhir	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan 432A	0 = Ada 1 = Tidak	Nominal

8	Kualitas Pelayanan Antenatal	<p>Kunjungan ibu ke fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kehamilan dilihat dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menerima pelayanan antenatal (timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ambil sampel urin, ambil sampel darah, pemeriksaan perut, dan konsultasi). 2. Pemenuhan frekuensi dan jadwal kunjungan (minimal 1 kali trimester I dan II, 2 kali trimester III) 3. Penjelasan tanda-tanda komplikasi kehamilan. 	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan no. 412B, 413, dan 414.	0 = Buruk, apabila tidak memenuhi ketentuan. 1 = Baik, apabila memenuhi semua ketentuan \geq 4 kali kunjungan (1 kali pada triwulan I dan II, 2 kali pada triwulan III), menerima pelayanan antenatal (timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ambil sampel urin, ambil sampel darah, pemeriksaan perut, dan konsultasi) dan ada penjelasan tanda-tanda komplikasi kehamilan.	Ordinal
9	Tempat Persalinan	Tempat ibu mendapatkan pertolongan saat melahirkan	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan 434	0 = Non Fasilitas Kesehatan 1 = Fasilitas kesehatan	Nominal
10	Tenaga Penolong Persalinan	Jenis tenaga yang membantu ibu dalam proses persalinan	Wawancara Kuesioner SDKI 2012	Kuesioner WUS pertanyaan 433	0 = Non tenaga kesehatan 1 = Tenaga kesehatan	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder hasil SDKI 2012. Analisis penelitian ini adalah dengan analisis analitik, yaitu penelitian yang menekankan adanya hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya (Swarjana, 2010). Rancangan penelitian yang digunakan adalah desain studi jenis *cross sectional* guna mengetahui dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada waktu tertentu (Notoatmodjo, 2010). Dengan desain ini, penulis ingin mengetahui hubungan antara pendidikan, daerah tempat tinggal, umur, paritas, tenaga pemeriksa kehamilan, riwayat komplikasi kehamilan, kualitas pelayanan antenatal, penolong persalinan, dan tempat persalinan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan.

4.2 Gambaran Umum SDKI 2012

SDKI atau Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia merupakan suatu survey nasional yang dirancang untuk menyajikan informasi mengenai tingkat kelahiran, kematian, keluarga berencana, dan kesehatan. Pada umumnya pertanyaan-pertanyaan SDKI sama dengan pola DHS (*Demographic and Health Surveys*) internasional (BPS, 2012). Survei ini dilaksanakan di 33 provinsi di seluruh Indonesia, menghimpun informasi mengenai latar belakang sosial-ekonomi responden wanita, tingkat fertilitas, perkawinan dan aktivitas seksual, keinginan mempunyai anak, pengetahuan dan keikutsertaan keluarga berencana, praktek menyusui, kematian anak dan dewasa termasuk kematian ibu, kesehatan ibu dan anak, serta kepedulian dan sikap terhadap AIDS dan penyakit menular seksual lainnya. Pada SDKI 2012 yang menjadi responden adalah semua wanita berumur 15-49 tahun, pria kawin/hidup bersama berumur 15-54 tahun, dan remaja pria berstatus belum kawin yang berumur 15-24 tahun (BPS, 2012).

Penulis menggunakan data SDKI kuesioner WUS dengan tujuan untuk memperoleh variabel-variabel yang diperlukan dalam penelitian sehingga penulis

mampu menggambarkan kondisi kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia dan mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhinya dengan variabel-variabel yang tersedia.

4.3 Prosedur Sampling SDKI-WUS

SDKI-WUS adalah sub sampel dari SDKI. Sampel blok sensus SDKI 2012 dipilih dari daftar blok sensus pada *primary sampling unit* (PSU yang terbentuk saat Sensus Penduduk 2010, dengan total 1.840 blok sensus di setiap kabupaten kota. Blok sensus yang dilakukan tidak dialokasikan sebanding dengan jumlah penduduk, namun dialokasikan untuk setiap stratum dengan rumus sebagai berikut:

$$nh = \frac{\sqrt{mh}}{\sum_{h=1}^k \sqrt{mh}} xn$$

Dengan:

- nh : jumlah sampel blok sensus di daerah h
- mh : jumlah rumah tangga di daerah h
- n : target sampel blok sensus
- k : jumlah domain yang dialokasikan

Dalam setiap blok sensus dilakukan pemetaan rumah tangga secara lengkap sehingga daftar rumah tangga di masing-masing blok sensus inilah yang dijadikan dasar untuk pengambilan sampel tahap kedua. Sebanyak 25 rumah tangga dipilih secara sistematis dari setiap blok sensus. Kuesioner WUS lalu diberikan untuk mengumpulkan informasi dari wanita umur 15-49 tahun.

4.4 Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah seluruh wanita usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan di Indonesia dalam kurun waktu Januari 2007 sampai pelaksanaan SDKI 2012. Sampel penelitian adalah seluruh wanita usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak hidup dalam kurun waktu Januari 2007 sampai pelaksanaan SDKI 2012 dilakukan yang mengikuti dan tercatat dalam survei SDKI 2012.

Proses restriksi sampel dari data SDKI-WUS 2012 untuk penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Peneliti memilih responden wanita usia subur (berusia 15-49 tahun) yang berhasil diwawancarai → 45607 orang
2. Peneliti memilih responden yang pernah melahirkan dari responden yang berhasil diwawancarai → 32120 orang
3. Peneliti memilih responden yang melahirkan dalam 5 tahun terakhir dari responden yang pernah melahirkan → 16320 orang
4. Peneliti mengeluarkan responden dengan data tidak lengkap/*missing* data → 13307 orang

4.5 Besar Sampel

Besar sampel dihitung berdasarkan rumus uji hipotesis terhadap proporsi dua populasi, yakni:

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{[2P(1-P)]} + Z_{1-\beta} \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel minimal

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: tingkat kepercayaan, nilai z score untuk $\alpha = 95\%$ adalah 1.96

$Z_{1-\beta}$: kekuatan uji, nilai z score untuk $\beta = 80\%$ adalah 0,84

P_1 : proporsi paparan pada kelompok kasus berdasarkan penelitian sebelumnya

P_2 : proporsi paparan pada kelompok kontrol berdasarkan penelitian sebelumnya

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, besar sampel minimal penelitian ini digambarkan pada Tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1 Perhitungan Besar Sampel Minimal

No	Variabel	Sumber	P1	P2	N
1	Umur	Suratin, 2001	0.297	0.239	1234
2	Pendidikan	Suratin, 2001	0.233	0.326	487
3	Paritas	Suratin, 2001	0.305	0.177	134
4	Riwayat Komplikasi Persalinan	Darmin Dina, 2013	0.65	0.375	68
5	Tenaga Penolong Persalinan	Suratin, 2001	0.22	0.269	1615
6	Kelengkapan Perawatan Antenatal	Gazi, 2012	0.308	0.2483	1170

Berdasarkan perhitungan sampel tersebut, sampel minimum yang dapat digunakan adalah sebanyak 1615 orang. Namun, peneliti memilih menggunakan semua sampel dari SDKIWUS 2012 yang sudah melalui proses restriksi yakni sebanyak 13307 orang.

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam survey ini berupa kuesioner terstruktur yang telah dirumuskan oleh BPS (Badan Pusat Statistik) dengan kode kuesioner SDKI12-WUS bagi wanita usia subur yang berusia 15-49 tahun. Kuesioner dibagi menjadi 17 bagian, namun peneliti hanya fokus terhadap pertanyaan mengenai latar belakang sosial demografi responden, pelayanan kesehatan yang didapatkan, kebiasaan merokok, dan riwayat melahirkan ibu.

4.7 Pengumpulan Data

Penelitian dilaksanakan di 33 provinsi yang terdapat di Indonesia dalam Survei Dasar Kesehatan Indonesia 2012. Sedangkan penelitian analisis data Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perdarahan Pascapersalinan dilakukan di Depok pada bulan Maret-Juni 2015.

4.8 Pengolahan Data

Data SDKI-WUS 2012 diperoleh dengan mengajukan permohonan data kepada BKKBN pusat. Peneliti menggunakan aplikasi SPSS dalam penelitian ini. Setelah data diperoleh, peneliti melakukan *cleaning* data yakni hanya menggunakan variabel data yang diperlukan dalam penelitian dengan menghapus data *missing*. Setelah itu dilakukan pengkodean ulang (*recoding*) bagi variabel yang perlu disesuaikan dengan definisi operasional yang telah dibuat pada awal penelitian. Kemudian melakukan penambahan variabel baru yang terbentuk dari penggabungan beberapa variabel pada kuesioner.

4.9 Analisis Data

A. Analisis Univariat

Analisis univariat yaitu analisis yang dilakukan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi serta gambaran deskriptif dari semua variabel yang diamati. Dari hasil analisis univariat beberapa variabel dilakukan pengelompokan menjadi variabel baru dengan kategori yang disesuaikan dengan keperluan analisa selanjutnya.

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yaitu analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan dari masing-masing variabel bebas dengan variabel terikatnya. Untuk analisa bivariate ini dilakukan uji statistic dengan Chi Square. Untuk uji kemaknaan hubungan dilakukan tingkat kepercayaan 5% dimana makna dari nilai P pada tingkat kepercayaan 5% adalah sebagai berikut:

Uji Chi Square digunakan untuk melihat ada atau tidaknya asosiasi pada variabel independen dan variabel dependen. Uji Chi Square membandingkan frekuensi yang diamati dengan frekuensi yang diharapkan (Hastono & Sabri, 2011). Perhitungannya adalah sebagai berikut:

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

Keterangan:

X^2 = statistik Chi Square

O = frekuensi hasil pengamatan

E = frekuensi hasil yang diharapkan

P value $\geq 0,05$: hal ini menunjukkan bahwa hasil yang didapat tidak bermakna secara statistik. P value $< 0,05$: hal ini menunjukkan bahwa hasil yang didapat bermakna secara statistik.

Ukuran asosiasi yang digunakan adalah *Prevalence Ratio* (PR) yaitu resiko pada penelitian prevalen. Ukuran ini digunakan karena variabel yang diamati merupakan kasus prevalen (Kartikawati, 2008).

Perhitungan prevalen dengan menggunakan tabel 2x2:

Faktor Resiko	D+	D-	Total
Terpapar	a	B	a+b
Tidak Terpapar	c	D	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

Prevalen pada kelompok terpapar : $\frac{a}{a+c}$

Prevalen pada kelompok tidak terpapar : $\frac{c}{c+d}$

Perhitungan Prevalens Ratio (PR) : $\frac{\text{Prevalens pada kelompok terpapar}}{\text{Prevalens pada Kelompok tidak terpapar}}$

Dengan PR dapat diperkirakan tingkat kemungkinan resiko masing-masing variabel yang diteliti terhadap kejadian dependen. Nilai *Prevalens Ratio* adalah suatu nilai hubungan antara penyakit dengan faktor resiko.

4.10 Kualitas Data

Data yang digunakan oleh peneliti adalah data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012. Peneliti mencatat jumlah data *missing* dari masing-masing variabel yang digunakan. Setelah dilakukan analisis, ditemukan bahwa data *missing* paling besar berasal dari variabel dependen yaitu komplikasi perdarahan persalinan sebesar 15,7%. Berikut adalah Tabel 4.2 missing data per variabel yang diteliti:

Tabel 4.2 Kualitas Data

Variabel	Jumlah Missing Data (n = 13307)	Persentase (%)
Komplikasi perdarahan persalinan	2212	15.7
Tingkat pendidikan	456	3.2
Umur ibu saat melahirkan anak terakhir	1	0.0
Paritas	0	0.0
Riwayat komplikasi kehamilan	62	0.4
Tempat persalinan	58	0.4
Riwayat komplikasi persalinan sebelumnya	0	0.0
Merokok	6	0.0
Tenaga penolong persalinan	61	0.4
Kunjungan antenatal trimester 1	1230	8.7
Kunjungan antenatal trimester 2	1239	8.8
Kunjungan antenatal trimester 3	1230	8.7
Pemeriksaan antenatal: timbang berat badan	744	5.3
Pemeriksaan antenatal: ukur tinggi badan	759	5.4
Pemeriksaan antenatal: ukur tekanan darah	747	5.3
Pemeriksaan antenatal: ambil sampel urin	755	5.4
Pemeriksaan antenatal: ambil sampel darah	766	5.4
Pemeriksaan antenatal: pemeriksaan perut	748	5.3
Pemeriksaan antenatal: konsultasi kehamilan	787	5.6
Penjelasan tanda-tanda komplikasi kehamilan	745	5.3

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Gambaran Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Dapat dilihat di Tabel 5.1 bahwa dari responden penelitian yang berjumlah 13307 orang, terdapat 1020 orang (7,7%) yang mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan 12287 orang (92,3%) tidak mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan.

Tabel 5.1 Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012

Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan	Frekuensi	Persentase (%)
Ada Komplikasi	1020	7.7
Tidak Ada Komplikasi	12287	92.3
Total	13307	100

5.1.2 Karakteristik Ibu Berdasarkan Sosial Demografi

Karakteristik ibu berdasarkan sosial demografi (tingkat pendidikan dan umur) dapat dilihat pada Tabel 5.2 berikut:

Tabel 5.2 Karakteristik Sosial Demografi Ibu di Indonesia pada Tahun 2012

Sosial Demografi	Frekuensi	Persentase (%)
Tingkat Pendidikan		
SD	3634	27.3
SMP	3176	23.9
SMA	4516	33.9
Akademi	716	5.4
PT	1265	9.5
Umur		
< 20	940	7.1

20 – 35	10511	79
> 35	1856	13.9

Berdasarkan Tabel 5.2 tentang distribusi tingkat pendidikan ibu di Indonesia pada tahun 2012, dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan tertinggi ibu yang paling banyak adalah pada tingkat SMA yaitu 4516 responden (33,9%). Selanjutnya tingkat pendidikan terakhir ibu dari yang paling tinggi setelah SMA ke tingkat pendidikan paling rendah adalah SD, SMP, PT, dan Akademi masing-masing sebesar 27,3%, 23,9%, 9,5%, dan 5,4%.

Dari Tabel 5.2 di atas dapat dilihat bahwa setelah dikelompokkan, umur ibu saat terakhir melahirkan paling banyak adalah pada kelompok umur 20-35 tahun, yaitu sebanyak 10511 orang (79%), kelompok umur ibu saat terakhir melahirkan paling sedikit adalah pada kelompok umur <20 tahun, yaitu sebanyak 940 orang (7,1%). Sedangkan untuk paritas, paling banyak adalah ibu dengan kelompok paritas 1-3 anak, yaitu sebanyak 11332 orang (85,2%) dan paling sedikit adalah kelompok paritas >3 anak, yaitu sebanyak 1975 orang (13,8%).

5.1.3 Karakteristik Ibu Berdasarkan Perilaku

Karakteristik ibu berdasarkan perilaku merokok dapat dilihat pada Tabel 5.3 berikut ini:

Tabel 5.3 Karakteristik Perilaku merokok ibu di Indonesia pada Tahun 2012

Perilaku Merokok	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	213	1.6
Tidak	13094	98.4
Total	13307	100

Dari Tabel 5.3 di atas bahwa sebanyak 13094 orang (98,4%) tidak memiliki kebiasaan merokok, sedangkan 231 orang (1,6%) memiliki kebiasaan merokok.

5.1.4 Karakteristik Ibu Berdasarkan Riwayat Obstetri

Karakteristik ibu berdasarkan riwayat obstetri (paritas, komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan) dapat dilihat pada Tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4 Karakteristik Riwayat Obstetri Ibu di Indonesia pada Tahun 2012

Riwayat Obstetri	Frekuensi (n=13307)	Persentase (%)
Paritas		
1 – 3	11332	85.2
> 3	1975	13.8
Komplikasi Kehamilan		
Ada	1771	13.3
Tidak Ada	11536	86.7
Riwayat Komplikasi Persalinan		
Ada	861	6.5
Tidak Ada	12446	93.5

Dari Tabel 5.4 dapat dilihat paling banyak adalah ibu dengan kelompok paritas 1-3 anak, yaitu sebanyak 11332 orang (85,2%) dan paling sedikit adalah kelompok paritas >3 anak, yaitu sebanyak 1975 orang (13,8%). Diketahui juga bahwa sebanyak 1771 orang (13,3%) memiliki riwayat komplikasi kehamilan dan 11536 orang (86,7%) tidak memiliki riwayat komplikasi kehamilan. Sedangkan 861 orang (6,5%) memiliki riwayat komplikasi persalinan pada persalinan lalu dan 12446 orang (93,5%) tidak memiliki riwayat komplikasi persalinan pada persalinan lalu.

5.1.5 Karakteristik Ibu Berdasarkan Pelayanan Kesehatan

Karakteristik ibu berdasarkan akses pelayanan kesehatan (tenaga pemeriksa kehamilan, jumlah kunjungan pelayanan antenatal, pelayanan antenatal yang didapatkan, tempat persalinan, dan tenaga penolong persalinan) dapat dilihat pada Tabel 5.5 berikut ini:

Tabel 5.5 Karakteristik Akses Pelayanan Kesehatan Antenatal di Indonesia pada Tahun 2012

Pelayanan Kesehatan	Frekuensi (n=13307)	Persentase (%)
Jumlah Kunjungan Pelayanan Antenatal		
1-4 kali	1745	13.1
>4 kali	11562	86.9
Pelayanan Antenatal yang Didapatkan		
Timbang Berat Badan	12753	95.8
Ukur Tinggi Badan	6397	48.1
Ukur Tekanan Darah	12871	96.7

Mengambil Sampel Urin	6163	46.3
Mengambil Sampel Darah	5647	42.4
Pemeriksaan Perut	13127	98.6
Konsultasi Kehamilan	11327	85.1
Diberitahu Tanda-tanda Komplikasi	7213	54.2
Tempat Persalinan		
Fasilitas Kesehatan	8705	65.4
Non Fasilitas Kesehatan	4602	34.6
Tenaga Penolong Persalinan		
Tenaga Kesehatan	12088	90.8
Non Tenaga Kesehatan	1219	9.2

Pada Tabel 5.5 dapat dilihat bahwa sebanyak 11562 orang (86,9%) melakukan kunjungan antenatal lebih dari 4 kali dan 1745 orang (13,1%) melakukan kunjungan pelayanan antenatal antara 1 hingga 4 kali kunjungan. Dari tabel yang sama dapat dilihat bahwa pelayanan antenatal yang paling banyak didapatkan adalah pelayanan pengukuran tekanan darah yaitu sebanyak 12871 orang (96,7%) dan paling sedikit pelayanan kesehatan yang didapatkan adalah pelayanan pengambilan sampel darah, yaitu sebanyak 5647 orang (42,4%). Dapat dilihat bahwa sebanyak 8705 orang (65,4%) melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, sedangkan 4602 orang (34,6%) melakukan persalinan di non fasilitas kesehatan. Selain itu, 12088 orang (90,8%) melakukan persalinan dengan bantuan oleh tenaga kesehatan, sedangkan 1219 orang (9,2%) melakukan persalinan dengan bantuan non tenaga kesehatan.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Hubungan Faktor Sosial Demografi dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Hubungan faktor sosial demografi (tingkat pendidikan dan umur) dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan dapat dilihat pada Tabel 5.6 berikut ini:

Tabel 5.6 Hubungan Faktor Sosial Demografi dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012

Faktor Sosial Demografi	Mengalami Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan				Total		PR (95% CI)	<i>p value</i>
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Tingkat Pendidikan								
Rendah	578	8,5	6232	91,5	6810	100	1,248 (1,108-1,405)	<0,0001
Tinggi	442	6,8	6055	93,2	6497	100	1,00	
Umur								
Berisiko	240	8,6	2556	91,4	2796	100	1,157 (1,007-1,329)	0,044
Tidak Berisiko	780	7,4	9731	92,6	10511	100	1,00	

Dari Tabel 5.6 diketahui bahwa ibu dengan kategori tingkat pendidikan rendah (tingkat pendidikan tertinggi lebih rendah dari SMA) memiliki prevalensi sebesar 8,5% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dan ibu dengan kategori tingkat pendidikan tinggi (tingkat pendidikan tertinggi adalah SMA, Akademi, atau Perguruan Tinggi) memiliki prevalensi sebesar 6,8% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Ada hubungan signifikan antara ibu yang berpendidikan rendah dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p < 0,0001$). Prevalensi ibu dengan kategori pendidikan rendah memiliki kecenderungan 1,248 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan ibu dengan kategori pendidikan tinggi (PR=1,248; 95% CI: 1,108-1,405).

Dari Tabel 5.6 dapat dilihat bahwa ibu yang melahirkan dalam rentang umur berisiko (di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun) memiliki prevalensi sebesar 8,6% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan ibu yang melahirkan

dalam rentang umur tidak berisiko (20-35 tahun) memiliki prevalensi sebesar 7,4% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Ada hubungan signifikan antara ibu yang melahirkan dalam rentang umur berisiko dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p=0,044$). Prevalensi ibu yang melahirkan dalam rentang umur berisiko memiliki kecenderungan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan lebih besar 1,157 kali dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dalam rentang umur tidak berisiko (PR=1,157; 95% CI: 1,007-1,329).

5.2.2 Hubungan Perilaku Merokok Ibu dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Hubungan perilaku merokok ibu dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan dapat dilihat pada Tabel 5.7 berikut ini:

Tabel 5.7 Hubungan Perilaku Merokok Ibu dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012

Faktor Perilaku Merokok	Mengalami Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan				Total		PR (95% CI)	<i>p value</i>
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Ya	32	15	181	85	213	100	1,991 (1,047-1,425)	0,013
Tidak	988	7,5	12106	92,5	13094	100	1,00	
Total	1020	7,7	12287	92,3	13307	100		

Dari Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa ibu dengan kebiasaan merokok memiliki prevalensi sebesar 15% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan ibu yang tidak memiliki kebiasaan merokok memiliki prevalensi sebesar 7,5% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Terdapat hubungan signifikan antara ibu yang memiliki kebiasaan merokok dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p=0,013$). Prevalensi ibu yang memiliki kebiasaan merokok memiliki kecenderungan 1,991 kali lebih besar mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan ibu yang tidak memiliki kebiasaan merokok (PR=1,991; 95% CI: 1,047-1,425).

5.2.3 Hubungan Faktor Riwayat Obstetri dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Hubungan faktor riwayat obstetri (paritas, komplikasi kehamilan, dan riwayat komplikasi persalinan) dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan dapat dilihat pada Tabel 5.8 berikut ini:

Tabel 5.8 Hubungan Riwayat Obstetri dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012

Faktor Riwayat Obstetri	Mengalami Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan				Total		PR (95% CI)	p value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Paritas								
>3 anak	179	9,1	1796	90,9	1975	100	1,221 (1,047-1,425)	0,013
1-3 anak	841	7,4	10491	92,6	11332	100	1,00	
Komplikasi Kehamilan								
Ada	307	17,3	1464	82,7	1771	100	2,805 (2,477-3,175)	<0,0001
Tidak Ada	713	6,2	10823	93,8	11536	100	1,00	
Riwayat Komplikasi Persalinan								
Ada	111	12,9	750	87,1	861	100	1,765 (1,468-2,123)	<0,0001
Tidak Ada	909	7,3	11537	92,7	12446	100	1,00	

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa ibu dengan paritas lebih besar dari 3 anak memiliki prevalensi 9,1% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan ibu dengan paritas 1 sampai 3 anak memiliki prevalensi 7,4% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Terdapat hubungan signifikan antara perdarahan ibu dengan paritas lebih dari 3 anak dengan komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p=0,013$). Prevalensi ibu dengan paritas lebih besar dari 3 anak memiliki kecenderungan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan 1,221

kali lebih besar dibandingkan dengan ibu dengan paritas 1 hingga 3 anak (PR=1,221; 95% CI: 1,047-1,425).

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa prevalensi ibu dengan komplikasi kehamilan yang mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan adalah sebesar 17,3%, sedangkan prevalensi ibu yang tidak memiliki komplikasi kehamilan yang mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan adalah sebesar 6,2%. Terdapat hubungan signifikan antara ibu yang memiliki komplikasi kehamilan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p < 0,0001$). Prevalensi ibu yang memiliki komplikasi kehamilan memiliki kecenderungan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan 2,805 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak memiliki komplikasi kehamilan (PR=2,805; 95% CI: 2,477-3,175).

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa ibu yang memiliki riwayat komplikasi persalinan memiliki prevalensi sebesar 12,9% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan ibu tanpa riwayat komplikasi persalinan memiliki prevalensi sebesar 7,3% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Terdapat hubungan signifikan antara ibu yang memiliki riwayat komplikasi persalinan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p < 0,0001$). Prevalensi ibu yang memiliki riwayat komplikasi persalinan memiliki kecenderungan sebesar 1,765 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat komplikasi persalinan (PR=1,765; 95% CI: 1,468-2,123).

5.2.4 Hubungan Faktor Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Hubungan faktor pelayanan kesehatan (tenaga pemeriksa kehamilan, kelengkapan pelayanan antenatal, tempat persalinan, dan tenaga penolong persalinan) dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan dapat dilihat pada Tabel 5.9 berikut ini:

Tabel 5.9 Hubungan Faktor Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan di Indonesia pada Tahun 2012

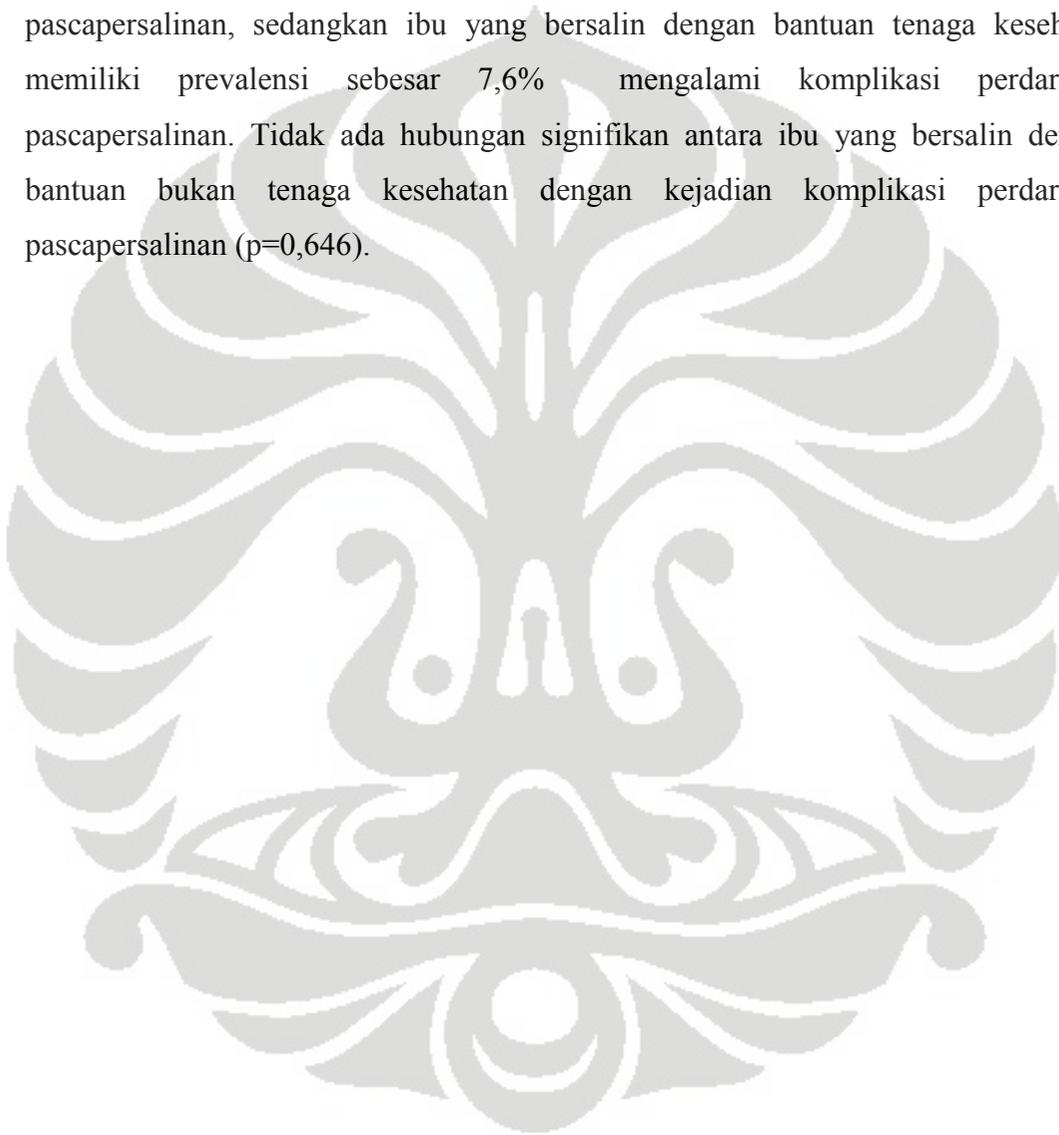
Faktor Pelayanan Kesehatan	Mengalami Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan				Total		PR (95% CI)	p value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Kelengkapan Pelayanan Antenatal								
Tidak Lengkap	887	7,5	11010	92,5	11897	100	0,790 (0,664-0,940)	0,010
Lengkap	133	9,4	1277	90,6	1410	100	1,00	
Tempat Persalinan								
Non Fasilitas Kesehatan	331	7,2	4271	92,8	4602	100	0,909 (0,801-1,031)	0,145
Fasilitas Kesehatan	689	7,9	8016	92,1	8705	100	1,00	
Tenaga Penolong Persalinan								
Non Tenaga Kesehatan	98	8,0	1121	92,0	1219	100	1,054 (0,863-1,287)	0,646
Tenaga Kesehatan	922	7,6	11166	92,4	12088	100	1,00	

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal yang tidak lengkap memiliki prevalensi sebesar 7,5% mengalami komplikasi pascapersalinan, sedangkan ibu yang mendapatkan kualitas pelayanan antenatal yang lengkap memiliki prevalensi sebesar 9,4% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Terdapat hubungan signifikan antara ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal tidak lengkap dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p=0,010$). Ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal tidak lengkap memiliki kecenderungan 0,790 kali mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal yang lengkap (PR=0,790; 95% CI: 0,664-0,940).

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa ibu yang melakukan persalinan di bukan fasilitas kesehatan memiliki prevalensi sebesar 7,2% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan

memiliki prevalensi sebesar 7,9% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang melahirkan di bukan fasilitas kesehatan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p=0,145$).

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa ibu yang bersalin dibantu oleh bukan tenaga kesehatan memiliki prevalensi sebesar 8,0% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan ibu yang bersalin dengan bantuan tenaga kesehatan memiliki prevalensi sebesar 7,6% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Tidak ada hubungan signifikan antara ibu yang bersalin dengan bantuan bukan tenaga kesehatan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ($p=0,646$).



BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan dan Kelebihan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian yang menggunakan data sekunder yakni data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 untuk meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan. Penelitian ini tidak bisa mendapatkan seluruh variabel yang diinginkan karena peneliti perlu menyesuaikan dengan variabel yang disediakan dalam kuesioner SDKI 2012. Selain itu, karena keterbatasan variabel, peneliti perlu menyesuaikannya dalam desain operasional agar mendapatkan hasil yang diinginkan.

Meskipun terdapat kelemahan-kelemahan tersebut, penelitian ini juga memiliki kelebihan, yaitu jumlah sampel penelitian ini telah memenuhi jumlah sampel minimal yang telah dihitung dengan menggunakan rumus uji dua proporsi.

6.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah desain *cross sectional*. Data penelitian diambil dari data wawancara, yang mana sebab dan akibat diambil dalam waktu yang sama. Oleh sebab itu, penelitian ini tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat, dan hasil yang didapatkan hanya dapat menunjukkan hubungan keterkaitan saja.

6.1.2 Variabel Penelitian

Terbatasnya variabel yang tersedia menyebabkan peneliti tidak dapat mengambil variabel dengan jumlah yang peneliti inginkan. Hal ini perlu disesuaikan dengan desain operasional agar tetap dapat dipahami walau sedikit melenceng daripada desain yang seharusnya. Contohnya adalah variabel paritas. Dalam desain operasional peneliti hanya mengambil jumlah lahir hidup dari responden. Padahal, seharusnya lahir mati dalam jangka 2007-2012 juga dimasukkan. Namun pada data SDKI hal itu tidak disediakan, yang SDKI sediakan adalah lahir mati dalam rentang sebelum 2007. Oleh sebab itu, peneliti memutuskan untuk hanya mengambil lahir hidup saja. Selain variabel paritas, variabel lainnya yang disesuaikan dalam desain operasional adalah variabel merokok. Banyaknya data *missing* pada pertanyaan

'kapan mulai merokok' menyebabkan peneliti pada akhirnya menetapkan variabel merokok diambil dari responden yang saat wawancara dilakukan memiliki kebiasaan merokok aktif.

Keterbatasan variabel membuat penulis juga tidak dapat meneliti hubungan dari beberapa faktor yang penulis inginkan. Misalnya adalah hubungan Indeks Masa Tubuh (IMT), tingkat ekonomi, dan jarak persalinan dengan kejadian perdarahan pascapersalinan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Filho (2015), ibu yang memiliki IMT *underweight* memiliki kecenderungan mengalami perdarahan pascapersalinan sebesar 1,21 kali lebih besar dibandingkan yang normal, sedangkan ibu *overweight* kecenderungannya adalah sebesar 0,61 dan ibu obesitas kecenderungannya sebesar 0,65. Selain itu menurut Suratin (2001), ibu yang memiliki tingkat ekonomi yang rendah memiliki kecenderungan sebesar 2,113 kali lebih besar untuk mengalami perdarahan pascapersalinan. Menurut Suratin (2001), Ibu yang memiliki jarak persalinan kurang dari dua tahun atau lebih dari lima tahun dengan persalinan sebelumnya memiliki kecenderungan mengalami perdarahan sebesar 1,801 kali lebih besar untuk mengalami perdarahan pascapersalinan.

6.1.3 Bias Informasi (*Recall Bias*)

Wawancara dilakukan untuk mengingat (*recall*) apa saja yang terjadi pada sang responden selama lima tahun terakhir. Selain itu, terdapat banyak pertanyaan wawancara dan beberapa di antaranya begitu rinci. Oleh sebab itu, terdapat kemungkinan besar terjadinya bias informasi. Peneliti mempercayai bahwa dari data variabel yang ada, terdapat bias informasi. Terutama pada variabel kelengkapan pelayanan antenatal. Variabel tersebut mengandung begitu banyak rincian di dalamnya. Terdapat dua belas pertanyaan yang dirangkum menjadi satu variabel. Selain itu, peneliti menganggap bahwa pertanyaan-pertanyaan dalam variabel tersebut adalah pertanyaan yang sulit untuk dimengerti sehingga terdapat kemungkinan bahwa jawabannya hanyalah sebuah perkiraan.

6.1.4 Bias Pewawancara (*Interview Bias*)

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara kuesioner SDKI 2012 di berbagai daerah di Indonesia. Pewawancara selaku pengumpul data tersebar di berbagai daerah di Indonesia dan berjumlah banyak. Kuantitas dan

sebaran daerah inilah yang membuat adanya bias pewawancara terjadi, baik dalam kemampuan sang pewawancara untuk mendapatkan jawaban dari variabel yang ditanyakan maupun kemampuan lainnya, sehingga tidak semua variabel pertanyaan dapat dijawab dengan sama optimal.

6.2 Hasil Penelitian

6.2.1 Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia menurut analisis data SDKI 2012 dalam kurun waktu 2007-2012 adalah sebesar 7,7%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Calvert pada tahun 2012 yang menyatakan bahwa prevalensi kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Amerika Latin dan Asia adalah sebesar 8%, di Eropa adalah sebesar 13%, dan 25,7% di Afrika. Prevalensi perdarahan pascapersalinan di Asia lebih rendah daripada prevalensi perdarahan pascapersalinan di Eropa, hal ini disebabkan karena gaya hidup terutama kebiasaan merokok pada wanita serta besarnya angka obesitas pada wanita di Asia lebih rendah daripada di Eropa. Sedangkan lebih rendah daripada Afrika karena karakteristik sosial demografi di Asia seperti pendidikan, dan akses pada pelayanan kesehatan antenatal serta fasilitas-fasilitas kesehatan jauh lebih baik di Asia.

Menurut Mehrabadi tahun 2012, kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan mengalami kenaikan di Inggris sejak tahun 200-2009. Pada tahun 2000 adalah sebesar 6,3% sedangkan tahun 2009 adalah sebesar 8,0%. Hal ini disebabkan karena perubahan tren pada tahun 2000 dan tahun 2009, yaitu umur melahirkan ibu semakin tua, kejadian obesitas semakin banyak, kelahiran kembar semakin banyak, persalinan normal pada wanita yang sebelumnya pernah melahirkan secara sesar, serta persalinan wanita sesar.

Besar 7,7% angka kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan ini adalah perdarahan pascapersalinan yang diakui oleh ibu pada proses wawancara pengambilan data SDKI 2012. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Gazi (2012) di Bangladesh, hanya 40,6% dari wanita yang mengalami perdarahan pascapersalinan menyadari bahwa ia mengalami perdarahan pascapersalinan, yang

berarti sebesar 59,4% ibu yang mengalami perdarahan pascapersalinan tidak menyadari bahwa ia mengalami perdarahan pascapersalinan.

6.2.2 Hubungan Faktor Sosial Demografi dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Sebesar 8,5% dari ibu berpendidikan rendah mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan hanya sebesar 6,8% ibu berpendidikan tinggi yang mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Sedangkan 8,6% dari ibu yang melahirkan dengan umur berisiko mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan sedangkan hanya 7,4% dari ibu yang melahirkan dengan umur tidak berisiko yang mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Hal ini berhubungan secara signifikan secara statistik baik pada variabel tingkat pendidikan ($p < 0,0001$) maupun pada variabel umur ($p = 0,044$). Tingkat pendidikan ibu adalah determinan kontekstual sedangkan umur saat melahirkan ibu adalah determinan antara.

Prevalensi ibu dengan tingkat pendidikan rendah memiliki kecenderungan 1,248 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan ibu dengan kategori pendidikan tinggi (95% CI: 1,108-1,405). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suratin (2001), yaitu ibu dengan tingkat pendidikan hanya tamat SD memiliki risiko 2,368 kali lebih besar untuk mengalami kejadian perdarahan pascapersalinan daripada ibu yang tamat SMA (95% CI: 1,075-5,216), dan ibu yang tamat SMP memiliki risiko 1,097 kali lebih besar untuk mengalami kejadian perdarahan pascapersalinan daripada ibu yang tamat SMA (95% CI: 0,517-2,325).

Ibu dengan tingkat pendidikan tinggi akan memilih pelayanan kesehatan dengan lebih baik. Ibu yang berpendidikan tinggi juga cenderung mencari informasi lebih banyak terkait kehamilannya sehingga ibu lebih cerdas dalam menganalisis masalah-masalah kehamilan serta persalinan yang mungkin ia alami. Hal tersebut membuat ibu mendapatkan kesadaran lebih untuk memeriksakan dirinya pada tenaga kesehatan dan mencegah terjadinya komplikasi perdarahan pascapersalinan dan menjaga dirinya dengan lebih baik selama kehamilan.

Prevalensi ibu yang melahirkan dalam rentang umur berisiko memiliki kecenderungan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan lebih besar 1,157

kali dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dalam rentang umur tidak berisiko (95% CI: 1,007-1,329). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti (2013) dan Dina (2013). Menurut Damayanti, ibu yang melahirkan dengan kategori umur berisiko memiliki risiko 2,3 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu dengan kategori umur berisiko (95% CI: 1,1-4,9). Menurut Dina, ibu yang melahirkan dengan kategori umur berisiko memiliki kecenderungan mengalami perdarahan pascapersalinan 3,1 kali lebih besar dibandingkan ibu yang melahirkan dengan kategori umur tidak berisiko (95% CI: 1,3-7,5) (Dina, 2013).

Umur berisiko untuk melahirkan adalah umur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Pada umur kurang dari 20 tahun, organ reproduksi belum berfungsi secara sempurna, hal ini akan menyebabkan kehamilan dan persalinan akan lebih sulit sehingga mudah mengalami komplikasi. Sedangkan umur untuk melahirkan yang tidak berisiko adalah pada rentang umur 20-35 tahun, pada umur ini alat reproduksi ibu sudah matang dan siap untuk mengalami kehamilan dan persalinan.

6.2.3 Hubungan Perilaku Merokok Ibu dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Dari 213 ibu yang memiliki kebiasaan merokok, sebanyak 15% mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan hanya 7,5% dari ibu yang tidak memiliki kebiasaan merokok yang mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku merokok ibu (yang adalah sebuah determinan antara) dengan kejadian perdarahan pascapersalinan ($p=0,013$).

Prevalensi ibu yang memiliki kebiasaan merokok memiliki kecenderungan 1,991 kali lebih besar mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan ibu yang tidak memiliki kebiasaan merokok (95% CI: 1,047-1,425). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kramer. Kramer menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan perdarahan pascapersalinan, karena kecenderungannya tepat 1,0 (95% CI: 0,9 – 1,1) (Kramer M. S., 2011)

Ibu dengan kebiasaan merokok menunjukkan pola perilaku tidak sehat. Rokok mengandung banyak racun di dalamnya sehingga menurunkan fungsi jaringan-jaringan tubuh sehingga tidak dapat berfungsi secara optimal.

6.2.4 Hubungan Faktor Riwayat Obstetri dengan Kejadian Komplikasi

Sebesar 9,1% dari ibu yang memiliki paritas lebih dari 3 anak mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan hanya 7,4% ibu dengan paritas 1-3 anak mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Sebesar 17,3% ibu dengan komplikasi saat kehamilannya mengalami perdarahan pascapersalinan, sedangkan hanya 6,2% dari ibu yang tidak memiliki komplikasi saat kehamilan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Sebesar 12,9% ibu dengan riwayat komplikasi persalinan mengalami perdarahan pascapersalinan, sedangkan hanya 7,3% ibu yang tidak memiliki riwayat komplikasi persalinan yang mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Terdapat hubungan yang signifikan antara paritas ($p=0,013$), komplikasi kehamilan ($p<0,0001$), dan riwayat komplikasi persalinan ($<0,0001$) dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan. Paritas dan riwayat komplikasi persalinan adalah determinan antara, sedangkan komplikasi kehamilan adalah determinan proksi.

Prevalensi ibu dengan paritas lebih besar dari 3 anak memiliki kecenderungan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan 1,221 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu dengan paritas 1 hingga 3 anak (95% CI: 1,047-1,425). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suratin (2001) yaitu ibu dengan paritas di atas 3 anak berisiko 1,85 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan dengan ibu yang memiliki paritas 1-3 anak (95% CI: 1,036-3,304) (Suratin, 2001).

Prevalensi ibu yang memiliki komplikasi kehamilan memiliki kecenderungan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan 2,805 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak memiliki komplikasi kehamilan (95% CI: 2,477-3,175). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Armagustini (2011) yaitu ibu dengan komplikasi kehamilan memiliki risiko 2,15 kali lebih besar mengalami komplikasi persalinan dibandingkan dengan ibu tanpa komplikasi kehamilan (95% CI: 1,81-2,54) (Armagustini, 2010).

Ibu yang mengalami komplikasi pada saat kehamilannya, berisiko lebih besar untuk mengalami perdarahan saat persalinan. Perdarahan dapat terjadi baik perdarahan pascapersalinan biasa atau perdarahan pascapersalinan yang parah. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Krammer (2013) ibu yang mengalami pecah plasenta pada saat kehamilan memiliki kecenderungan 7,6 kali lebih besar untuk mengalami perdarahan pascapersalinan yang parah dibandingkan ibu yang tidak mengalami pecah plasenta saat kehamilan (95% CI: 7,3-8,0). Selain itu ibu yang mengalami eklampsia saat kehamilan memiliki kecenderungan 6,0 mengalami perdarahan pascapersalinan yang parah (95% CI: 5,0-7,2) (Kramer M. S., 2013).

Prevalensi ibu yang memiliki riwayat komplikasi persalinan memiliki kecenderungan sebesar 1,765 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat komplikasi persalinan (95% CI: 1,468-2,123). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti (2013), Dina (2013), Ford (2007), dan Armagustini (2010). Menurut Damayanti, ibu dengan riwayat komplikasi persalinan memiliki risiko 2,4 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu tanpa riwayat komplikasi persalinan (95% CI: 1,2-4,9). Menurut Dina, ibu dengan riwayat komplikasi persalinan memiliki risiko 3,1 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan ibu tanpa riwayat komplikasi persalinan (95% CI: 1,4-7,04). Menurut Ford, ibu dengan riwayat komplikasi perdarahan pascapersalinan memiliki risiko 5 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan ibu tanpa riwayat komplikasi persalinan (95% CI: 3,8-6,5). Menurut Armagustini, ibu dengan riwayat komplikasi persalinan memiliki risiko 5,14 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu tanpa riwayat komplikasi persalinan (95% CI: 4,06-6,51).

Riwayat komplikasi persalinan lalu berhubungan dengan komplikasi persalinan selanjutnya. Ibu yang mengalami komplikasi persalinan pada satu waktu, akan memiliki risiko lebih besar untuk mengalami komplikasi persalinan kembali. Krammer (2013) menemukan bahwa ibu yang melakukan persalinan sesar pada persalinan sebelumnya memiliki kecenderungan 1,3 kali lebih besar untuk mengalami perdarahan pascapersalinan dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan persalinan sesar (95% CI: 1,2-1,3). Ibu yang pernah melakukan

persalinan sesar cenderung melakukan persalinan sesar kembali pada persalinan berikutnya. Hanya 15% dari ibu yang sebelumnya melakukan persalinan sesar melakukan persalinan normal pada persalinan selanjutnya (Callaghan, 2010). Padahal, 10% dari ibu yang melahirkan sesar untuk kedua kali akan mengalami perdarahan pascapersalinan (Lu, 2009).

6.2.5 Hubungan Faktor Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Perdarahan Pascapersalinan

Sebanyak 7,5% dari ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal tidak lengkap mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan 9,4% dari ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal lengkap mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Sebanyak 7,2% dari ibu yang melakukan persalinan di non fasilitas kesehatan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan 7,9% dari ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Sebanyak 8,0% ibu yang bersalin dengan bantuan non tenaga kesehatan mengalami perdarahan pascapersalinan, sedangkan 7,6% dari ibu yang bersalin dengan tenaga kesehatan mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal tidak lengkap ($p=0,010$) dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan, sedangkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ibu yang bersalin di non fasilitas kesehatan ($p=0,145$) dan ibu yang bersalin dengan non tenaga kesehatan ($p=0,646$) dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan. Kelengkapan pelayanan antenatal, tempat persalinan, dan tenaga penolong persalinan adalah determinan antara.

Prevalensi ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal tidak lengkap memiliki kecenderungan 0,790 kali mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal yang lengkap (95% CI: 0,664-0,940). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti (2013) yaitu ibu dengan kunjungan antenatal < 4 kali memiliki kecenderungan 0,8 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu dengan kunjungan antenatal ≥ 4 kali (95% CI: 0,4-1,6).

Adanya hasil yang menunjukkan bahwa yang mendapatkan pelayanan antenatal tidak lengkap cenderung protektif terhadap komplikasi perdarahan

pascapersalinan dibandingkan yang mendapatkan pelayanan antenatal lengkap dapat disebabkan oleh bias informasi. Variabel kelengkapan pelayanan antenatal mengandung banyak pertanyaan yang membutuhkan responden mengingat-ingat kembali apa saja pelayanan yang ia dapatkan dan ia hadiri saat ia hamil terakhir, yaitu: berapa kali melakukan kunjungan antenatal pada trimester 1, berapa kali melakukan kunjungan pada trimester 2, berapa kali melakukan kunjungan pada trimester 3, apakah mendapatkan pelayanan timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ambil sampel urin, ambil sampel darah, pemeriksaan perut, konsultasi kehamilan, dan penjelasan tanda-tanda kehamilan.

Terdapat juga kemungkinan bahwa responden sudah mengetahui bahwa ia memiliki risiko tinggi untuk mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan, maka dari itu responden menghadiri setiap pelayanan kesehatan tanpa ada yang terlewat. Ditemukan juga ibu hamil yang tidak menerima pelayanan dimana seharusnya diberikan pada saat kontak dengan tenaga kesehatan (*missed opportunity*).

Prevalensi ibu yang bersalin di non fasilitas kesehatan memiliki kecenderungan 0,909 kali untuk mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan dibandingkan dengan ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti (2013) dan Armagustini (2010). Menurut Damayanti, ibu yang bersalin di non fasilitas kesehatan memiliki kecenderungan 0,5 kali mengalami perdarahan pascapersalinan dibandingkan dengan ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan (95% CI: 0,1-2,3). Hal ini juga sejalan dengan Armagustini yang kecenderungannya adalah sebesar 0,8 kali (95% CI: 0,71-0,90).

Menurut Tuncalp (2013), perbaikan kualitas pelayanan dan dampak kesehatan terkait perdarahan pascapersalinan adalah tujuan utama dari rekomendasi WHO tentang sistem dan organisasi pelayanan kesehatan. Namun, pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan hanya dapat memiliki dampak pada kejadian perdarahan pascapersalinan apabila fasilitas tersebut melakukan pelayanan kesehatan yang benar sesuai dengan rekomendasi, memenuhi setiap standar dari WHO, dan mengimplementasikannya pada daerah yang benar-benar membutuhkannya (Tuncalp, 2013).

Untuk meminimalisir kejadian perdarahan pascapersalinan, dibutuhkan lebih dari sekadar sebuah tempat bersalin dari fasilitas kesehatan, melainkan dibutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih dalam fasilitas tersebut serta perlengkapan yang dibutuhkan untuk dapat mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan. Oleh sebab itu, hasil yang protektif mungkin disebabkan oleh belum lengkapnya perlengkapan, obat-obatan, atau kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih pada fasilitas-fasilitas kesehatan di Indonesia. Penyebab lain mungkin adalah karena ibu yang melahirkan di luar fasilitas kesehatan dan mengalami perdarahan tidak dapat diselamatkan tepat waktu, sehingga tidak masuk ke dalam SDKI 2012.

Prevalensi ibu yang mendapatkan tenaga penolong persalinan non tenaga kesehatan memiliki kecenderungan 1,054 kali mengalami perdarahan pascapersalinan dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan tenaga penolong persalinan tenaga kesehatan. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti (2013) dan Armagustini (2010). Menurut Damayanti, ibu yang persalinannya ditolong oleh non tenaga kesehatan memiliki kecenderungan 0,5 kali mengalami perdarahan pascapersalinan dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dengan penolong tenaga kesehatan (95% CI: 0,1-2,3) dan menurut Armagustini, besar kecenderungan ibu yang persalinannya ditolong non tenaga kesehatan untuk adalah sebesar 0,75 kali mengalami perdarahan pascapersalinan dibandingkan dengan ibu yang bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan (95% CI: 0,67-0,85).

Wanita membutuhkan akses ke tenaga penolong persalinan yang terlatih agar mendapatkan intervensi tepat untuk mencegah atau menangani perdarahan pascapersalinan. Sayangnya, lebih dari 50% wanita di negara berkembang menghadapi persalinan sendiri, hanya dengan keluarga, atau dengan tenaga kesehatan tradisional. Hal ini disebabkan negara berkembang masih kekurangan sumber daya tenaga kesehatan. Selain itu, cakupan sebaran tenaga kesehatan di negara berkembang tidaklah merata dan masih terfokus pada kota-kota besar. Sedangkan pada daerah pedesaan, tenaga kesehatan untuk membantu persalinan sulit ditemukan. Oleh sebab itu, ibu yang berada di daerah pedesaan masih banyak yang melakukan persalinan dengan bantuan non tenaga kesehatan atau tenaga tradisional seperti dukun atau keluarga (MCHIP, 2011).

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Hubungan antara faktor sosial demografi dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012, yaitu
 - a. Tingkat pendidikan ibu yang rendah seperti SD dan SMP, memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan (nilai $p < 0,0001$ dengan $PR = 1,248$);
 - b. Ibu yang melahirkan pada usia < 20 tahun dan > 35 tahun memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan (nilai $p = 0,044$ dengan $PR = 1,157$).
2. Perilaku merokok ibu memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan (nilai $p = 0,013$ dengan $PR = 1,991$).
3. Hubungan antara faktor riwayat obstetri dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012, yaitu
 - a. Paritas ibu yang telah memiliki anak di atas 3 orang anak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan (nilai $p = 0,013$ dengan $PR = 1,221$);
 - b. Ibu yang memiliki komplikasi pada saat kehamilannya yang terakhir memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan (nilai $p < 0,0001$ dengan $PR = 2,805$);
 - c. Ibu yang pernah mengalami komplikasi persalinan di persalinan sebelumnya memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian perdarahan persalinan (nilai $p < 0,0001$ dengan $PR = 1,765$).
4. Hubungan antara faktor pelayanan kesehatan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan di Indonesia tahun 2012, yaitu
 - a. Ibu yang menjalani pelayanan antenatal dengan lengkap memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan (nilai $p = 0,01$ dengan $PR = 0,790$);

- b. Ibu yang melakukan persalinan di non fasilitas kesehatan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan (nilai $p=0,145$);
- c. Ibu yang bersalin dengan bantuan non tenaga kesehatan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan (nilai $p=0,646$).

7.2 Saran

Saran dalam penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu saran untuk program dan saran untuk penelitian selanjutnya. Saran untuk program adalah masukan kepada program terkait kejadian perdarahan pascapersalinan untuk dapat mendapatkan pencapaian yang lebih baik. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah masukan kepada peneliti selanjutnya yang ingin meneliti topik perdarahan pascapersalinan.

7.2.1 Saran Untuk Program

Saran yang dapat diberikan oleh peneliti pada program-program terkait seperti program KB, kader ibu, Manajemen Aktif Kala III (MAK III), dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) setelah meninjau hasil penelitian ini, yaitu:

1. Perlunya penguatan komitmen pemerintah dan pihak-pihak lain seperti organisasi atau lembaga masyarakat kesehatan untuk menekankan penundaan perkawinan dan persalinan usia terlalu muda. Usaha ini diperlukan untuk menekan angka persalinan yang dilakukan oleh umur terlalu muda (<20 tahun) yang mana adalah usia berisiko perdarahan pascapersalinan. Usaha ini dapat dilakukan dengan pencerdasan masyarakat tentang bahaya-bahaya kehamilan dan persalinan pada usia terlalu muda serta program KB;
2. Perlunya penguatan ajakan untuk menggunakan program KB kepada ibu yang sudah berusia terlalu tua untuk melahirkan (>35 tahun) sehingga meminimalisir kejadian komplikasi perdarahan pascapersalinan. Namun, jika ibu berumur >35 tahun mengalami kehamilan, sebaiknya tenaga kesehatan atau kader kesehatan melakukan pemantauan dan pemeriksaan

yang ketat pada ibu tersebut agar ibu dapat menjalani proses kehamilan dan persalinan secara lancar tanpa komplikasi;

3. Perlunya edukasi kepada kelompok-kelompok berisiko tinggi terutama yang memiliki tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, dan SMP) tentang bahaya komplikasi perdarahan pascapersalinan. Edukasi dapat dilakukan dengan mengajak kader kesehatan dan lembaga masyarakat yang peduli terhadap kesehatan untuk menjangkau ibu dengan tingkat pendidikan rendah dan memberikan informasi-informasi kesehatan kepada mereka;
4. Perlunya peringatan pada media-media publik ataupun oleh tenaga kesehatan serta kader tentang bahaya rokok bagi kesehatan ibu dan janin. Peringatan dapat diberikan melalui penyuluhan-penyuluhan yang menargetkan wanita usia muda untuk tidak merokok karena memulai kebiasaan merokok akan meningkatkan kemungkinan mereka untuk mengalami komplikasi saat kehamilan dan persalinan. Peringatan bahaya rokok yang sebelumnya lebih banyak kepada laki-laki sebaiknya kini juga ditekankan kepada perempuan;
5. Perlunya keseriusan program KB terutama pada ibu yang telah memiliki >3 anak agar tidak hamil lagi. Upaya ini bisa dilakukan dengan tenaga kesehatan atau kader yang mengingatkan dan memberikan pencerdasan pada ibu bahwa 2-3 anak itu cukup sehingga tidak perlu memiliki anak lagi. Tentu upaya juga perlu memberikan informasi tentang bahaya kesehatan jika ibu hamil dan bersalin terlalu banyak;
6. Perlunya pengamatan dan intervensi serius pada ibu yang mengalami komplikasi pada saat kehamilannya dan pernah mengalami komplikasi pada persalinan lalu agar dapat melakukan persalinan dengan lancar tanpa komplikasi lanjut. Pengamatan dan intervensi haruslah sebuah upaya preventif untuk pencegahan komplikasi persalinan atau penekanan dampak komplikasi yang mungkin ibu alami. Upaya ini sebaiknya dilakukan dengan melibatkan anggota keluarga terdekat yang akan membantu melakukan pengamatan sehingga komplikasi akan cepat disadari dan ditangani. Tenaga kesehatan sebaiknya juga memberikan

perhatian tambahan pada ibu yang telah mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan sebelumnya;

7. Perlunya sosialisasi tentang pentingnya peran para kader untuk menjangkau setiap ibu yang sedang hamil untuk mengingatkan mereka melakukan pemeriksaan antenatal secara lengkap dan rutin. Selain itu, butuh gebrakan dari tenaga kesehatan untuk menjangkau para ibu yang kesulitan menjangkau fasilitas kesehatan untuk melakukan pelayanan antenatal, misalnya dengan melakukan pelayanan antenatal yang menghampiri para ibu hamil lebih dekat dibandingkan hanya menunggu pada fasilitas kesehatan;
8. Perlunya perbesar cakupan fasilitas kesehatan dan perbaikan kualitas fasilitas kesehatan sebagai tempat ibu bersalin. Sebaiknya fasilitas kesehatan yang dapat menjadi tempat ibu bersalin diperbanyak agar ibu bersalin dapat menjangkaunya dengan mudah. Upaya ini juga membutuhkan pencerdasan dari kader kepada ibu atau keluarga mengenai antisipasi persalinan dan penjangkauan jarak ke fasilitas kesehatan agar ibu dapat melahirkan di lokasi fasilitas kesehatan alih-alih di rumah;
9. Perlunya pelatihan lebih lanjut pada tenaga kesehatan yang ada agar terampil dalam menangani persalinan ibu terutama untuk mencegah dan menanggulangi komplikasi perdarahan pascapersalinan. Sebaiknya distribusi tenaga kesehatan terlatih pada setiap fasilitas kesehatan adalah merata, sehingga tidak ada fasilitas kesehatan yang tenaganya tidak dapat menangani kejadian perdarahan. Upaya ini membutuhkan kesadaran tinggi pada para tenaga kesehatan untuk tetap memperbaiki diri dan belajar terus menerus demi dapat menangani ibu bersalin dengan lebih baik;

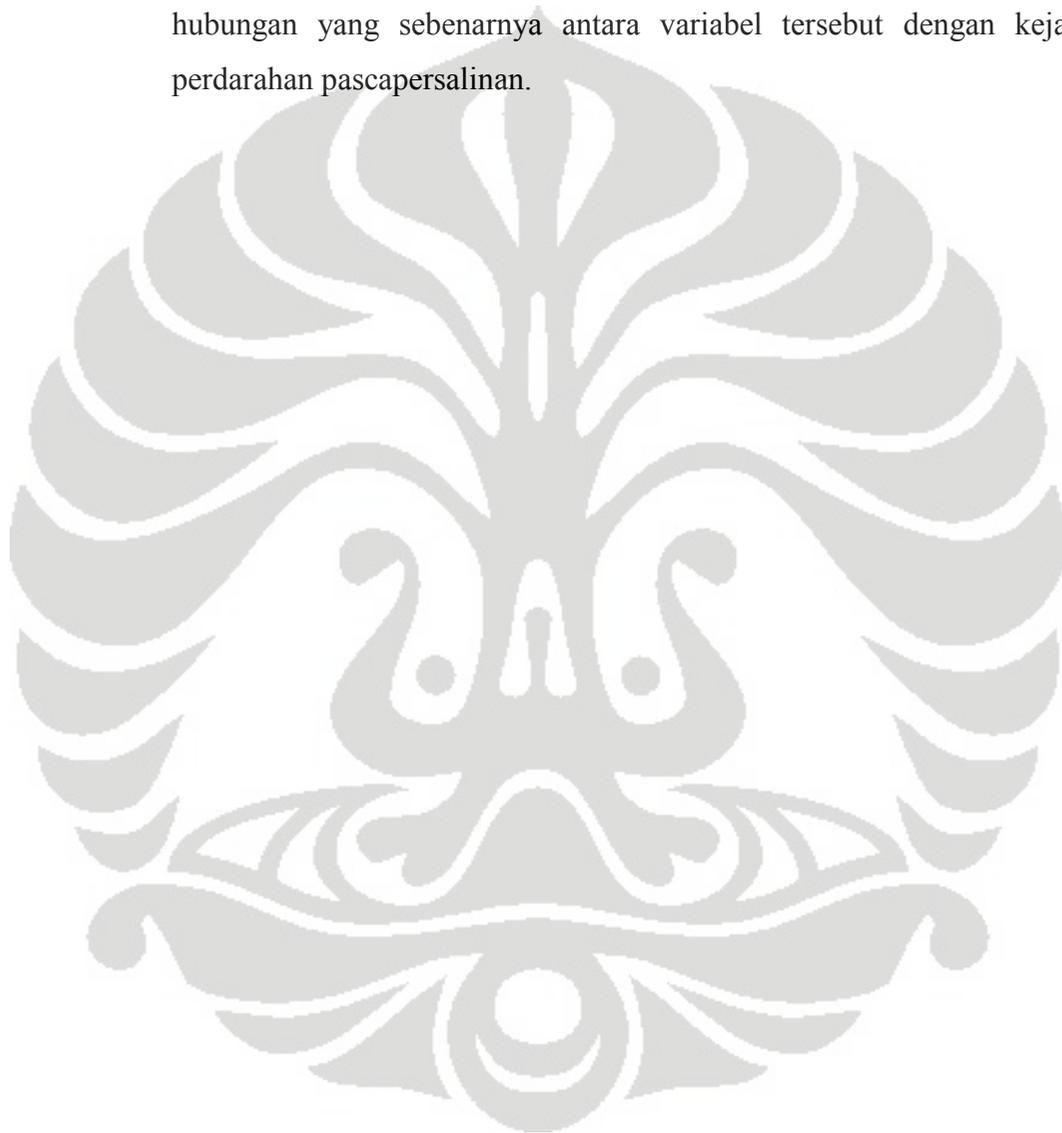
7.2.2 Saran Untuk Penelitian Selanjutnya

Saran yang dapat diberikan oleh peneliti untuk penelitian selanjutnya setelah meninjau hasil dan keterbatasan dari penelitian ini, yaitu:

1. Diperlukan perbanyak variabel penelitian pada penelitian selanjutnya untuk dapat menggali lebih dalam tentang faktor risiko komplikasi

perdarahan pascapersalinan. Variabel yang disarankan untuk diteliti selanjutnya adalah Body Mass Index (BMI) ibu, tingkat ekonomi, dan jarak persalinan;

2. Diperlukan pendalaman analisis data dengan melakukan analisis multivariat pada penelitian selanjutnya sehingga dapat melihat variabel perancu pada hasil penelitian yang berbeda dengan teori dan melihat hubungan yang sebenarnya antara variabel tersebut dengan kejadian perdarahan pascapersalinan.



DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, J. (2007). Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. *Am Fam Physician*, 875-882.
- Armugastini, Y. (2010). *Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007)*. Depok: Universitas Indonesia .
- Bahiyatun. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Benson, P. (2010). Tobacco Talk: Reflections on Corporate Power and the Legal Framing of Consumption. *Medical Anthropology Quarterly*, 500-521.
- Benson, R., & Pernoll, M. (2009). *Buku Saku Obstetri Ginekologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Billington, M. (2010). *Kegawatan dalam Kehamilan-Persalinan: Buku Saku Bidan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- BPS. (2003). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003*. Badan Pusat Statistik.
- BPS. (2012). *Angka Kematian Ibu (AKI)*. Retrieved June 15, 2015, from Sistem Informasi Rujukan Statistik (SIRUSA): <http://sirusa.bps.go.id>
- BPS. (2012). *Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2012*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro International.
- Bustreo, F., Say, L., & Koblinsky, M. (2013). *Ending Preventable Maternal Death: The Time is Now*. Geneva: WHO.
- Callaghan, W. (2010). Trends in Postpartum Hemorrhage: United States, 1994-2006. *American Journal of Obstetric Gynaecology*, 202:353.e1-6.
- Calvert, C. (2012). Identifying Regional Variation in the Prevalence of Postpartum Haemorrhage: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 7(7).
- CDC. (2010). *A Report of The Surgeon General: How Tobacco Smoke Causes Disease*. CDC.

- Damayanti, I. L. (2013). *Skripsi. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Persalinan di Kabupaten Stubondo Tahun 2013*. Depok: Universitas Indonesia.
- Depkes. (1999). *Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dina, D. (2013). *Faktor Determinan Kejadian Perdarahan Postpartum di RSUD Majene Kabupaten Majene*. Majene: STIKES Bina Bangsa.
- Dolea, C., Abouzahr, C., & Stein, C. (2003). *Global Burden of Maternal Haemorrhage in the Year 2000*. Geneva: WHO.
- Evensen, A., & Anderson, J. (2013, January). Postpartum Hemorrhage: Third Stage Pregnancy. *American Academy of Family Physicians*, 1-20.
- Folho, E., Costa, M., & Cecatti, J. (2015). Severe Maternal Morbidity and Near Miss Due to Postpartum Hemorrhage in a National Multicenter Surveillance Study. *International Journal of Gynecology and Obstetric*, 131-136.
- Ford, J., Roberts, C., Bell, J., Algert, C., & Morris, J. (2007). Postpartum Haemorrhage Occurrence and Recurrence: A Population Based Study. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 391-3.
- Fraser, W., Crayer, M., Soeder, B., Turcot, L., & Marcoux, S. (2002). Risk Factors for Difficult Delivery in Nulliparas With Epidural Analgesia in Second Stage of Labor. *AM College Obstetric Gynaecology*, Vol. 99; p: 409-418.
- Gazi, R. (2012). Postpartum Excessive Bleeding Among Bangladeshi Women; Determinants, Perceptions, Recognition, Responses. *Reproductive System & Sexual Disorders*, 1:4.
- Halimeh, S. (2015). Menorrhagia and Postpartum Haemorrhage in Woman with Rare Bleeding Disorder. *Thrombosis Research*, 534-537.
- Hastono, S. P., & Sabri, L. (2011). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- JNPK-KR. (2007). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI.
- Kartikawati, A. (2008). *SKRIPSI Prevalensi dan Determinan Hipertensi pada Pasien Puskesmas di Jakarta Utara pada Tahun 2007*. Depok: Universitas Indonesia.
- KEMENKES. (2010). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Kementerian Kesehatan RI.

- KEMENKES RI. (2013). *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu Poned*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kramer, M. S. (2011). Risk Factors for Postpartum Hemorrhage: Can We Explain the Recent Temporal Increase? *Journal of Obstetric Gynaecology Canada*, 33(8): 810-819.
- Kramer, M. S. (2013). Incidence, Risk Factors, and Temporal Trends in Severe Postpartum Hemorrhage. *American Journal Obstetric Gynaecology*, 209:449.e1-7.
- Kusumawati, Y. (2006). *Tesis. Faktor-Faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Persalinan dengan Tindakan (Studi Kasus di RS dr. Moewardi Surakarta)*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Lewis, S. (2000). *Guidelines on Standard Operating Procedures for Hematology*. New Delhi: 2000.
- Lu, M. (2009). Identifying Women Most Likely to Benefit From Prevention Strategies for Postpartum Hemorrhage. *Journal of Perinatology*, 422-427.
- Manuaba, I. A. (2006). *Buku Ajar Patologi Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Manuaba, I. B. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- McCarthy, & Maine. (1992). Studies Planning Volume 23:1. *A Framework for Analyzing the Determinant of Maternal Mortality and Morbidity*.
- MCHIP. (2011). *Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage at The Community Level: A Guide for Policy Makers, Health Care Providers, Donors, Community Leaders, and Program Managers (Second Edition)*. Baltimore: Jhpiego.
- Megasari, M. (2015). *Panduan Belajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta: Deepublish.
- Mehrabadi, A. (2012). Trends in Postpartum Hemorrhage from 2000 to 2009: A Population-Based Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12: 108.

- Mulidah, S., Dasuki, D., & Basri, M. (2003). Hubungan Antara Kelengkapan Pelaksanaan Deteksi Risiko Tinggi dan Persalinan Lama di Kabupaten Purworejo. *Jurnal Sains Kesehatan*, Vol 16; no.2; p: 301-314.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, T. (2010). *Kasus Emergency Kebidanan: Untuk Kebidanan dan Keperawatan cet. 1*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nuraida, I. (2012). *Skripsi. Gambaran Ibu-Ibu Bersalin dengan Komplikasi Persalinan di RSUD Kota Depok Tahun 2011*. Depok: Universitas Indonesia.
- Olowokere, A. (2013). The Prevalence, Management, and Outcome of Primary Postpartum Haemorrhage in Selected Health Care Facilities in Nigeria. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 28-34.
- Oxorn, H. (2010). *Ilmu Kebidanan: Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: ANDI, YEM.
- Oyelese, Y., & Ananth, C. (2010). Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 147-156.
- Prata, N., & Ejembi, C. (2012). Community Mobilization to Reduce Postpartum Hemorrhage in Home Birth in Northern Nigeria. *Social Science & Medicine*, 1288-1296.
- Ramanathan, G., & Arulkumaran, S. (2006). Postpartum Hemorrhage. *Journal of Obstetry Gynaecology Canada (JOGC)*, 967-973.
- RCOG. (2009). *Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Read, A., Prendiville, W., Dawes, V., & Stanley, F. (1994). Cesarean Section and Operative Vaginal Delivery in Low-Risk Primiparous Women, Western Austria. *AM Journal of Public Health*, Vol 84, no. 1; p: 37-42.
- Royston, E., & Armstrong, S. (1994). Preventing Maternal Death. In R. F. Maulany, *Pencegahan Kematian Ibu Hamil*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Sastrawinata, S., & dkk. (2012). *Ilmu Kesehatan Reproduksi: Obstetri Patologi, E/2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sinsin, I. (2008). *SKIA: Masa Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: Elex Media Komputindo.

- Siswanto, E. (2011). *Tesis. Faktor-Faktor Penolong Persalinan (Bidan) dengan Kejadian Perdarahan Pascapersalinan (Studi Kasus di Rumah Sakit Kabupaten Boyolali)*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- SOGC. (2010). Active Management of Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 258-267.
- Stalker, P. (2008). *Millenium Development Goals*. Jakarta: BPS.
- Suratin. (2001). *Skripsi. Faktor yang Mempengaruhi Kematian Ibu Akibat Perdarahan Persalinan di RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 1997-2000*. Depok: Universitas Indonesia.
- Swarjana, I. K. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: ANDI.
- Syafrudin. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- The Women's. (2013). *Policy, Guideline, and Procedure Manual: Postpartum Hemorrhage*. Australia: The Women's Press.
- Tuncalp, O. (2013). *International Journal of Gynecology and Obstetrics. New WHO Recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage*, 254-256.
- UNFPA. (2004). *Maternal Mortality Update 2004, Delivery to Good Hands*. New York: UNFPA.
- USAID Indonesia. (2003). *Technical Review Recommendations for Future Directions for Safe Motherhood and Neonatal Health*. USAID.
- Versaevel, N., & Darling, L. (2006). *AOM Clinical Practice Guideline: Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage*. AOM.
- WHO. (2000). *Maternal Mortality in 2000*. WHO.
- WHO. (2004). *Skilled Birth Attendance: Review of Evidences in Bangladesh*. Bangladesh: WHO.
- WHO. (2007). *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2012). *WHO Recommendations for The Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage*. Italy: World Health Organization.
- Wijayarini, M. A. (1998). *Safe Motherhood, Modul Dasar: Bidan di Masyarakat, Materi Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.



SDKI12-WUS

SURVEI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN INDONESIA 2012 DAFTAR PERTANYAAN WANITA

Rahasia

I. PENGENALAN TEMPAT	KODE																						
1. PROVINSI _____	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																						
2. KABUPATEN/KOTA *) _____																							
3. KECAMATAN _____																							
4. DESA/KELURAHAN *) _____																							
5. DAERAH **) PERKOTAAN - 1 PERDESAAN - 2																							
6. NOMOR BLOK SENSUS _____																							
7. NOMOR KODE SAMPEL SDKI12 _____																							
8. NOMOR URUT RUMAH TANGGA SAMPEL _____																							
9. NAMA KEPALA RUMAH TANGGA _____																							
10. NAMA RESPONDEN _____																							
11. NOMOR URUT RESPONDEN _____																							

II. KUNJUNGAN PETUGAS								
	1	2	3	KUNJUNGAN AKHIR				
TANGGAL WAWANCARA	_____	_____	_____	TANGGAL BULAN TAHUN <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td><td style="width: 15px; height: 15px;">0</td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table> PEWA- WANCARA	2	0	1	2
2	0	1	2					
NAMA PEWAWANCARA HASIL KUNJUNGAN ***)	_____	_____	_____	HASIL KUNJUNGAN <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
KUNJ. BERIKUT TGL JAM	_____	_____	_____	JUMLAH KUNJUNGAN <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

***) PILIH SALAH SATU DAN ISIKAN KODE HASIL KUNJUNGAN

- | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------|------------|
| 1 SELESAI | 4 DITOLAK | 7 LAINNYA _____ | |
| 2 RESP. TIDAK ADA DI RUMAH | 5 SELESAI SEBAGIAN | | |
| 3 DITANGGUHKAN | 6 RESPONDEN TDK/KURANG MAMPU MENJAWAB | | (TULISKAN) |

	EDITOR LAPANGAN	PENGAWAS	EDITOR BPS	PONSER								
NAMA	_____	_____	_____	_____								
TANGGAL	_____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>			_____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>			_____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>			_____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>		

*) Coret yang tidak sesuai
 **) Lingkari salah satu

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
103	Berapa umur Ibu/Saudari pada ulang tahun terakhir? BANDINGKAN DAN PERBAIKI 102 DAN ATAU 103 JIKA TIDAK SESUAI. JIKA UMUR KURANG DARI 15 TAHUN ATAU LEBIH DARI 49 TAHUN WAWANCARA SELESAI. PERBAIKI DAFTAR SDKI12-RT BLOK III KOLOM (7).	UMUR DALAM TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Apakah jenjang pendidikan tertinggi yang pernah/sedang Ibu/Saudari duduki: sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas, akademi, atau universitas?	SD/MI/SEDERAJAT 1 SMP/MTs/SEDERAJAT 2 SMA/SMK/MA/SEDERAJAT 3 AKADEMI/DI/DII/DIII 4 DIPLOMA IV/UNIV 5	
203	Berapa jumlah anak laki-laki yang tinggal bersama Ibu/Saudari? Dan berapa jumlah anak perempuan yang tinggal bersama Ibu/Saudari? JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'.	ANAK LAKI-LAKI DI RUMAH <input type="text"/> <input type="text"/> ANAK PEREMPUAN DI RUMAH <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Apakah Ibu/Saudari mempunyai anak laki-laki atau perempuan yang Ibu/Saudari lahirkan, yang sekarang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama Ibu/Saudari?	YA 1 TIDAK 2	→ 206
205	Berapa jumlah anak laki-laki yang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama Ibu/Saudari? Dan berapa jumlah anak perempuan yang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama Ibu/Saudari? JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'.	ANAK LAKI-LAKI DI TEMPAT LAIN <input type="text"/> <input type="text"/> ANAK PEREMPUAN DI TEMPAT LAIN <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Apakah Ibu/Saudari pernah melahirkan anak laki-laki atau perempuan yang lahir hidup tetapi sekarang sudah meninggal? JIKA "TIDAK PERNAH", TANYAKAN: Apakah ada anak yang lahir dalam keadaan hidup meskipun hanya beberapa saat?	YA 1 TIDAK 2	→ 208
207	Berapa jumlah anak laki-laki yang sudah meninggal? Dan berapa jumlah anak perempuan yang sudah meninggal? JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'.	ANAK LAKI-LAKI YANG SUDAH MENINGGAL <input type="text"/> <input type="text"/> ANAK PEREMPUAN YANG SUDAH MENINGGAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	JUMLAHKAN ISIAN DI 203, 205, DAN 207, DAN TULISKAN JUMLAHNYA. JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'.	JUMLAH <input type="text"/> <input type="text"/>	

211 Sekarang saya ingin mendaftarkan semua anak yang Ibu/Saudari lahirkan hidup, baik masih hidup atau sudah meninggal, mulai dari anak pertama yang Ibu/Saudari lahirkan hidup.
 TULISKAN NAMA SEMUA ANAK YANG DILAHIRKAN OLEH RESPONDEN PADA PERTANYAAN 212. ANAK KEMBAR DITULIS PADA BARIS TERPISAH.
 (JIKA LEBIH DARI 12 KELAHIRAN, GUNAKAN KUESIONER TAMBAHAN, DIMULAI DARI BARIS KEDUA).

212	213	214	215	216	217 JIKA MASIH HIDUP	218 JIKA MASIH HIDUP	219 JIKA MASIH HIDUP	220 JIKA SUDAH MENINGGAL	221
Siapakah nama anak (pertama, kedua, dst)?	Apakah (NAMA) laki-laki atau perempuan?	Apakah di antara anak-anak Ibu/Saudari ada yang kembar?	Pada bulan apa dan tahun berapa (NAMA) dilahirkan? TANYAKAN: Kapan ulang tahun terakhirnya?	Apakah (NAMA) masih hidup?	Berapa umur (NAMA) pada ulang tahun terakhir?	Apakah (NAMA) tinggal bersama Ibu/Saudari?	CATAT NO. URUT ART ANAK. (TULIS '00' JIKA ANAK TIDAK TERDAFTAR SEBAGAI ART).	Berapa umur (NAMA) ketika ia meninggal? JIKA "1 TAHUN" TANYAKAN: Berapa bulan umur (NAMA) ketika ia meninggal? CATAT DALAM HARI JIKA KURANG DARI 1 BULAN, CATAT DALAM BULAN JIKA KURANG DARI 2 TAHUN, ATAU DALAM TAHUN JIKA 2 TAHUN LEBIH. JIKA KURANG DARI 1 HARI, TULIS '00' PADA KOTAK HARI.	Apakah ada anak lahir hidup lain antara (NAMA ANAK SEBELUMNYA) dan (NAMA), termasuk anak yang sudah meninggal?
CATAT NAMA					TULISKAN DALAM TAHUN.				
NO. URUT KELAHIRAN									
01 (NAMA)	LK .. 1 PR .. 2	TUNG- GAL 1 KEM- BAR 2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA .. 1 TIDAK 2 ↓ 220	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA .. 1 TIDAK 2	NO. ART [][] ↓ KE ANAK BERIKUTNYA	HARI 1 [][] BULAN 2 [][] TAHUN 3 [][]	
02 (NAMA)	LK .. 1 PR .. 2	TUNG- GAL 1 KEM- BAR 2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA .. 1 TIDAK 2 ↓ 220	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA .. 1 TIDAK 2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI 1 [][] BULAN 2 [][] TAHUN 3 [][]	YA 1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK .. 2 KE ANAK BERIKUTNYA
03 (NAMA)	LK .. 1 PR .. 2	TUNG- GAL 1 KEM- BAR 2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA .. 1 TIDAK 2 ↓ 220	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA .. 1 TIDAK 2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI 1 [][] BULAN 2 [][] TAHUN 3 [][]	YA 1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK .. 2 KE ANAK BERIKUTNYA
04 (NAMA)	LK .. 1 PR .. 2	TUNG- GAL 1 KEM- BAR 2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA .. 1 TIDAK 2 ↓ 220	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA .. 1 TIDAK 2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI 1 [][] BULAN 2 [][] TAHUN 3 [][]	YA 1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK .. 2 KE ANAK BERIKUTNYA
05 (NAMA)	LK .. 1 PR .. 2	TUNG- GAL 1 KEM- BAR 2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA .. 1 TIDAK 2 ↓ 220	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA .. 1 TIDAK 2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI 1 [][] BULAN 2 [][] TAHUN 3 [][]	YA 1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK .. 2 KE ANAK BERIKUTNYA
06 (NAMA)	LK .. 1 PR .. 2	TUNG- GAL 1 KEM- BAR 2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA .. 1 TIDAK 2 ↓ 220	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA .. 1 TIDAK 2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI 1 [][] BULAN 2 [][] TAHUN 3 [][]	YA 1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK .. 2 KE ANAK BERIKUTNYA

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	ANAK TERAKHIR		SEBELUM ANAK TERAKHIR		
		NAMA _____	NAMA _____	NAMA _____		
412A	LIHAT 412: JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN:	LEBIH DARI SATU KALI <input type="checkbox"/>	SATU KALI <input type="checkbox"/> (TERUS KE 413)			
412B	Ibu/Saudari mengatakan memeriksakan kehamilan (NAMA) ____ kali. Berapa kali Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan: a. Dalam 3 bulan pertama? b. Antara 4 - 6 bulan? c. Antara 7 bulan sampai melahirkan? JUMLAH DI a, b, DAN c HARUS SAMA DENGAN JAWABAN DI 412.	JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN 3 BULAN PERTAMA <input type="text"/> <input type="text"/> ANTARA 4 - 6 BULAN <input type="text"/> <input type="text"/> ANTARA 7 BULAN SAMPAI MELAHIRKAN <input type="text"/> <input type="text"/>				
413	Pada saat pemeriksaan kehamilan (NAMA) apakah Ibu/Saudari: - Ditimbang berat badannya? - Diukur tinggi badannya? - Diukur tekanan darahnya? - Diperiksa air seninya? - Diperiksa darahnya? - Diperiksa (diraba) perutnya? - Konsultasi?		YA TIDAK			
		BERAT BADAN 1 2 TINGGI BADAN 1 2 TEKANAN DARAH 1 2 AIR SENI 1 2 DARAH 1 2 PERUT 1 2 KONSULTASI 1 2				
414	Selama Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan, apakah Ibu/Saudari diberitahu tanda-tanda bahaya (komplikasi) dalam kehamilan?	YA 1 TIDAK 2 (TERUS KE 414B) ← TIDAK TAHU 8				
414C	Apakah Ibu/Saudari mengalami tanda-tanda bahaya (komplikasi) selama kehamilan (NAMA)?	YA 1 TIDAK 2 (TERUS KE 415) ←				
414D	Apa sajakah tanda-tanda bahaya (komplikasi) kehamilan tersebut? Ada lagi? JAWABAN JANGAN DIBACA DAN LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG DISEBUT.	MULAS SEBELUM 9 BULAN A PERDARAHAN B DEMAM YANG TINGGI C KEJANG-KEJANG DAN PINGSAN ... D LAINNYA _____ X (TULISKAN)				
432A	Pada saat Ibu/Saudari melahirkan (NAMA), apakah Ibu/Saudari mengalami: - Mulas yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam? - Perdarahan lebih banyak dibandingkan dengan biasanya (lebih dari 3 kain)? - Suhu badan tinggi dan atau keluar lendir berbau? - Kejang-kejang dan pingsan? - Keluar air ketuban lebih dari 6 jam sebelum anak lahir? - Apakah ada kesulitan/komplikasi lain? JIKA ADA, tuliskan.	YA TDK TT		YA TDK TT		
		MULAS 1 2 8 PERDARAHAN ... 1 2 8 SUHU DAN LENDIR .. 1 2 8 KEJANG & PINGSAN 1 2 8 KETUBAN PECAH ... 1 2 8 LAINNYA 1 2 8 (TULISKAN)		MULAS 1 2 8 PERDARAHAN 1 2 8 SUHU DAN LENDIR .. 1 2 8 KEJANG & PINGSAN 1 2 8 KETUBAN PECAH ... 1 2 8 LAINNYA 1 2 8 (TULISKAN)		

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	ANAK TERAKHIR		SEBELUM ANAK TERAKHIR	
		NAMA _____		NAMA _____	
433	<p>Siapa saja yang menolong Ibu/Saudari ketika melahirkan (NAMA)?</p> <p>Ada yang lain?</p> <p>TANYAKAN SIAPA PENOLONG PERSALINAN DAN CATAT SEMUA YANG MENOLONG PERSALINAN.</p> <p>JIKA RESPONDEN MENGATAKAN TIDAK ADA YANG MENOLONG, TANYAKAN APAKAH ADA ORANG DEWASA YANG MENEMANI PADA SAAT MELAHIRKAN.</p>	<p>PETUGAS KESEHATAN</p> <p>DOKTER UMUM A</p> <p>DOKTER KANDUNGAN B</p> <p>PERAWAT C</p> <p>BIDAN D</p> <p>BIDAN DI DESA E</p> <p>ORANG LAIN</p> <p>DUKUN BAYI/PARAJI F</p> <p>TEMAN/KELUARGA G</p> <p>LAINNYA X</p> <p>(TULISKAN)</p> <p>TIDAK ADA Y</p>	<p>PETUGAS KESEHATAN</p> <p>DOKTER UMUM A</p> <p>DOKTER KANDUNGAN B</p> <p>PERAWAT C</p> <p>BIDAN D</p> <p>BIDAN DI DESA E</p> <p>ORANG LAIN</p> <p>DUKUN BAYI/PARAJI F</p> <p>TEMAN/KELUARGA G</p> <p>LAINNYA X</p> <p>(TULISKAN)</p> <p>TIDAK ADA Y</p>		
434	<p>Di mana Ibu/Saudari melahirkan (NAMA)?</p> <p>JIKA TIDAK DAPAT MENENTUKAN APAKAH RUMAH SAKIT ATAU KLINIK DIKELOLA OLEH PEMERINTAH ATAU SWASTA, TULISKAN NAMANYA.</p> <p>_____</p> <p>(NAMA TEMPAT)</p>	<p>RUMAH</p> <p>RUMAH RESPONDEN 11</p> <p>(TERUS KE 438) ←</p> <p>RUMAH ORANG LAIN 12</p> <p>PEMERINTAH</p> <p>RUMAH SAKIT/KLINIK 21</p> <p>PUSKESMAS/PUSTU 22</p> <p>POSKESDES 23</p> <p>POLINDES 24</p> <p>LAINNYA 26</p> <p>(TULISKAN)</p> <p>SWASTA</p> <p>RUMAH SAKIT 31</p> <p>RUMAH SAKIT BERSALIN 32</p> <p>RUMAH BERSALIN 33</p> <p>KLINIK 34</p> <p>DOKTER UMUM PRAKTEK 35</p> <p>DOKTER KANDUNGAN PRAKTEK 36</p> <p>BIDAN PRAKTEK 37</p> <p>PERAWAT PRAKTEK 38</p> <p>BIDAN DI DESA 39</p> <p>LAINNYA 40</p> <p>(TULISKAN)</p> <p>LAINNYA 96</p> <p>(TULISKAN)</p> <p>(TERUS KE 438) ←</p>	<p>RUMAH</p> <p>RUMAH RESPONDEN 11</p> <p>(TERUS KE 448) ←</p> <p>RUMAH ORANG LAIN 12</p> <p>PEMERINTAH</p> <p>RUMAH SAKIT/KLINIK 21</p> <p>PUSKESMAS/PUSTU 22</p> <p>POSKESDES 23</p> <p>POLINDES 24</p> <p>LAINNYA 26</p> <p>(TULISKAN)</p> <p>SWASTA</p> <p>RUMAH SAKIT 31</p> <p>RUMAH SAKIT BERSALIN 32</p> <p>RUMAH BERSALIN 33</p> <p>KLINIK 34</p> <p>DOKTER UMUM PRAKTEK 35</p> <p>DOKTER KANDUNGAN PRAKTEK 36</p> <p>BIDAN PRAKTEK 37</p> <p>PERAWAT PRAKTEK 38</p> <p>BIDAN DI DESA 39</p> <p>LAINNYA 40</p> <p>(TULISKAN)</p> <p>LAINNYA 96</p> <p>(TULISKAN)</p> <p>(TERUS KE 438) ←</p>		

BAGIAN 10. ISU KESEHATAN LAINNYA

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
1004	Apakah saat ini Ibu/Saudari merokok ?	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p>	→ 1006