



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN KEJADIAN KOMPLIKASI PERSALINAN
DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SEKUNDER SURVEI DEMOGRAFI DAN
KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2007)**

TESIS

**YETTI ARMAGUSTINI
0806470371**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN KEJADIAN KOMPLIKASI PERSALINAN
DI INDONESIA**

**(ANALISIS DATA SEKUNDER SURVEI DEMOGRAFI DAN
KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2007)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**YETTI ARMAGUSTINI
0806470371**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
KEKHUSUSAN KESEHATAN REPRODUKSI
DEPOK
JULI 2010**

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : YETTI ARMAGUSTINI

NPM : 0806470371

Tanda Tangan : 

Tanggal : 1 Juli 2010

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yetti Armagustini

NPM : 0806470371

Mahasiswa Program : Pascasarjana

Tahun Akademik : 2008/2009

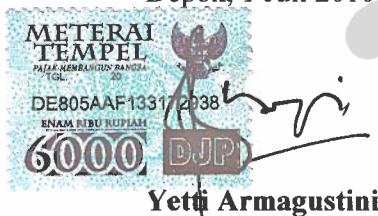
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia
(Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007)**

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, 1 Juli 2010



HALAMAN PENGESAHAN

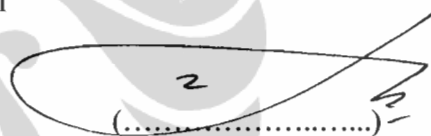
Tesis ini diajukan oleh:

Nama : YETTI ARMAGUSTINI
NPM : 0806470371
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007)

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Luknis Sabri, SKM



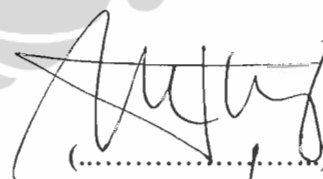
(.....)

Penguji : DR. Dr. Toha Muhaimin



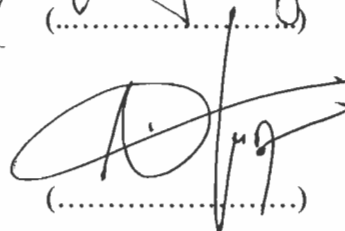
(.....)

Penguji : Dr. Muhamad Ilhamy, SpOG



(.....)

Penguji : Ning Sulistyowati, SKM, MKes



(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 1 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah robbil ‘alamin, puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas izin dan kuasa-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program pascasarjana (S2) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang berjudul **“Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007)”**.

Dalam penyusunan tugas akhir ini banyak sudah bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Walaupun demikian penulis menyadari bahwa tesis ini masih ada kekurangan dan jauh dari kesempurnaan baik dari isi, bentuk maupun penyajiannya.

Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Zulkarnain Noerdin, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Ibu Dr. Hj. Gema Asiani, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang yang telah memberikan izin dan bimbingan moril kepada penulis.
3. Ibu Dr. E. Linda Tedja, M.Kes selaku Kepala Bidang Pengembangan SDM Dinas Kesehatan Kota Palembang dan sebagai Sekretaris Eksekutif Program DHS2 Kota Palembang yang telah mengupayakan untuk program beasiswa DHS2 sehingga penulis dapat mengikuti pendidikan pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
4. Ibu Dr. Luknis Sabri, SKM selaku pembimbing akademik sekaligus pembimbing dalam penulisan tugas akhir ini yang telah banyak membantu memberikan masukan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan tepat pada waktunya.

5. Bapak DR. Dr. Toha Muhaimin selaku penguji dalam seminar proposal, seminar hasil dan sidang tesis yang telah banyak memberikan masukan dalam penyusunan tesis ini.
6. Ibu Dr. Agustin Kusumayati, MSc, PhD selaku Ketua Departemen Kesehatan Reproduksi yang telah banyak memberikan masukan dan wawasan baru kepada penulis selama pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
7. Bapak Dr. Muhammad Ilhamy Setyahadi, SpOG selaku penguji luar dari Dirjen BinKesMas Departemen Kesehatan Bagian Pelayanan Ibu yang telah meluangkan waktunya dalam pelaksanaan sidang tesis ini.
8. Ibu Ning Sulistyowati, SKM, M.Kes selaku penguji luar dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Bagian Ekologi yang telah meluangkan waktunya dalam pelaksanaan sidang tesis ini.
9. Ibunda Hj. Nudjmah yang selalu memberikan kasih sayangnya, mendampingi penulis dan mendoakan untuk kesuksesan dan keselamatan dunia akhirat bagi penulis. Semoga Allah SWT selalu melindungi dan merahmati beliau.
10. Ayahanda (Alm) Arbidin Asmowinangun yang belum sempat menyaksikan penulis menyelesaikan pendidikan S1 Kedokteran dan S2 Kesehatan Masyarakat, tetapi didikan dan teladan beliau selalu penulis kenang dan terapkan. Semoga Allah SWT menerima amal kebaikan beliau.
11. Ibunda/Mama Sovyati yang telah memberikan dukungan dan doa sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini tepat pada waktunya. Semoga Allah SWT selalu melindungi dan merahmati beliau.
12. Suami tercinta Agustri Irawan yang telah banyak berkorban, memberikan cintanya, mendampingi dan memotivasi penulis, memberikan dukungan material dan tenaga sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini khususnya dan dalam kehidupan nyata umumnya. Semoga Allah SWT selalu melindungi kita, merahmati dan memberkahi kehidupan kita.

13. Anak-anak tercinta Alyssa, Raffy dan Ayman, serta calon bayiku. Kalian sumber inspirasi mami. Semoga kalian menjadi anak-anak yang sholeh dan sholehah yang selalu mendoakan orangtuanya, dan semoga Allah SWT selalu memberikan petunjuk dan melindungi kalian dalam kehidupan dunia dan akhirat.
14. Saudara-saudaraku, Mas-Mas, Mbak-Mbak, Abang dan Kakak yang telah banyak membantu penulis selama pendidikan ini.
15. Rekan-rekan mahasiswa/mahasiswi Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, dan Kekhususan Kesehatan Reproduksi atas kebersamaan, bantuan dan dukungan kepada penulis. Semoga dengan ilmu yang kita dapat kita dapat berkarya dan bermanfaat bagi banyak pihak di kehidupan nyata.
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu penulis selama ini.

Semoga amal dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat imbalan yang berlipat dan keberkahan dari Allah SWT. Dan penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya yang berkaitan dalam bidang kesehatan.

Depok, 1 Juli 2010

Yeti Armagustini

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : YETTI ARMAGUSTINI

NPM : 0806470371

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Departemen : Kesehatan Reproduksi

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Tesis

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

**Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia
(Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007)**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 1 Juli 2010

Yang menyatakan



YETTI ARMAGUSTINI

ABSTRAK

Nama : YETTI ARMAGUSTINI
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia
(Analisis Data Sekunder SDKI 2007)

Analisis data sekunder SDKI 2007 mengidentifikasi determinan kejadian komplikasi persalinan di Indonesia. Sampel 15.334 wanita usia 15-49 tahun yang melahirkan anak 5 tahun terakhir sebelum survei dianalisis kelahiran anak terakhir. Variabel dependen kejadian komplikasi persalinan. Hasil determinan kejadian komplikasi persalinan adalah paritas $1/\geq 4$ anak, adanya komplikasi kehamilan, adanya riwayat komplikasi persalinan dahulu, adanya masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, kunjungan minimal pemeriksaan antenatal, dan penolong persalinan tenaga kesehatan.

Kata Kunci: komplikasi, kehamilan, persalinan, obstetri.

ABSTRACT

Name : YETTI ARMAGUSTINI

Study Program: Public Health

Title : Determinants of Delivery Complication in Indonesia (Analysis Data IDHS 2007)

In depth analysis of The IDHS data 2007 identify determinants of delivery complication in Indonesia. The samples was taken 15.334 women 15-49 years old which had have deliver baby in five years preceding survey, analyzed the last birth. Dependent variable are delivery complication. The result of determinants of delivery complication are parity $1/\geq 4$ children, pregnancy complication, history of complication in previous delivery, problems in getting health services, frequencies of antenatal visit, and assistance for delivery.

Keywords: complication, pregnancy, delivery, obstetric.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK.....	ix
...	
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Fisiologi Persalinan.....	7
2.2 Risiko Tinggi Kehamilan dan Persalinan.....	9
2.3 Komplikasi Pada Persalinan.....	10
2.4 Komplikasi Persalinan Dalam SDKI 2007.....	15
2.5 Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Komplikasi Persalinan...	15
2.6 Indeks Sosial Ekonomi.....	29
2.7 Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	30

2.8 Upaya <i>Safe Motherhood</i> dan <i>Making Pregnancy Safer</i>	34
2.9 Determinan Kematian Ibu.....	36
2.10 Kerangka Teori.....	39
BAB III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS.....	42
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	42
3.2 Variabel dan Definisi Operasional.....	44
3.3 Hipotesis Penelitian.....	51
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	52
4.1 Desain Penelitian.....	52
4.2 Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007.....	52
4.3 Sumber Data Penelitian.....	54
4.4 Populasi dan Sampel Penelitian.....	55
4.5 Pengambilan Sampel Penelitian.....	57
4.6 Pengolahan Data.....	57
4.7 Analisis Data.....	58
BAB V HASIL PENELITIAN.....	61
5.1 Gambaran Umum Hasil SDKI 2007.....	61
5.2 Analisis Univariat.....	61
5.3 Analisis Bivariat.....	71
5.4 Analisis Multivariat.....	75
BAB VI PEMBAHASAN.....	79
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	79
6.2 Hasil Penelitian.....	80
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
7.1 Kesimpulan.....	103
7.2 Saran.....	103
DAFTAR PUSTAKA.....	107
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Variabel Penelitian yang Terpilih dari Kuisisioner SDKI 2007.....	54
Tabel 4.2	Hasil Penelitian Faktor Komplikasi Kehamilan Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Persalinan.....	57
Tabel 5.1	Jenis Kejadian Komplikasi Persalinan.....	62
Tabel 5.2	Distribusi Ibu Berdasarkan Karakteristik.....	62
Tabel 5.3	Distribusi Ibu Berdasarkan Status Reproduksi.....	63
Tabel 5.4	Jenis Kejadian Komplikasi Kehamilan.....	65
Tabel 5.5	Jenis Riwayat Komplikasi Persalinan Dahulu.....	65
Tabel 5.6	Distribusi Ibu Berdasarkan Akses Pelayanan Kesehatan.....	66
Tabel 5.7	Jenis Masalah Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan.....	67
Tabel 5.8	Distribusi Ibu Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan..	68
Tabel 5.9	Jenis Tenaga Tempat Ibu Memeriksa Kehamilan.....	69
Tabel 5.10	Jenis Penolong Persalinan.....	70
Tabel 5.11	Jenis Tempat Persalinan.....	70
Tabel 5.12	Hasil Analisis Bivariat Variabel Independen dan Variabel Dependen.....	71
Tabel 5.13	Identifikasi Kovariat Potensial.....	75
Tabel 5.14	Pemodelan Awal Analisis Multivariat.....	76
Tabel 5.15	Tahapan Pengeluaran Variabel.....	77
Tabel 5.16	Model Akhir Analisis Multivariat.....	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Modifikasi Kerangka Teori McCarthy dan Maine Tentang Determinan Kesakitan dan Kematian Ibu	40
Gambar 2.2	Kerangka Kerja UNICEF Tentang Penyebab Morbiditas dan Mortalitas Maternal dan Neonatal	41
Gambar 3.1	Bagan Kerangka Konsep Penelitian	43
Gambar 5.1	Diagram Kejadian Komplikasi Persalinan	61



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Di Indonesia angka kematian ibu (AKI) masih relatif tinggi. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 AKI di Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit mengalami penurunan dibandingkan AKI 2002 yang mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup. Kematian ibu disini adalah kematian yang terjadi selama kehamilan, saat melahirkan, selama masa nifas atau dua bulan setelah berakhirnya kehamilan (BPS, 2008).

Make Every Mother and Child Count (Ibu Sehat, Anak Sehat Setiap Saat) sebagai satu slogan dari WHO tahun 2005 menunjukkan betapa sudah mendesaknya penanganan masalah kesehatan ibu dan anak di banyak negara di dunia. Meskipun kehamilan dan persalinan sebagai salah satu penyebab utama kematian perempuan usia reproduktif, sebagian besar negara berkembang belum menganggap masalah kesehatan ibu hamil dan bersalin sebagai masalah prioritas (WHO, 2005).

Sesuai dengan komitmen global setiap negara pada tahun 2000 harus menurunkan AKI sebesar 50% dari kondisi AKI pada tahun 1990, dan menurunkan 50% lagi pada tahun 2015 (*Target Millenium Development Goals*). Merujuk pada komitmen tersebut maka diharapkan Indonesia mencapai penurunan AKI menjadi sekitar 115 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Depkes, 2007).

Menurut *International Statistical Classification of Disease, Injuries, and Causes of Death, Edition X (ICD-X)* dalam Depkes (2007), kematian ibu adalah kematian seorang perempuan yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan, yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan (Depkes, 2007).

Kematian ibu dibedakan menjadi dua kelompok yaitu: (1) *Direct obstetric deaths*, yaitu kematian ibu yang langsung disebabkan oleh komplikasi obstetri pada masa hamil, bersalin dan nifas, atau kematian yang disebabkan oleh suatu tindakan, atau berbagai hal yang terjadi akibat tindakan-tindakan tersebut yang dilakukan selama hamil, bersalin atau nifas, dan (2) *Indirect obstetric deaths*, yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh suatu penyakit yang bukan komplikasi obstetri, yang berkembang atau bertambah berat akibat kehamilan atau persalinan. Di negara berkembang sekitar 95% kematian ibu termasuk dalam kelompok *direct obstetric deaths* (Depkes, 2007).

Penyebab langsung kematian ibu biasanya terkait erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosial, ekonomi, geografis serta perilaku budaya masyarakat yang terangkum dalam Empat Terlalu (terlalu muda usia, terlalu tua usia, terlalu banyak anak, terlalu rapat kehamilan) dan Tiga Terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa ke fasilitas kesehatan, terlambat mendapat pelayanan kesehatan). Risiko kematian ibu maternal dapat terjadi sejak awal kehamilan hingga pasca persalinan/nifas dengan risiko paling tinggi terjadi pada periode persalinan (Depkes, 2001a).

Penyebab langsung kematian ibu maternal adalah perdarahan (28%), eklampsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (8%), abortus (5%), partus macet/lama (5%), trauma obstetrik (5%), emboli obstetrik (5%), dan penyebab lainnya (11%). Sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu maternal adalah bumil anemia (51%), terlalu muda usia <20 tahun (10%), terlalu tua usia >35 tahun (11%), terlalu banyak anak >3-4 orang (19%), terlalu dekat jarak kelahiran <24 bulan (15%), dan jarak <36 bulan (36%) (Depkes, 2008).

Hasil kerjasama Departemen Kesehatan dengan WHO, UNDP, UNFPA dan UNICEF untuk melaksanakan *Assesment Safe Motherhood* pada tahun 1990-1991 diperoleh beberapa informasi penting mengenai kematian ibu antara lain:

- 1) Perdarahan terjadi 10 kali lebih sering pada saat persalinan dibandingkan pada masa kehamilan
- 2) Faktor yang mempengaruhi terjadinya kematian ibu antara lain:
 - Derajat kesehatan ibu dan kesiapannya untuk hamil
 - Pemeriksaan antenatal yang diperoleh
 - Pertolongan persalinan dan perawatan segera setelah persalinan
- 3) Kualitas pelayanan antenatal masih rendah dan dukun bayi belum mampu melaksanakan deteksi risiko tinggi pada ibu, sehingga belum sepenuhnya menjamin terdeteksinya ibu hamil risiko tinggi sedini mungkin
- 4) Belum semua rumah sakit kabupaten, sebagai tempat rujukan primer, mempunyai staf dan peralatan yang cukup untuk melakukan pelayanan obstetri emergensi komprehensif
- 5) Kematian ibu sangat berkaitan dengan kelemahan dalam mata rantai rujukan, baik di masyarakat, fasilitas kesehatan di tingkat masyarakat, maupun di rumah sakit.

Mengingat pentingnya peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, pemerintah telah mencanangkan Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman atau *Making Pregnancy Safer (MPS)* sebagai bagian dari program *Safe Motherhood*. Dalam arti kata yang luas tujuan *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* adalah sama yaitu melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia dengan cara mengurangi beban kesakitan, kecacatan dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang sebenarnya tidak perlu terjadi (Depkes, 2001a).

Berdasarkan beberapa fakta diatas, penyebab utama kematian ibu sebenarnya dapat dicegah melalui pengenalan dini dan akses terhadap pelayanan yang berkualitas. Upaya pelayanan dan program kesehatan maternal dan neonatal saat ini difokuskan pada peningkatan aksesibilitas serta kualitas pelayanan terkait dengan berbagai faktor risiko yang menjadi penyebab utama kematian ibu (Depkes, 2001a).

Kenyataan menunjukkan bahwa lebih dari 90% kematian ibu disebabkan komplikasi obstetri yang sering tidak dapat diramalkan pada saat kehamilan. Kebanyakan komplikasi tersebut terjadi pada saat atau sekitar persalinan. Karena itu pendekatan yang dianjurkan adalah menganggap bahwa semua kehamilan itu berisiko dan setiap ibu hamil agar mempunyai akses ke pertolongan persalinan yang aman dan pelayanan obstetri yang adekuat (Saifuddin, 2001).

Komplikasi obstetri adalah penyulit atau penyakit yang timbul pada ibu baik pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Komplikasi obstetri sebenarnya dapat dicegah, minimal dapat diperingan walaupun 15%-20% kehamilan normal dapat berubah menjadi komplikasi pada saat persalinan. Salah satu cara yang efektif adalah deteksi dini risiko tinggi kehamilan dengan cara pemeriksaan yang teratur ke petugas kesehatan dan mendapat pelayanan yang adekuat (Depkes, 1997).

Penanganan kasus obstetri baru mencapai 10% dari perkiraan seluruh kasus komplikasi obstetri sehingga masih banyak kematian ibu yang tidak tertangani oleh petugas kesehatan, khususnya bila pertolongan persalinan oleh dukun bayi atau anggota keluarga. Peningkatan kualitas pelayanan dan mendekatkan pelayanan kesehatan terutama pelayanan kebidanan kepada masyarakat, serta meningkatkan penggunaan sarana pelayanan oleh masyarakat merupakan program yang dilakukan dalam rangka meningkatkan pemanfaatan tenaga pelayanan kesehatan sebagai tenaga penolong persalinan (Depkes, 2003).

Kejadian komplikasi persalinan menurut data SDKI 2007 adalah sebesar 47%, sedangkan pada SDKI 2002-2003 sebesar 36%. Jenis kejadian komplikasi persalinan adalah persalinan lama 37%, perdarahan 9%, demam 7%, kejang 2%, komplikasi lainnya 4%. Dan menurut SDKI 2002-2003 jenis kejadian komplikasi persalinan adalah persalinan lama 30%, perdarahan 7%, demam 4%, kejang 1%, komplikasi lainnya 3% (BPS, 2008 dan 2003). Dari data diatas terlihat bahwa kejadian komplikasi persalinan pada SDKI 2007 meningkat dibandingkan SDKI 2002-2003. Kejadian komplikasi persalinan sendiri merupakan determinan proksi dari kesakitan dan kematian maternal.

1.2 Rumusan Masalah

Masalah kematian maternal merupakan masalah yang kompleks karena menyangkut banyak hal. Penyebab langsung dari kesakitan dan kematian maternal tersebut adalah komplikasi obstetri, terutama komplikasi pada saat persalinan. Hasil publikasi SDKI 2007 menunjukkan kejadian komplikasi persalinan masih cukup tinggi dan meningkat dibandingkan hasil publikasi SDKI 2002-2003. Hal ini mendorong peneliti menganalisis hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007 untuk melihat determinan kejadian komplikasi persalinan dan berapa besar hubungan determinan tersebut dengan kejadian komplikasi persalinan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Dari rumusan masalah yang ada maka yang menjadi pertanyaan dalam penelitian ini adalah: 1) Determinan apakah yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan, 2) Berapa besar hubungan tersebut, dan 3) Determinan apa yang paling dominan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuainya determinan kejadian komplikasi persalinan di Indonesia.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Diketuainya proporsi kejadian komplikasi persalinan di Indonesia.
- 2) Diketuainya hubungan karakteristik ibu (pendidikan, status ekonomi) dengan kejadian komplikasi persalinan.
- 3) Diketuainya hubungan status reproduksi ibu (umur saat persalinan, paritas, jarak kelahiran, komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan dahulu) dengan kejadian komplikasi persalinan.
- 4) Diketuainya hubungan akses pelayanan kesehatan (wilayah tempat tinggal, pelayanan antenatal yang didapat, informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan, dan masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan) dengan kejadian komplikasi persalinan.

- 5) Diketuainya hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan (kunjungan pemeriksaan antenatal yang dilakukan, persiapan persalinan, pemilihan penolong persalinan, dan tempat persalinan) dengan kejadian komplikasi persalinan.
- 6) Diketuainya determinan yang paling dominan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan.

1.5 Manfaat Penelitian

- 1) Studi ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan dalam upaya deteksi dini dan koreksi dari faktor risiko terhadap kejadian komplikasi persalinan di Indonesia.
- 2) Memberikan tambahan informasi bagi pengelola program KIA dalam rangka perencanaan program untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu maternal dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu di Indonesia.
- 3) Sebagai masukan dan perbandingan bagi penelitian selanjutnya dalam hal yang berkaitan dengan kejadian komplikasi persalinan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007 yang mencakup 33 propinsi di Indonesia, dilaksanakan pada tanggal 25 Juni sampai 31 Desember 2007. Penelitian dibatasi pada variabel yang diduga berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan dan terbatas pada variabel yang tersedia dalam data SDKI 2007.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Fisiologi Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian pada ibu hamil yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta atau selaput janin dari tubuh ibu. Jenis persalinan dikategorikan menjadi persalinan normal, persalinan dengan induksi, dan persalinan dengan tindakan (Depkes, 1997).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan tanpa memakai alat atau pertolongan istimewa dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Wiknjosastro, 2002).

Bentuk persalinan dapat dikategorikan sebagai berikut: 1) persalinan spontan, bila persalinan berlangsung dengan tenaga sendiri, 2) persalinan buatan, bila persalinan dengan rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk bersalin, 3) persalinan anjuran. Yang paling ideal tentu persalinan spontan karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinan yang ringan. Persalinan umumnya pada primigravida (kehamilan pertama) berlangsung dalam waktu 18-20 jam, dan pada multigravida (kehamilan kedua dan selanjutnya) selama 12-14 jam. Persalinan harus sudah dapat diselesaikan dalam waktu kurang dari 24 jam (Manuaba, 1998).

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap penting dan kemungkinan penyulit dapat terjadi pada setiap tahap tersebut. Tahapan tersebut disebut juga sebagai Kala, yaitu:

a. Kala I

Dimulai dari saat tanda-tanda persalinan timbul yaitu mulai timbul his dan keluar lendir yang bersemu darah, sampai terjadi pembukaan lengkap. Proses ini dibagi dalam 2 fase, yaitu: Fase Laten (\pm 8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm,

dan Fase Aktif (primigravida ± 13 jam dan multigravida ± 7 jam) dimana serviks membuka dari 3 sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif. Selaput janin pecah sebagai akhir dari Kala I (Wiknjosastro, 2002). Kontraksi pada Kala I hilang timbul dan dirasakan nyeri. Dengan semakin lanjutnya persalinan, his menjadi lebih teratur dan lebih kuat. Umumnya mula-mula dirasakan nyeri di belakang pinggang dan menjalar ke depan perut dan paha atas (Oxorn dan Forte, 1996). Observasi pada Kala I sangat penting dilakukan untuk mengetahui kekuatan his (kontraksi) rahim, pembukaan, dan denyut jantung janin. Penyulit yang mungkin timbul adalah ancaman robekan rahim, selaput janin pecah pada saat pembukaan masih kecil, gangguan pembukaan pintu jalan lahir, prolaps bagian kecil tubuh janin, dan gawat janin (Manuaba, 1998).

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung $\pm 1,5$ jam pada primigravida dan $\pm 0,5$ jam pada multigravida (Wiknjosastro, 2002). Pada akhir Kala I sebelum ibu memasuki Kala II, kontraksi uterus menjadi lebih sering dan diikuti dengan rasa nyeri yang paling hebat selama persalinan (Oxorn dan Forte, 1996). Pengawasan pada Kala II diperlukan observasi yang ketat dan terutama kerjasama antara ibu bersalin dengan penolongnya. Penyulit yang mungkin timbul adalah keadaan gawat ibu dan janin, gangguan kekuatan untuk mendorong janin, kelainan letak dan posisi janin serta disproporsi kepala panggul menyebabkan janin tidak dapat melewati pintu bawah panggul, dan ancaman robekan rahim (Manuaba, 1998).

c. Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung 6 samai 15 menit. Plasenta keluar spontan atau dengan sedikit tekanan pada fundus uteri yang disertai pengeluaran darah (Wiknjosastro, 2002). Setelah bayi lahir otot rahim memerlukan istirahat 10-15 menit dan his timbul untuk melahirkan plasenta. Plasenta yang telah lepas diperiksa kelengkapannya, sehingga tidak terdapat sisa plasenta yang menyebabkan perdarahan atau infeksi setelah persalinan. Bila diduga terdapat sisa plasenta dilakukan eksplorasi atau dilakukan

kuretase. Penyulit yang mungkin timbul adalah gangguan pelepasan plasenta (*retensio plasenta*) dan ancaman perdarahan (Manuaba, 1998). Kala III dan jam-jam berikutnya lebih berbahaya untuk ibu daripada waktu-waktu lainnya. Pengelolaan yang salah pada Kala III ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan banyak. Kesalahan yang sering dibuat adalah mencoba mempercepat lahirnya plasenta padahal plasenta belum lepas. Meremas atau memijit-mijit uterus dengan kasar pada saat ia belum siap untuk kontraksi dapat menyebabkan pelepasan sebagian dari plasenta dan mengakibatkan perdarahan postpartum (Oxorn dan Forte, 1996).

d. Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Setelah plasenta lahir otot rahim terus berkontraksi untuk dapat menutup pembuluh darah dari bekas implantasi plasenta. Penyulit yang mungkin timbul adalah bahaya perdarahan yang mengancam pada 2 jam pertama akibat masih adanya sisa plasenta dan kontraksi otot rahim yang lemah (Manuaba, 1998). Selama Kala IV ibu harus dipantau setiap 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kondisi ibu tidak stabil maka ibu harus dipantau lebih sering (Wiknjosastro, 2002).

2.2 Risiko Tinggi Kehamilan dan Persalinan

Risiko tinggi kehamilan dan persalinan merupakan keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risiko tinggi pada kehamilan dan persalinan meliputi hal-hal sebagai berikut (Depkes, 2003):

- 1) Hb kurang dari 8 g/dl
- 2) Tekanan darah tinggi (sistole > 140 mmHg, diastole > 90 mmHg)
- 3) Edema/bengkak yang nyata
- 4) Eklampsia
- 5) Ketuban pecah dini
- 6) Perdarahan pervaginam
- 7) Letak lintang pada kehamilan > 32 minggu

- 8) Letak sungsang pada primigravida
- 9) Infeksi berat/sepsis
- 10) Persalinan prematur
- 11) Kehamilan ganda
- 12) Janin besar
- 13) Penyakit kronis pada ibu, misalnya penyakit jantung, paru, ginjal, dll
- 14) Riwayat obstetri buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan

Juga terdapat keadaan kehamilan yang berisiko, yang tidak secara langsung menyebabkan kematian ibu antara lain (Depkes, 2003):

- 1) Primigravida kurang dari 20 tahun atau 35 tahun keatas
- 2) Anak lebih dari 4
- 3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun
- 4) Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkaran atas kurang dari 23,5 cm
- 5) Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat congenital
- 6) Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul

Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, maka semakin tinggi risiko kehamilan dan persalinannya.

2.3 Komplikasi Pada Persalinan

Komplikasi persalinan adalah keadaan yang mengancam jiwa ibu ataupun janin karena gangguan sebagai akibat langsung dari kehamilan atau persalinan misalnya perdarahan, infeksi, preeklamsi/eklamsi, partus lama/macet, abortus, ruptura uteri yang membutuhkan manajemen obstetri tanpa ada perencanaan sebelumnya (Depkes, 1997).

Jenis-jenis komplikasi persalinan adalah:

1) Perdarahan

Perdarahan merupakan penyebab kematian ibu yang paling sering, terutama perdarahan setelah melahirkan. Tanda-tandanya adalah keluarnya darah dari jalan lahir dalam jumlah banyak (lebih dari 500 ml, sering dipakai perkiraan ukuran 2 gelas atau basahnya 4 lembar kain) dalam 1-2 jam pertama setelah kelahiran bayi.

Komplikasi ini paling cepat menimbulkan kematian yaitu dalam 2 jam setelah mengalami perdarahan bila pertolongan tepat tidak segera diberikan. Disamping perdarahan setelah melahirkan, dikenal pula perdarahan sebelum persalinan yang mungkin terjadi kapan saja pada triwulan ketiga kehamilan. Keadaan inipun berbahaya dan ibu memerlukan pertolongan segera di rumah sakit. Kemungkinan terjadinya perdarahan tidak dapat diduga sebelumnya. Perdarahan melalui jalan lahir pada kehamilan, persalinan dan nifas sering merupakan tanda bahaya yang dapat berakibat kematian ibu atau janin (Depkes, 2001b).

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. Sebab terpenting perdarahan postpartum adalah atonia uteri, ini dapat terjadi akibat keadaan partus lama, pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil seperti pada hamil kembar, hidramnion atau janin besar, dan multiparitas. Atonia juga dapat timbul karena salah penanganan kala III persalinan. Akibat dari perdarahan menimbulkan anemia pada ibu. Anemia memberi pengaruh kurang baik dalam masa kehamilan, persalinan maupun masa nifas. Bahaya anemia saat persalinan antara lain dapat menimbulkan gangguan his (kontraksi uterus), kala I dan kala II berlangsung lama sehingga melelahkan ibu, kala III dan kala IV dapat disertai retensio plasenta dan perdarahan postpartum. Wanita dengan paritas empat atau lebih mempunyai risiko untuk mengalami perdarahan postpartum. Mungkin karena otot uterus terlalu tegang dan kurang dapat berkontraksi dengan normal (Prawirohardjo, 2001).

Penyebab perdarahan postpartum adalah trauma jalan lahir, retensio plasenta, atonia uteri, dan gangguan pembekuan darah. Sedangkan perdarahan postpartum lanjut biasanya disebabkan trauma jalan lahir dan sisa plasenta (Manuaba, 1999).

Bahaya perdarahan postpartum ini adalah anemia yang diakibatkan perdarahan tersebut akan memperlemah keadaan pasien, menurunkan daya tahannya dan menjadi faktor predisposisi terjadinya infeksi nifas. Selain itu jika kehilangan darah tersebut tidak dapat dihentikan, akibat akhir tentu saja kematian (Oxorn dan Forte, 1996).

2) Infeksi

Infeksi melalui jalan lahir dapat terjadi pada saat ibu bersalin yang pertolongan persalinannya tidak bersih, atau pada perempuan yang menggugurkan kandungannya dengan cara berbahaya. Tanda-tandanya adalah panas tinggi lebih dari 2 hari setelah melahirkan atau setelah mengalami keguguran. Keadaan ini berbahaya dan ibu perlu mendapat perawatan intensif (Manuaba, 2002).

Infeksi persalinan dapat terjadi pada pertolongan persalinan yang tidak mengindahkan syarat aseptis-antiseptis, pada partus lama, ketuban pecah dini, dan sebagainya (Wiknjosastro, 2002). Kuman penyebab infeksi dapat masuk ke dalam saluran genital dengan berbagai cara, misalnya penolong persalinan yang tangannya tidak bersih atau menggunakan instrumen yang kotor. Infeksi juga bisa berasal dari udara, atau oleh ibu sendiri yang dapat memindahkan organisme penyebab infeksi dari berbagai tempat khususnya anus. Abortus yang dilakukan secara tidak higienis juga cenderung menimbulkan infeksi. Deteksi dini terhadap infeksi selama kehamilan, persalinan yang bersih, dan perawatan semasa nifas yang benar dapat menanggulangi masalah ini (Oxorn dan Forte, 1996).

3) Eklampsia

Eklampsia timbul pada wanita hamil atau dalam keadaan persalinan dan nifas dengan tanda-tanda preeklamsi. Eklampsia merupakan kelanjutan preeklamsi berat ditambah dengan kejang dan koma yang berlangsung mendadak. Dalam keadaan eklampsia sudah agak sulit mendapatkan perawatan dan pengobatan sehingga sering menyebabkan kematian ibu serta janin. Dalam perawatan dan pengobatannya ibu diisolasi ketat, dihindari kejang-kejang yang dapat menimbulkan penyulit yang lebih berat. Dilakukan induksi persalinan atau

persalinan dilakukan dengan tindakan seksio sesarea. Setelah persalinan masih diperlukan perawatan intensif untuk mencegah terjadinya kejang. Angka kematian ibu maupun janin pada eklampsia sulit diturunkan sehingga untuk menurunkan angka kematian tersebut diharapkan dapat menetapkan penyakit pada keadaan preeklampsia ringan yang penyembuhannya lebih mudah dan berhasil baik (Manuaba, 1998).

4) Persalinan Macet / Partus Lama

Persalinan lebih dari 24 jam disebut partus lama, yang selalu memberikan risiko/ penyulit baik bagi ibunya maupun janin yang dikandungnya. Kontraksi rahim selama 24 jam tersebut dapat mengganggu aliran darah menuju janin sehingga janin dalam rahim menjadi dalam situasi berbahaya. Ada beberapa hal yang menyebabkan kepala bayi cukup lama tertahan di dasar panggul, antara lain terjadinya lilitan tali pusat, terdapat kesempitan panggul sehingga kepala bayi tidak dapat melewati pintu bawah panggul (Manuaba, 1998).

Persalinan terlantar adalah persalinan yang sedang berlangsung disertai penyulit pada ibunya atau janin dalam rahimnya. Partus terlantar (*neglected labour*) dapat didahului oleh persalinan yang telah berlangsung lebih dari 24 jam. Sebab terjadinya persalinan terlantar adalah kekeliruan dalam memberikan pertolongan persalinan, dapat oleh tenaga medis (bidan atau lainnya) atau dukun beranak. Tidak diketahuinya keseimbangan antara kekuatan (*power*), jalan lahir (*passage*), dan janin-plasenta (*passenger*) sehingga terjadi kemacetan dalam persalinan. Keadaan terakhir dari partus terlantar (*neglected labour*) adalah robekan rahim (*ruptura uteri*) dengan semua tanda partus terlantar dijumpai dan bagian bawah rahim sangat tipis dan mudah pecah. Partus terlantar merupakan tingkat terakhir untuk dapat memberikan pertolongan ibu dan janinnya dalam keadaan selamat artinya hidup tanpa disertai keadaan yang lebih gawat (Manuaba, 1998).

Cara utama untuk mengatasi kemacetan yang sekaligus menyelamatkan ibu maupun bayi yang dikandungnya adalah dengan melakukan operasi seksio sesaria. Jika keadaan tersebut tidak ditangani pada stadium dini, kemacetan dapat

berlangsung sehari-hari dan dapat menimbulkan kematian ibu akibat infeksi dan kehabisan tenaga, serta kematian janin akibat infeksi, trauma lahir dan kekurangan oksigen atau asfiksia (Royston dan Armstrong, 1994).

5) Ruptura Uteri

Robekan rahim (*ruptura uteri*) adalah pecahnya dinding rahim sehingga sebagian besar janin terdorong ke dalam ruangan abdomen bersama dengan plasentanya. Dalam keadaan demikian janin pasti telah meninggal namun masih berada di ruang abdomen. Ruptura uteri yang mendadak masih dapat menyelamatkan bayi hanya dalam waktu 10 menit. Bila pecahnya rahim tidak merobek pembuluh darah besar ibunya dan langsung ditangani di rumah sakit, sebagian besar masih dapat menolong jiwa ibu. Gejala ruptura uteri adalah ibu tampak sakit, anemia/pucat, nafas sesak dan dehidrasi, tekanan darah rendah, nadi meningkat, dan suhu tinggi karena infeksi dan hilangnya darah yang masuk ke dalam rongga abdomen. Pada pemeriksaan dijumpai tampak sakit, tekanan darah rendah, nadi dan suhu tubuh meningkat. Pada pemeriksaan abdomen akan dijumpai janin sudah berada dalam ruangan abdomen dan janin telah meninggal, terdapat darah dalam ruangan abdomen. Pada pemeriksaan dalam rahim telah mengadakan pengerutan karena janin berada di luar rahim (Manuaba, 1998).

Penanganan ruptura uteri sangat sulit dan sebaiknya ditangani di rumah sakit yang mempunyai fasilitas cukup. Penanganannya meliputi memperbaiki keadaan umum ibu dengan memasang infus untuk mengganti cairan yang hilang, transfusi, dan antibiotika untuk mengurangi infeksi. Setelah keadaan umum baik sebagian besar rahimnya akan diangkat untuk menyelamatkan jiwa karena akan menjadi sumber infeksi. Kini ruptura uteri sudah sangat jarang terjadi karena pengertian masyarakat makin tinggi untuk memeriksakan diri dengan pengawasan hamil. Oleh karena itu dianjurkan untuk melakukan pengawasan hamil oleh tenaga medis, karena persalinan dengan dukun beranak yang tidak mengetahui mekanisme persalinan cenderung mempergunakan kekuatan tenaga dan sering terjadi ruptura uteri (Manuaba, 1998).

Untuk mencegah timbulnya ruptur uteri pimpinan persalinan harus dilakukan dengan cermat, khususnya pada persalinan dengan kemungkinan distosia, dan pada persalinan wanita yang pernah mengalami seksio sesarea atau pembedahan lain pada uterus (Prawirohardjo, 2001).

2.4 Komplikasi Persalinan Dalam SDKI 2007

Komplikasi persalinan dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007 ditunjukkan dengan beberapa indikator yang ditanyakan kepada responden, yaitu apakah pada saat melahirkan responden mengalami salah satu atau bersama-sama gejala: (1) mulas yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam, (2) perdarahan lebih banyak dibandingkan dengan biasanya atau lebih dari 3 kain, (3) suhu badan tinggi dan atau keluar lendir berbau dari jalan lahir, (4) kejang-kejang dan pingsan, (5) keluar air ketuban lebih dari 6 jam sebelum anak lahir, (6) kesulitan/komplikasi lainnya. Jawaban diperoleh dengan mencatat riwayat kelahiran dan persalinan anak terakhir dari semua anak yang lahir hidup dalam 5 tahun sebelum survei dan dalam satu persalinan mungkin mengalami lebih dari satu keluhan atau gejala komplikasi.

2.5 Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Terjadinya Komplikasi Persalinan

Faktor risiko adalah keadaan ibu, baik berupa faktor biologis maupun nonbiologis, yang biasanya sudah dimiliki ibu sejak sebelum hamil dan dalam kehamilan mungkin memudahkan timbulnya gangguan lain (Depkes, 1997). Beberapa situasi dan kondisi serta keadaan umum seorang ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan dan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Keadaan dan kondisi tersebut digolongkan sebagai faktor medis dan non medis sebagai berikut (Mochtar, 1998):

- a. Faktor medis, antara lain: penyakit-penyakit ibu dan janin, kelainan obstetri, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi persalinan, penyakit neonatus dan kelainan genetik.
- b. Faktor non-medis, antara lain: status gizi buruk, sosial ekonomi yang rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasilitas dan sarana kesehatan yang tersedia.

Meskipun dalam suatu lingkungan sosial tertentu, semua wanita hamil tidak mengalami risiko yang sama. Beberapa wanita lebih berisiko dibandingkan dengan wanita yang lain. Di seluruh dunia berbagai faktor perilaku dan biologis dapat memperbesar risiko seorang wanita untuk mengalami komplikasi persalinan yang mengancam kehidupan. Pada negara yang lebih maju sebagian besar komplikasi persalinan ditangani secara memuaskan, tetapi risiko tambahan yang berkaitan dengan faktor-faktor itu tetap ada. Besarnya risiko tambahan tersebut bervariasi diantara kelompok populasi (Royston dan Armstrong, 1994).

2.5.1 Pendidikan Ibu

Kematian ibu dipengaruhi secara dramatis oleh pendidikan. Penelitian di berbagai negara berkembang membuktikan bahwa jumlah anak yang dilahirkan umumnya akan menurun bersamaan dengan semakin tingginya tingkat pendidikan ibu (Royston dan Armstrong, 1994).

Tingkat pendidikan ibu sangat berperan dalam rangka menurunkan angka kematian bayi dan demikian pula terhadap angka kematian ibu. Misalnya cakupan pemeriksaan kehamilan pada para ibu dengan tingkat pendidikan tamat pendidikan dasar cenderung lebih tinggi daripada para ibu yang buta huruf atau tidak tamat pendidikan dasar. Tingkat pendidikan yang tinggi akan menjadikan suatu kehamilan lebih aman karena wanita dengan pendidikan lebih tinggi cenderung untuk menikah pada usia lebih tua, menunda kehamilan, mau mengikuti program KB dan mencari pelayanan antenatal bila hamil. Disamping itu mereka juga tidak akan mencari pengobatan tradisional bila hamil dan juga dapat memilih makanan yang bergizi. Dari beberapa penelitian yang dilakukan di berbagai negara menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara penggunaan pelayanan antenatal dan tingkat pendidikan ibu. Pendidikan berpengaruh secara tidak langsung melalui peningkatan status sosial dan kedudukan seorang wanita, peningkatan pilihan mereka terhadap kehidupan dan peningkatan kemampuan untuk membuat keputusan sendiri serta menyatakan pendapat (Depkes, 2001a).

World Fertility Survey menemukan bahwa pada 10 dari 14 negara berkembang, para wanita yang mengenyam pendidikan 7 tahun atau lebih umumnya cenderung menikah 3,5 tahun lebih lambat jika dibandingkan mereka yang tidak pernah mengenyam pendidikan. Juga ditemukan bahwa faktor yang mempunyai pengaruh paling penting dalam perilaku mencari pelayanan kesehatan prenatal adalah pendidikan. Lebih dari 90% wanita yang berpendidikan paling sedikit sekolah dasar telah mencari pelayanan kesehatan prenatal. Wanita buta huruf yang kurang memahami fisiologi reproduksi berikut cara pengendaliannya akan menerima kehamilan sebagai takdir. Keadaan itu berpengaruh terhadap kematian ibu karena akan rentan terhadap penjelasan yang tidak rasional dan gangguan komplikasi kehamilan dan persalinan yang membahayakan (Royston dan Armstrong, 1994).

2.5.2 Pekerjaan Ibu

Ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan. Informasi kesehatan ini termasuk informasi tentang pelayanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan. Ibu yang bekerja di sektor formal lebih tinggi proporsinya dalam memanfaatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar dibandingkan ibu yang tidak bekerja di sektor formal (Depkes, 1998).

2.5.3 Status Ekonomi

Status ekonomi atau pendapatan mempunyai kontribusi yang besar dalam pemanfaatan penolong persalinan. Bagi ibu dengan status ekonomi yang baik, akan lebih leluasa untuk memilih penolong persalinan yang diinginkan. Sebaliknya ibu dengan penghasilan rendah, akan kesulitan dalam memilih penolong persalinan yang diinginkan karena pertimbangan biaya. Secara umum, pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang tidak merata sangat erat hubungannya dengan kemiskinan, pendidikan wanita, faktor geografis dan pembangunan sosial. Kaum ibu yang miskin dan tidak berpendidikan mengalami kesulitan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan karena keterbatasan biaya dan ketidaktahuan (Depkes, 2001a).

Menurut Wiknjosastro (2002) bahwa kemiskinan, ketidaktahuan, kebodohan dan rendahnya status wanita merupakan beberapa faktor sosiobudaya yang berperan pada tingginya angka kematian maternal. Transportasi yang sulit dan ketidakmampuan membayar pelayanan yang baik juga merupakan faktor yang ikut berperan. Angka kematian maternal yang tinggi di suatu negara sesungguhnya mencerminkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan, terutama sistem rujukannya, tingkat kesejahteraan rakyat dalam arti luas, faktor demografis, geografis dan sebagainya.

2.5.4 Umur Ibu

Kehamilan bagi wanita dengan umur muda maupun umur tua merupakan suatu keadaan yang menimbulkan risiko. Usia 20-30 tahun adalah periode yang aman untuk melahirkan dengan risiko kesakitan dan kematian ibu yang paling rendah. Usia yang terlalu muda meningkatkan secara bermakna risiko persalinan di seluruh dunia. Survei yang dilakukan di Matlab, Bangladesh memperlihatkan bahwa wanita yang berumur 10-14 tahun mempunyai angka kematian ibu lima kali lebih besar dibandingkan wanita yang berumur 20-24 tahun, dan wanita yang dibandingkan wanita yang berumur 20-24 tahun. Sebaliknya risiko persalinan kembali meningkat setelah umur 30 atau 35 tahun. Di Matlab, Bangladesh wanita yang berumur lebih dari 40 tahun mempunyai risiko dua kali lebih besar dari wanita berumur 20-24 tahun. Sementara di Zaria risiko pada wanita berumur lebih dari 30 tahun mencapai dua setengah kali wanita berumur 20-24 tahun (Royston dan Armstrong, 1994).

Pada umur kurang dari 20 tahun, rahim dan panggul seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya ibu hamil pada usia itu mungkin mengalami persalinan lama atau macet, atau gangguan lainnya. Pada umur 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun akibatnya ibu hamil pada usia itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama dan perdarahan. Disamping itu pada wanita usia >35 tahun sering terjadi kekakuan pada bibir rahim sehingga menimbulkan perdarahan hebat yang bila tidak segera diatasi dapat menyebabkan kematian ibu (Depkes, 2001b).

2.5.5 Paritas

Berapapun umur ibu persalinan yang kedua dan yang ketiga merupakan persalinan yang paling aman. Risiko akan semakin meningkat pada kehamilan selanjutnya. Berbeda dengan persalinan pertama yang berisiko, hanya dapat diatasi dengan asuhan antenatal yang lebih baik. Kebanyakan persalinan paritas tinggi tidak direncanakan bahkan mungkin tidak diinginkan (Royston dan Armstrong, 1994).

Ibu hamil dengan paritas tinggi akan mempunyai risiko yang lebih besar terhadap kejadian komplikasi persalinan terutama perdarahan postpartum. Wanita yang mempunyai anak sama dengan atau lebih dari 6 mempunyai risiko yang lebih besar untuk terjadinya perdarahan postpartum karena atonia uteri. Pada ibu yang sering melahirkan, otot uterusnya sering diregangkan sehingga mengakibatkan menipisnya dinding uterus yang akhirnya menyebabkan kontraksi uterus menjadi lemah. Pecahnya uterus merupakan komplikasi persalinan yang sering terjadi pada ibu yang sebelumnya telah melahirkan beberapa orang anak. Jika uterus pecah akan terjadi nyeri hebat dan nyeri tekan di atasnya, diikuti perdarahan berat dari pembuluh darah uterus yang robek. Kematian timbul dalam 24 jam sebagai akibat perdarahan dan syok, atau akibat infeksi yang timbul kemudian (Royston dan Armstrong, 1994).

2.5.6 Jarak Kelahiran

Selama kehamilan sumber biologis dalam tubuh ibu secara sistematis terpakai dan untuk kehamilan berikutnya dibutuhkan waktu 2-4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Apabila terjadi kehamilan sebelum 2 tahun, kesehatan ibu akan mundur secara progresif. Jarak yang aman bagi wanita untuk melahirkan kembali paling sedikit 2 tahun. Hal ini agar wanita dapat pulih setelah masa kehamilan dan laktasi. Ibu yang hamil lagi sebelum 2 tahun sejak kelahiran anak terakhir seringkali mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan. Wanita dengan jarak kelahiran <2 tahun mempunyai risiko dua kali lebih besar mengalami kematian dibandingkan jarak kelahiran yang lebih lama (Royston dan Armstrong, 1994).

Persalinan yang berturut-turut dalam jangka waktu yang singkat (<2 tahun) akan menyebabkan uterus menjadi fibrotik/kaku sehingga kontraksi uterus menjadi kurang baik saat persalinan. Jarak kehamilan < 2 tahun terutama pada ibu dengan paritas tinggi dapat menimbulkan kelainan letak plasenta atau plasenta previa yang dapat menimbulkan komplikasi persalinan berupa perdarahan hebat (Depkes, 1998).

2.5.7 Komplikasi Kehamilan

Menurut Wiknjastro (2002) komplikasi kehamilan adalah penyulit atau penyakit yang timbul menyertai proses kehamilan dan diperberat oleh proses kehamilan.

Komplikasi kehamilan yang terjadi pada trimester ketiga kehamilan adalah (Manuaba, 1999):

1) Persalinan Prematuritas

Persalinan prematuritas adalah persalinan yang terjadi diantara umur kehamilan 29-36 minggu dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram. Persalinan prematuritas merupakan masalah besar karena pada umumnya alat-alat vital bayi (otak, jantung, paru, ginjal) belum sempurna, sehingga mengalami kesulitan dalam adaptasi untuk tumbuh dan berkembang dengan baik. Perawatan bayi prematur memerlukan tindakan intensif karena bayi mudah terkena infeksi dan perkembangan dan pertumbuhannya sering terlambat. Sebab persalinan prematuritas adalah hamil dengan perdarahan, kehamilan ganda/kembar, kehamilan disertai komplikasi preklampsia/eklampsia, kehamilan dengan komplikasi penyakit ibu (hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal, penyakit hati, dan sebagainya), keadaan gizi yang rendah (hamil disertai anemia), lapisan dinding rahim yang kurang subur karena jarak kehamilan yang terlalu dekat. Untuk mengatasi kehamilan prematuritas diantaranya ibu harus mempersiapkan diri untuk hamil, mengatur jarak kehamilan, dan segera memeriksakan diri untuk menunda terjadinya persalinan prematuritas dan kehamilan dipertahankan sampai berat janin diperkirakan diatas 2500 gram.

2) Kehamilan Ganda/Kembar

Pada kehamilan kembar ada beberapa hal yang dapat merugikan ibu dan bayinya, karena dapat terjadi penyulit pada kehamilannya dan proses persalinannya. Pemeriksaan kehamilan dilakukan lebih sering sehingga bila terjadi penyulit dapat ditegakkan secara dini. Ibu dengan kehamilan ganda memerlukan asupan gizi yang lebih banyak sehingga tumbuh kembang janin optimal. Pada saat kehamilan muda sering terjadi keluhan yang lebih hebat, cepat lelah, dan sering terjadi penyulit dalam kehamilan seperti preeklampsia/eklampsia. Pada saat persalinan dijumpai waktu persalinan memanjang, persalinan memerlukan tindakan karena posisi janin saling mengunci, setelah lahir dapat terjadi perdarahan dan retensio plasenta. Setelah persalinan anak pertama dapat terjadi pelepasan plasenta sebelum waktunya sehingga membahayakan janin kedua. Pengaruh pada janin dapat terjadi persalinan prematuritas dan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Bila dokter atau bidan telah menetapkan kehamilan ganda dianjurkan untuk melahirkan di tempat yang mempunyai fasilitas kesehatan lengkap.

3) Kehamilan dengan Perdarahan

Perdarahan dalam kehamilan dapat membahayakan ibu maupun janin dalam kandungan. Perdarahan pada trimester ketiga kehamilan dapat disebabkan perdarahan plasenta previa (plasenta menutupi jalan lahir), solutio plasenta (terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta dari dinding rahim), pecahnya sinus marginalis, pecahnya vasa previa. Perdarahan dapat menimbulkan gangguan peredaran darah janin dan sirkulasi ibu sehingga terjadi anemia dan dapat jatuh dalam keadaan syok.

4) Kehamilan dengan Ketuban Pecah Dini

Pengeluaran air ketuban sebagian besar terjadi menjelang persalinan dengan pembukaan mendekati lengkap. Selama terjadi his (kekuatan kontraksi rahim) selaput janin menjadi pelindung bagian terendah janin, sedangkan air ketuban yang keluar setelah selaput pecah menjadi sarana penting persalinan yaitu untuk melicinkan jalan lahir, bersifat antiseptik sehingga jalan lahir steril. Pecahnya selaput janin dan terjadi pengeluaran air ketuban sebelum persalinan dimulai

dapat memberikan kesempatan terjadinya infeksi langsung pada janin. Disamping itu gerakan janin makin terbatas sehingga pada kehamilan kecil dapat terjadi deformitas. Sebab terjadinya selaput janin pecah diantaranya karena trauma langsung pada perut ibu, kelainan letak janin dalam rahim, atau pada kehamilan *grandemultigravida* (hamil lebih dari lima kali) (Manuaba, 1998).

Pada keadaan normal ketuban akan pecah menjelang persalinan setelah ada tanda awal persalinan seperti mulas dan keluarnya lendir bercampur sedikit darah. Cairan ketuban normal berwarna jernih kekuningan. Bila ketuban telah pecah dan cairan ketuban keluar sebelum ibu mengalami tanda-tanda persalinan, hal ini berbahaya bagi ibu maupun janin dan ibu perlu segera mendapatkan pertolongan (Depkes, 2001b).

5) Kehamilan dengan Kematian Janin dalam Rahim

Setelah umur kehamilan 16 minggu dapat dirasakan gerakan janin dalam rahim. Bila ibu merasakan gerakan janin berkurang atau menghilang dapat menjadi pertanda bahwa janin mengalami kematian dalam rahim. Janin yang mati dapat mengancam keselamatan ibu karena dapat menimbulkan gangguan pembekuan darah dan infeksi dalam rahim. Menetapkan kematian janin dalam rahim adalah dengan pemeriksaan detak jantung janin menggunakan stetoskop Laeneck atau alat Dopler. Dengan pemeriksaan USG dapat dilihat gerakan jantung janin, keadaan tulang kepala dan tulang belakang. Penyebab kematian janin dalam rahim dapat terjadi karena lilitan tali pusat yang mematikan atau terbentuk simpul pada tali pusat, kehamilan dengan perdarahan, kehamilan pada ibu dengan diabetes mellitus, gangguan nutrisi menjelang kehamilan cukup bulan, dan kehamilan lewat waktu lebih dari 14 hari.

6) Kehamilan Lewat Waktu Persalinan

Dengan makin lamanya usia kehamilan dapat terjadi penurunan kemampuan plasenta dalam memberi nutrisi dan oksigen pada janin. Janin yang kekurangan nutrisi dan oksigen akan mengalami pengrusakan diri sendiri. Bila gangguan terlalu lama dan berat, janin dapat meninggal dalam rahim. Air ketuban akan

makin kental sehingga dapat menimbulkan gangguan pernafasan pada saat lahir. Untuk menyelesaikan kehamilan lewat waktu diperlukan pemeriksaan seksama, pada pertolongan persalinan tidak boleh terjadi gangguan yang membahayakan janin dalam rahim. Pemeriksaan yang penting adalah pemeriksaan USG untuk mengetahui gerak jantung janin, jumlah air ketuban dan kekentalannya, dan penebaran yang terjadi pada plasenta.

7) Kehamilan dengan Preeklampsia atau Eklampsia

Preeklampsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan tetapi dapat juga terjadi sebelumnya. Penyebab preeklampsia ini belum diketahui (Wiknjosastro, 2002).

Preeklampsia sering terjadi selama kehamilan anak yang pertama dan jarang pada kehamilan berikutnya, kecuali pada kelebihan berat badan, kencing manis, hipertensi esensial, atau kehamilan kembar. Pengobatan bertujuan untuk menghilangkan gejala dan mengakhiri kehamilan sesegera mungkin pada saat bayi dianggap mampu untuk hidup di luar rahim (Royston dan Armstrong, 1994).

Preeklampsia ini dibagi dalam preeklampsia ringan dan berat. Preeklampsia ringan masih dapat berobat jalan dengan diet rendah garam dan kontrol setiap minggu. Disamping itu diberikan nasihat bila keluhan makin meningkat disertai gangguan subjektif maka disarankan untuk segera kembali memeriksakan diri. Preeklampsia berat merupakan kelanjutan preeklampsia ringan. Penyakit digolongkan berat bila terdapat satu atau lebih tanda/gejala berikut: (1) tekanan sistolik 160 mmHg atau lebih, atau tekanan diastolik 110 mmHg atau lebih; (2) proteinuria 5 g atau lebih dalam 24 jam, pada pemeriksaan kualitatif +3 atau +4; (3) oligouria, air kencing 400 ml atau kurang dalam 24 jam; (4) keluhan serebral, gangguan penglihatan atau nyeri di daerah epigastrium; dan (5) edema paru atau sianosis. Apabila gejala klinik ini dijumpai disarankan untuk masuk rumah sakit agar mendapatkan perawatan dan pengobatan adekuat. Tujuan pengobatan untuk menghindari agar jangan sampai terjadi eklampsia. Bila dianjurkan untuk masuk rumah sakit berarti

keadaan preeklampsinya sudah memerlukan perawatan dan pengobatan intensif (Manuaba, 1999).

8) Anemia Dalam Kehamilan

Anemia dalam kehamilan adalah keadaan penurunan kadar hemoglobin dalam darah yang kurang dari 11 g/dL, dengan gejala pucat, lemah, dan pusing. Selama hamil, pertumbuhan janin dan perubahan pada ibu membutuhkan peningkatan zat nutrisi, antara lain zat besi dan asam folat. Anemia berpengaruh kurang baik terhadap ibu dalam kehamilan, persalinan dan nifas. Bahaya yang ditimbulkan antara lain gangguan his sehingga menyebabkan persalinan lama, perdarahan postpartum dan infeksi nifas (Royston dan Armstrong, 1994).

9) Infeksi Dalam Kehamilan

Infeksi dalam kehamilan adalah masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala penyakit. Pada infeksi akut akan terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital selama kehamilan. Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, protozoa, jamur dan virus. Infeksi yang perlu diwaspadai dalam kehamilan antara lain (Wiknjosastro, 2002):

- 1) Infeksi TORCH (toxoplasma, rubella, cytomegalovirus, herpes simpleks dan varicella). Infeksi ini bersifat teratogenik terhadap bayi dan sekitar 5% akan mengalami komplikasi obstetri
- 2) Infeksi malaria (*plasmodium falsifarum* dan *plasmodium vivax*). Infeksi ini dapat menyebabkan abortus, partus prematurus, dan gangguan kesehatan janin
- 3) Infeksi menular seksual. Infeksi ini menimbulkan gejala klinik utama di saluran kemih dan reproduksi yang penularannya melalui hubungan seksual, dan dapat menyebabkan morbiditas terhadap ibu dan bayi yang dilahirkannya.

2.5.8 Riwayat Komplikasi Obstetri Terdahulu

Ibu yang pernah mengalami komplikasi pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya akan menghadapi risiko tinggi pada kehamilan dan persalinan berikutnya. Menurut Djaja dan Suwandono (2006), ibu yang mengalami

komplikasi pada kehamilan terdahulu berisiko 14 kali mengalami komplikasi pada kehamilan berikutnya dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi pada kehamilan dahulu. Dan ibu yang mengalami komplikasi pada persalinan terdahulu berisiko 9 kali mengalami komplikasi pada persalinan berikutnya dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi pada persalinan terdahulu.

2.5.9 Status Gizi

Diperkirakan bahwa seorang wanita dengan kondisi kesehatan yang baik dan dengan aktivitas kerja yang sedang selama kehamilannya memerlukan tambahan sekitar 300 kalori sehari. Disamping itu juga diperlukan peningkatan pasokan vitamin, asam folat, zat besi dan mineral lainnya. Selanjutnya selama trimester terakhir kehamilan, seorang wanita membutuhkan tambahan kalori sekitar 550 kalori sehingga mampu menyimpan cadangan untuk menyusui terutama selama enam bulan pertama (Royston dan Armstrong, 1994).

Wanita dalam usia reproduksi memerlukan zat besi tiga kali lebih banyak dibanding pria dewasa, namun hanya sedikit wanita yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut. Diperkirakan separuh wanita yang tidak hamil di negara berkembang secara klinis menderita anemia, sementara wanita hamil dua pertiganya. Anemia yang menyebabkan tubuh kekurangan oksigen juga meningkatkan risiko perdarahan dan komplikasi persalinan lainnya (Royston dan Armstrong, 1994).

2.5.10 Kelainan Letak Janin

Pada keadaan normal bagian bawah rahim ibu adalah kepala janin menghadap punggung ibu dengan letak belakang kepala. Menjelang persalinan kepala janin turun dan masuk ke rongga panggul ibu. Kadang-kadang letak bayi tidak normal sampai umur kehamilan 9 bulan. Pada keadaan ini persalinan mungkin mengalami gangguan atau memerlukan tindakan. Kelainan letak janin antara lain:

- 1) Letak Sungsang, dimana kepala janin berada di bagian atas rahim
- 2) Letak Lintang, dimana posisi janin melintang di dalam rahim.

Posisi janin pada uterus tergantung dari:

- 1) Faktor ibu (bentuk panggul, bentuk uterus, bentuk plasenta)
- 2) Faktor janin (prematuritas, bayi kembar, kelainan kongenital)

Posisi janin dalam rahim dapat diketahui melalui pemeriksaan abdomen yang disebut pemeriksaan *Leopold*. Posisi janin yang abnormal dapat mengganggu proses persalinan sehingga dapat terjadi persalinan macet atau persalinan lama. Kelainan letak janin dapat diketahui sebelumnya hanya bila ibu memeriksakan kehamilannya secara teratur ke bidan atau dokter (Depkes, 2001).

2.5.11 Pelayanan Antenatal

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 (Depkes, 2003).

Departemen Kesehatan saat ini telah menyusun suatu standar pelayanan antenatal yang berkualitas yaitu yang merupakan perpaduan jumlah kunjungan seluruhnya minimal 4 kali mulai dari trimester I sebanyak satu kali, trimester II sebanyak satu kali, dan trimester III sebanyak dua kali dan jenis pemeriksaan yang diperoleh yaitu 7T terdiri dari pemeriksaan tinggi fundus uteri, timbang berat badan, pengukuran tekanan darah, pemberian imunisasi TT (tetanus toxoid), pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet, tes terhadap penyakit menular seksual (PMS), dan temuwicara dalam rangka persiapan rujukan (Depkes RI, 2003).

Pelayanan/asuhan antenatal ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak dapat diberikan oleh dukun bayi (Saifuddin, 2001).

Standard pelayanan antenatal terdiri dari (Depkes RI, 2003):

a. Identifikasi ibu hamil

Petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu,

suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

b. Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan termasuk normal, mengenal kehamilan risiko tinggi/kelainan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan, mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan, bila ditemukan kelainan harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuk untuk tindakan selanjutnya.

c. Palpasi abdominal

Melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari apakah ada kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d. Pengelolaan anemia pada kehamilan

Melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

e. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

f. Persiapan persalinan

Memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik,

disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.

Secara konseptual telah disepakati bahwa pelayanan yang harus diberikan kepada semua ibu disebut pelayanan dasar, yaitu pelayanan kesehatan minimal bagi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas. Bagi kelompok ibu tertentu diperlukan pelayanan esensial, yaitu pelayanan bagi ibu dengan kehamilan bermasalah yang memiliki komplikasi atau potensial memiliki komplikasi. Sedangkan pelayanan emergensi adalah serangkaian prosedur untuk pelayanan penyelamatan jiwa ibu dan atau bayinya yang mengalami komplikasi serius.

2.5.12 Penolong Persalinan

Penolong persalinan merupakan faktor yang tidak bisa diabaikan dalam proses persalinan. Pemeriksaan kehamilan yang kualitasnya baik bukan jaminan untuk tidak terjadinya komplikasi pada persalinan, karena masih ada faktor penting yaitu penolong persalinan. Persalinan akan berlangsung lancar dan aman bila dilaksanakan oleh tenaga kesehatan terdidik dan terlatih khususnya dalam bidang pelayanan obstetri. Tenaga ini mempunyai pengetahuan dan keterampilan baik secara fisiologis maupun secara patologis mengenai kehamilan dan persalinan. Apabila persalinan dilakukan oleh bukan tenaga yang terdidik dan terlatih akan dapat timbul penanganan yang salah khususnya dalam proses persalinan yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan (Depkes, 1997).

Pada umumnya ibu hamil masih ditolong oleh penolong persalinan tradisional (*traditional birth attendants*) atau dukun pada saat persalinan. Pelayanan dukun dipilih karena beberapa alasan seperti aksesibilitas, karena dukun tinggal di sekitar lingkungan mereka, dukun pada umumnya lebih berpengalaman daripada bidan desa, biaya dapat dinegosiasikan, bahkan beberapa dukun mau menerima pembayaran selain uang, dan dukun mengerti adat kebiasaan masyarakat (MNH, 1999). Persalinan yang ditolong oleh dukun mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi selama nifas (Djaja dan Suwandono, 2006).

2.5.13 Tempat Persalinan

Tingginya angka kematian ibu di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh timbulnya persalinan yang tidak dapat segera ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu. Salah satu faktor yang mempengaruhi program *SafeMotherhood* di Indonesia adalah bahwa wanita Indonesia biasanya memilih melahirkan di rumah. Banyaknya wanita yang melahirkan di rumah akan mengarah pada banyaknya kejadian komplikasi obstetri yang akan terjadi di rumah daripada di fasilitas kesehatan (Depkes, 2007).

Persalinan di tempat yang bukan fasilitas kesehatan dapat menghambat akses untuk mendapatkan pelayanan rujukan secara cepat bila terjadi komplikasi persalinan, yang secara langsung dapat meningkatkan kematian ibu. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan keberhasilan rujukan kasus risiko tinggi. Penempatan bidan di desa memungkinkan penanganan dan rujukan ibu hamil berisiko sejak dini, dengan mengidentifikasi tempat persalinan yang tepat bagi ibu hamil sesuai dengan risiko kehamilan yang dialaminya. Persalinan sebaiknya dilakukan di rumah sakit, puskesmas dengan ruang rawat inap, pusku atau polindes yang tersedia ruangan untuk persalinan, dan rumah bersalin (Depkes, 1996).

2.6 Indeks Sosial Ekonomi (*Wealth Index*)

SDKI tahun 2007 menggunakan indeks sosial ekonomi (*wealth index*) untuk menentukan status sosial ekonomi rumah tangga. Pada penelitian survei, tingkat status sosial ekonomi rumah tangga dapat diukur melalui pemasukan, pengeluaran dan kepemilikan barang-barang berharga. Penggunaan variabel pemasukan dan pengeluaran di negara berkembang memiliki banyak kelemahan, karena banyak orang yang bekerja di sektor informal memiliki penghasilan tidak tetap, dan pengeluaran hanya akurat jika ditanyakan secara rinci pengeluaran untuk berbagai keperluan spesifik pada jangka waktu tertentu (mingguan, bulanan atau tahunan). Sehingga pengukuran yang dipakai lebih banyak menggunakan variabel kepemilikan barang-barang berharga. Indeks sosial ekonomi yang digunakan dalam SDKI 2007 adalah pengukuran komposit dari kepemilikan barang-barang

rumah tangga. Indeks ini diukur menggunakan data kepemilikan barang-barang rumah tangga yang dikumpulkan dalam kuisioner seperti televisi, sepeda, bahan yang digunakan untuk konstruksi rumah yaitu lantai, dinding dan atap rumah, sumber air, fasilitas sanitasi, fasilitas listrik, dan bahan bakar untuk memasak. Kepemilikan barang-barang rumah tangga ini diberi bobot atau faktor skor berdasarkan *principal component analysis* (Measure DHS).

Filmer dan Pletcher dalam Ariawan (2006) mengusulkan penggunaan *principal component analysis* (PCA) untuk membuat indeks sosial ekonomi berdasarkan data kepemilikan barang-barang rumah tangga sehingga subjektifitas dalam menentukan pembobotan barang-barang rumah tangga dapat dihindari. Kepemilikan barang-barang rumah tangga pada umumnya diukur dalam bentuk binomial (seperti memiliki televisi ya/tidak) atau dalam bentuk ordinal (seperti dinding utama rumah bambu/kayu/batako/bata). Digunakan korelasi tetrakorik untuk variabel yang bersifat binomial dan korelasi polikorik untuk variabel yang bersifat ordinal. Keluaran pengukuran variabel kepemilikan barang-barang rumah tangga ini menghasilkan variabel yang bersifat kontinyu. Kemudian variabel ini distandarisasi dalam distribusi normal dengan rata-rata 0 dan standar deviasi 1, dan dibagi dalam 5 kuintil berdasarkan populasi dimana kode kuintil 1 untuk kuintil terendah sampai kuintil 5 untuk kuintil tertinggi. Pada akhirnya dihasilkan indeks sosial ekonomi dalam bentuk 5 kuintil yaitu: sangat rendah, rendah, menengah, tinggi, sangat tinggi (Ariawan, 2006 dan Measure DHS).

2.7 Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan manifestasi dari salah satu bentuk perilaku di bidang kesehatan dalam upaya mencegah dan menanggulangi adanya penyakit atau gangguan yang dapat membahayakan kesehatan ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas.

Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan

dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok (Notatmodjo, 2007):

1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health Maintenance*)

Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari:

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.
- c. Perilaku gizi (makanan dan minuman) karena makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi juga dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit.

2) Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau perilaku pencarian pengobatan (*Health Seeking Behaviour*)

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

3) Perilaku kesehatan lingkungan

Perilaku kesehatan lingkungan adalah bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

Menurut WHO (1984) dalam Notoatmodjo (2007), seseorang berperilaku kesehatan oleh karena adanya 4 alasan pokok yaitu:

- 1) Pemikiran dan perasaan (*thought and feeling*), yaitu pengetahuan, kepercayaan (*beliefs*), sikap (*attitudes*) dan penilaian (*values*) terhadap objek kesehatan. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.

Kepercayaan diterima berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain.

2) Orang penting yang dianggap sebagai referensi

Perilaku seseorang banyak dipengaruhi oleh orang yang dianggap penting atau yang dipercayai. Apabila orang yang dipercayai tersebut menganjurkan atau berperilaku tentang kesehatan maka cenderung untuk diikuti atau dicontoh.

3) Sumber daya (*resources*)

Sumber daya ini meliputi fasilitas, uang, waktu, tenaga kerja, pelayanan, keterampilan, dan sebagainya. Pengaruh sumber daya ini bisa positif dan juga bisa negatif.

4) Kebudayaan.

Kebudayaan atau pola hidup di masyarakat sangat mempengaruhi perilaku kesehatannya. Kebudayaan terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan masyarakat bersama. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan, dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku ini.

Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan ini dipengaruhi oleh:

A. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan seseorang terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan dapat melibatkan seluruh panca indera manusia, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Rogers (1974) dalam Notoadmodjo (2007) sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam dirinya, orang tersebut mengalami proses yaitu:

- 1) Awareness (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dan mengetahui stimulus/objek terlebih dahulu
- 2) Interest, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus
- 3) Evaluation (menilai baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya)
- 4) Trial, yakni orang tersebut sudah mulai mencoba perilaku baru sesuai apa yang dikehendaki stimulus
- 5) Adoption, yakni orang tersebut telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus

B. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Menurut Newcomb dalam Notoadmodjo (2007), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu, sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Menurut Allport (1954) dalam Notoadmodjo (2007) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan/keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

Dalam model kepercayaan kesehatan (*health belief models*) yang dikembangkan oleh Becker (1974) dalam Notoatmodjo (2007), apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut yaitu:

- 1) Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut.

2) Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit didorong oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat.

3) Manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*)

Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap serius, ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut.

4) Isyarat atau tanda-tanda (*clues*)

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan, dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang merupakan faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain, dan sebagainya.

2.8 Upaya *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer*

Komitmen pemerintah Indonesia untuk menurunkan AKI di Indonesia berawal pada tahun 1998 dengan dicanangkannya prakarsa *Safe Motherhood* oleh kepala negara yang menyerukan semua sektor untuk berperan aktif dalam penurunan AKI. Upaya *Safe Motherhood* dirintis untuk mengatasi perbedaan yang sangat besar antara angka kematian ibu di negara maju dengan angka tersebut di negara berkembang. Upaya *Safe Motherhood* merupakan upaya untuk menyelamatkan perempuan agar kehamilan dan persalinannya dapat dilalui dengan sehat dan aman serta menghasilkan bayi yang sehat. Tujuan upaya *Safe Motherhood* adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu hamil, bersalin dan nifas, disamping menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi baru lahir. Upaya ini

terutama ditujukan kepada negara berkembang karena 99% kematian ibu di dunia terjadi di negara-negara tersebut (Depkes, 2007).

Intervensi strategis dalam upaya *Safe Motherhood* dinyatakan sebagai Empat Pilar *Safe Motherhood*, yaitu:

- 1) **Keluarga Berencana**, yang memastikan bahwa setiap orang/pasangan mempunyai akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan dan jumlah anak.
- 2) **Pelayanan Antenatal**, untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin, dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai.
- 3) **Persalinan Bersih dan Aman**, memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang bersih dan aman, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi baru lahir.
- 4) **Pelayanan Obstetri Esensial**, memastikan bahwa pelayanan obstetri untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkannya melalui Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).

Intervensi melalui bidang kesehatan mempunyai dampak langsung, sedangkan intervensi terhadap status perempuan dan pemberdayaan perempuan mempunyai dampak jangka panjang.

Selanjutnya untuk mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian ibu, perinatal dan neonatal, WHO meluncurkan inisiatif *Making Pregnancy Safer (MPS)* pada tahun 1999 yang didasari pada penekanan pentingnya kemitraan dalam menurunkan AKI. MPS menjadi komponen penting upaya *Safe Motherhood* di tingkat global. Berdasarkan pelajaran dari upaya *Safe Motherhood* maka dibuat pesan-pesan kunci MPS yaitu:

- 1) Setiap ibu hamil dan bayi baru lahir harus mempunyai akses terhadap pertolongan kehamilan, persalinan dan nifas oleh tenaga kesehatan terampil

- 2) Setiap ibu dan bayi baru lahir harus memiliki akses terhadap pelayanan rujukan yang adekuat bilamana terjadi komplikasi
- 3) Setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran (Depkes, 2007).

2.9 Determinan Kematian Ibu

Menurut McCarthy dan Maine (1992) dalam kerangka konsepnya seperti dikutip dari Depkes (2007), mengemukakan peran determinan kematian ibu sebagai keadaan/hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu. Determinan kematian ibu tersebut dikelompokkan dalam tiga kelompok yaitu determinan proksi/dekat (*proximate determinants*), determinan antara (*intermediate determinants*), dan determinan kontekstual (*contextual determinants*).

Penyebab langsung kematian ibu adalah kejadian kehamilan dan komplikasi kehamilan dan persalinan antara lain perdarahan, infeksi, eklampsia, persalinan macet, abortus dan ruptur uteri. Penyebab antara adalah status kesehatan, status reproduksi, perilaku sehat, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan factor-faktor lain yang tidak terduga. Sedangkan penyebab mendasar / kontekstual adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat, dan status masyarakat. Penyebab kontekstual berkaitan dengan Tiga Terlambat yaitu terlambat dalam pengambilan keputusan untuk merujuk, terlambat dalam mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat dalam memperoleh pertolongan di fasilitas kesehatan.

Akses terhadap pelayanan kesehatan yang merupakan penyebab antara dapat dipengaruhi oleh keterjangkauan lokasi tempat pelayanan, jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia, dan keterjangkauan informasi. Tempat pelayanan yang sulit dicapai, jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai, serta informasi yang kurang menyebabkan rendahnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia (Depkes, 2007).

2.9.1 Determinan Proksi, dipengaruhi oleh determinan antara dan meliputi:

a) Kejadian Kehamilan

Perempuan yang hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi sedangkan perempuan yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut. Dengan demikian program Keluarga Berencana dapat secara tidak langsung mengurangi risiko kematian ibu. Efek KB terhadap penurunan AKI berkaitan dengan TFR. Bila TFR tinggi maka penurunan kematian ibu akan sangat dipengaruhi oleh keikutsertaan KB. Sebaliknya bila TFR cukup rendah maka pelayanan KB tidak lagi berpengaruh terhadap penurunan AKI. Namun beberapa penelitian menunjukkan bahwa angka total kesuburan (*Total Fertility Rate/TFR*) ternyata tidak selalu memberikan dampak yang berarti pada penurunan AKI karena kematian ibu berkaitan pula dengan faktor-faktor lain seperti kualitas pelayanan kesehatan.

a) Komplikasi Kehamilan dan Persalinan

Komplikasi obstetri ini merupakan penyebab langsung kematian ibu, yaitu perdarahan, infeksi, eklampsia, partus lama, abortus, dan ruptura uteri (robekan rahim). Intervensi yang ditujukan untuk mengatasi komplikasi obstetri tersebut merupakan intervensi jangka pendek, yang hasilnya akan dapat segera terlihat dalam bentuk penurunan AKI. Namun intervensi ini tidak akan menyelesaikan masalah kematian ibu secara tuntas dan berkesinambungan. Oleh sebab itu upaya penurunan AKI dalam jangka panjang harus memperhatikan dan dilengkapi dengan intervensi terhadap determinan antara dan kontekstual.

2.9.2 Determinan Antara, dipengaruhi oleh determinan kontekstual dan meliputi:

a) Status Kesehatan

Faktor-faktor status kesehatan ibu antara lain status gizi, penyakit infeksi atau parasit, penyakit menahun seperti tuberkulosis, penyakit jantung, ginjal, dan riwayat komplikasi obstetri. Status kesehatan ibu sebelum maupun pada saat kehamilan berpengaruh besar terhadap kemampuan ibu dalam menghadapi komplikasi.

b) Status Reproduksi

Faktor-faktor status reproduksi antara lain usia ibu hamil (usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia berisiko untuk hamil dan melahirkan), jumlah kelahiran (semakin banyak jumlah kelahiran yang dialami oleh seorang ibu maka semakin tinggi risikonya untuk mengalami komplikasi), status perkawinan (wanita dengan status tidak menikah cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan yang menyebabkan tidak terdeteksinya kelainan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi).

c) Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Hal ini meliputi aspek ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Ketersediaan pelayanan kesehatan adalah tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan dengan jumlah dan kualitas yang memadai. Keterjangkauan pelayanan kesehatan mencakup jarak, waktu dan biaya. Tempat pelayanan yang lokasinya tidak strategis atau sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan. Penggunaan pelayanan kesehatan yang tersedia tergantung keterjangkauan masyarakat terhadap informasi.

d) Perilaku Sehat

Hal ini antara lain meliputi penggunaan alat kontrasepsi (ibu ber-KB akan lebih jarang melahirkan dibandingkan dengan ibu yang tidak ber-KB), pemeriksaan kehamilan (ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur akan terdeteksi masalah kesehatan dan komplikasinya), penolong persalinan (ibu yang ditolong oleh dukun berisiko lebih besar untuk mengalami kematian dibandingkan ibu yang melahirkan dibantu oleh tenaga kesehatan), perilaku menggugurkan kandungan (ibu yang berusaha menggugurkan kandungannya berisiko lebih besar untuk mengalami komplikasi).

e) Faktor-faktor lain yang tidak diketahui atau tidak terduga

Disamping hal-hal diatas terdapat keadaan yang mungkin terjadi secara tiba-tiba dan tak terduga yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi selama hamil atau

melahirkan. Beberapa keadaan tersebut terjadi pada saat melahirkan, misalnya kontraksi uterus yang tidak adekuat, ketuban pecah dini, dan persalinan kasep.

2.9.3 Determinan Kontekstual (determinan sosial, ekonomi, budaya), meliputi:

a) Status perempuan dalam keluarga dan masyarakat

Faktor-faktor yang menentukan status perempuan antara lain tingkat pendidikan (perempuan yang berpendidikan lebih tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya), pekerjaan (ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi, termasuk kesehatan), keberdayaan perempuan yang memungkinkan perempuan lebih aktif dalam menentukan sikap dan lebih mandiri dalam memutuskan hal yang terbaik bagi dirinya (termasuk kesehatan dan kehamilannya). Semua variabel tersebut dapat menjadi faktor yang berpengaruh dalam mencegah kematian ibu.

b) Status keluarga dalam masyarakat

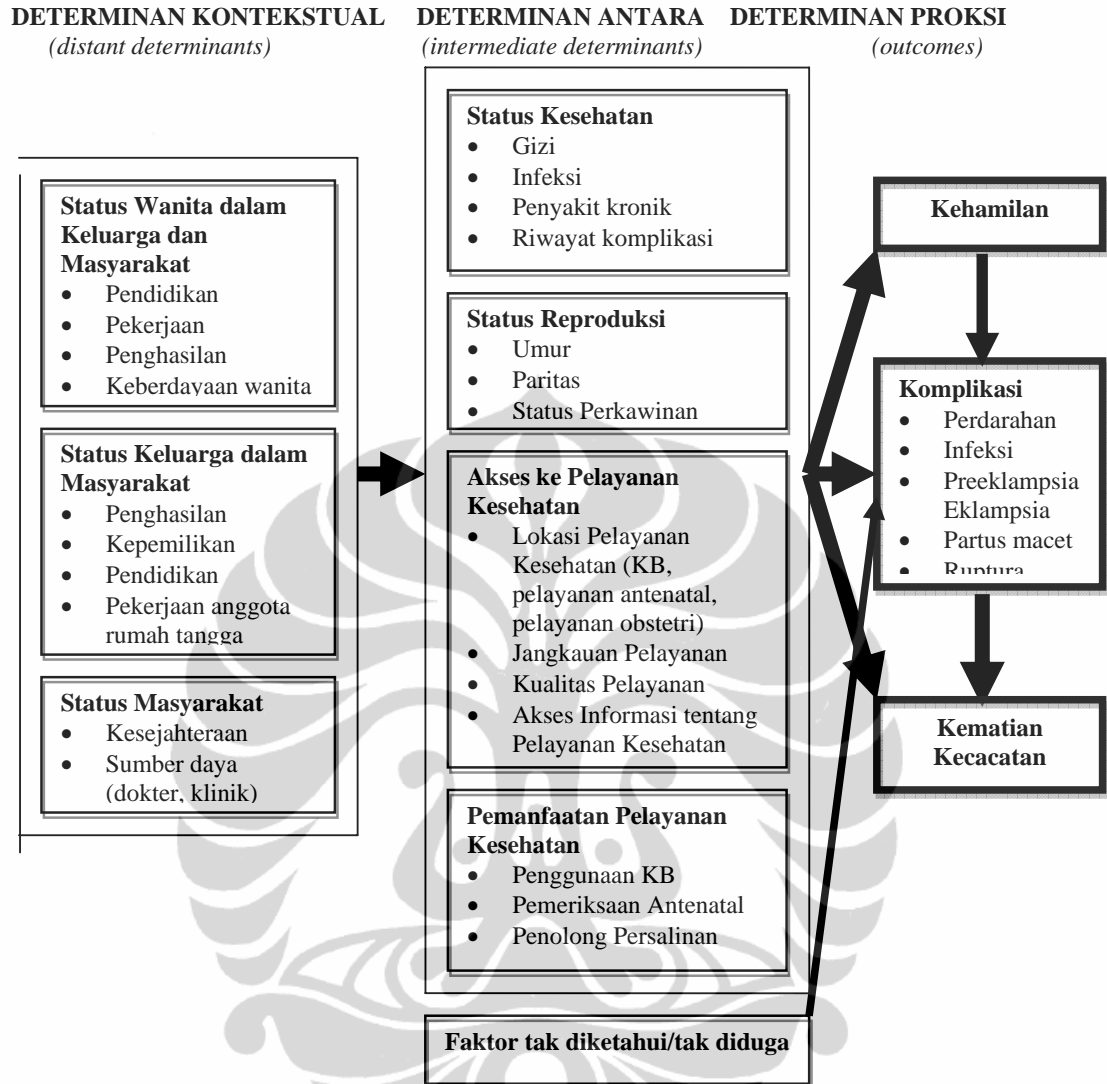
Variabel ini lebih menekankan pada keluarga perempuan, antara lain penghasilan keluarga, kekayaan keluarga, tingkat pendidikan dan status pekerjaan anggota keluarga juga dapat berpengaruh terhadap risiko mengalami kematian ibu.

c) Status masyarakat

Variabel ini meliputi antara lain tingkat kesejahteraan, ketersediaan sumberdaya (misalnya jumlah tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia), serta ketersediaan dan kemudahan transportasi.

2.10 Kerangka Teori

Hubungan antara ketiga determinan diatas tentang kesakitan dan kematian ibu digambarkan dalam kerangka teori berikut ini yang merupakan modifikasi kerangka teori dari McCarthy dan Maine (1992). Faktor-faktor yang mempengaruhi kematian dan kesakitan ibu berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan komplikasinya dapat digambarkan sebagai berikut:

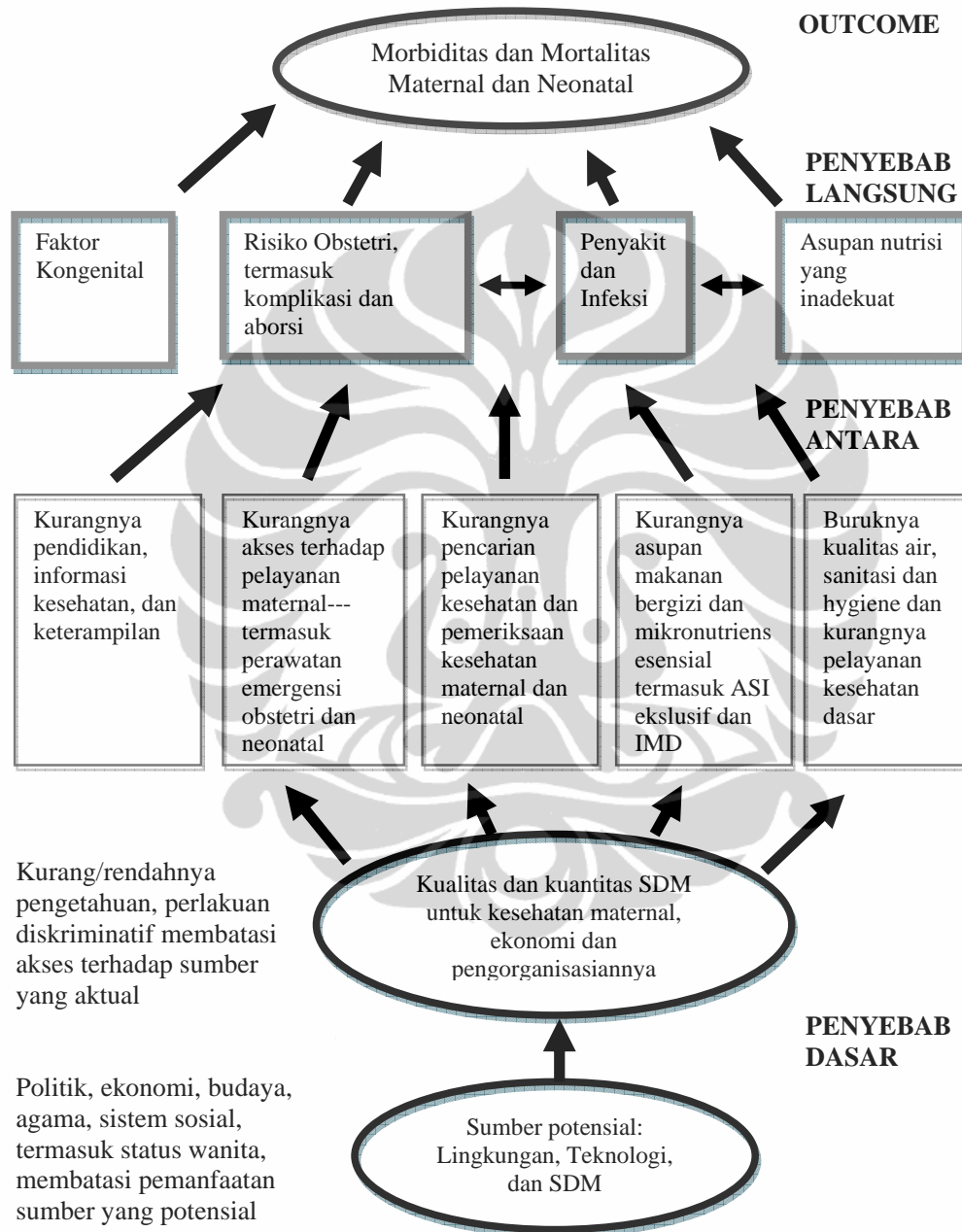


Gambar 2.1. Modifikasi Kerangka Teori Mc Carthy dan Maine
Tentang Determinan Kesakitan dan Kematian Ibu

Sumber: Mc Carthy and Maine (1992) dalam Depkes (2007)

Menurut UNICEF (2009) dalam kerangka konsep penyebab kematian maternal dan neonatal diterangkan bahwa kesakitan dan kematian maternal dan neonatal disebabkan beberapa faktor yang saling berhubungan. Determinan ini dibedakan sebagai determinan proxi (individu), determinan antara (keluarga, komunitas dan daerah) dan determinan dasar (sosial). Faktor-faktor yang berada dalam satu level

mempengaruhi level yang lain. Kerangka konsep ini dibuat untuk penatalaksanaan dan analisis penyebab kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, dan dalam merencanakan tindakan yang efektif dalam meningkatkan kesehatan maternal.



Gambar 2.2. Kerangka Kerja UNICEF Tentang Penyebab Morbiditas dan Mortalitas Maternal dan Neonatal

Sumber: UNICEF (2009) dalam www.unicef.org

BAB III

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

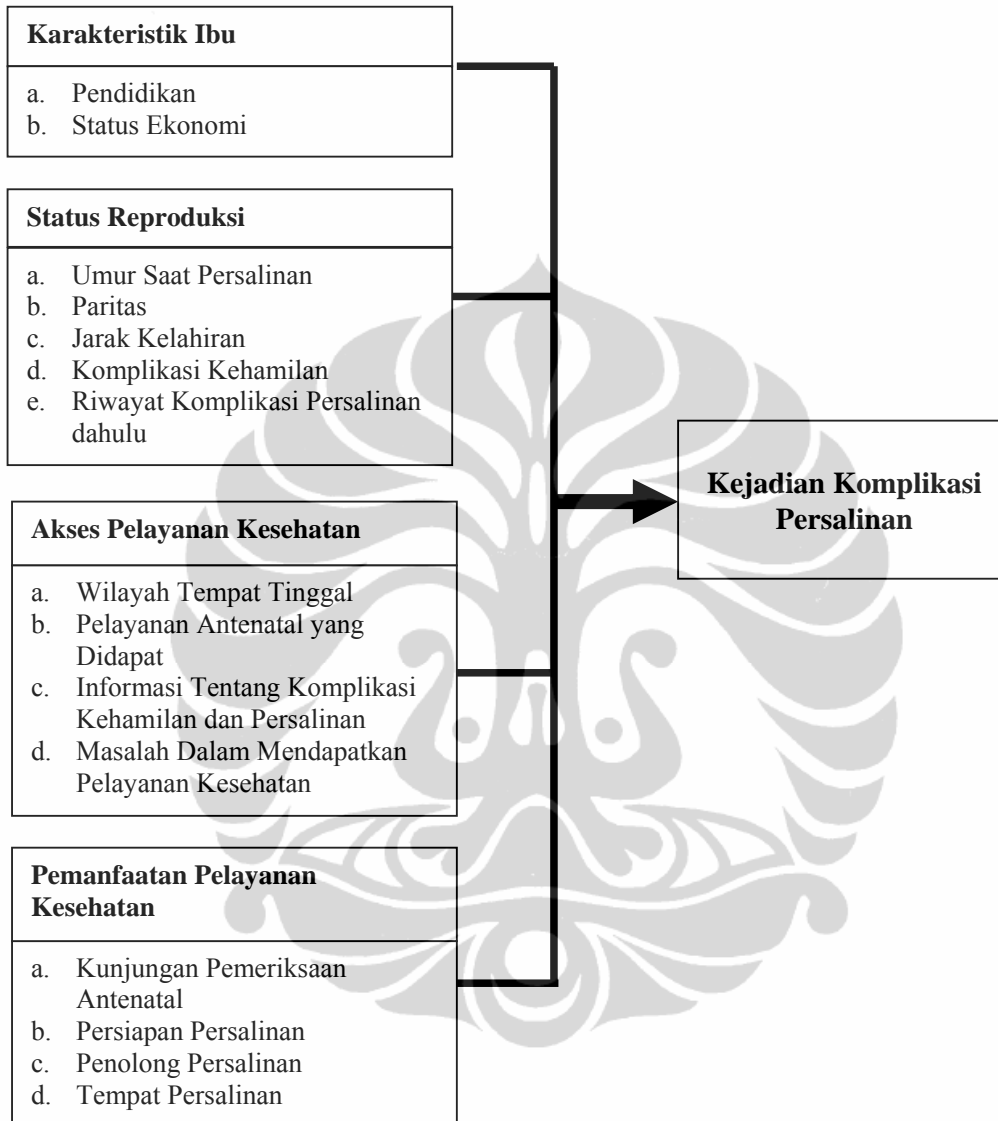
3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah dikemukakan sebelumnya, bahwa kejadian komplikasi persalinan berhubungan dengan beberapa faktor yaitu: status kesehatan (status gizi, infeksi, penyakit kronik, riwayat komplikasi); status reproduksi (umur, paritas, status perkawinan); akses ke pelayanan kesehatan (lokasi pelayanan kesehatan, jangkauan pelayanan, kualitas pelayanan, akses informasi tentang pelayanan kesehatan); perilaku kesehatan (penggunaan KB, pemeriksaan antenatal, penolong persalinan); dan faktor tidak diketahui/tidak diduga.

Karena keterbatasan penelitian yang menggunakan data sekunder dari SDKI 2007, penelitian ini ditujukan pada variabel yang berhubungan terhadap kejadian komplikasi persalinan dan terbatas pada variabel yang tersedia dalam data SDKI 2007 tersebut. Variabel yang akan diteliti adalah karakteristik ibu (pendidikan dan status ekonomi), status reproduksi (umur saat persalinan, paritas, jarak kelahiran, komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan dahulu), akses pelayanan kesehatan (wilayah tempat tinggal, pelayanan antenatal, informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan, masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan), pemanfaatan pelayanan kesehatan (kunjungan pemeriksaan antenatal, persiapan persalinan, penolong persalinan, dan tempat persalinan) sebagai variabel bebas diduga berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan sebagai variabel terikat. Sedangkan status gizi, penyakit infeksi, penyakit kronis, dan penggunaan KB tidak dimasukkan dalam variabel penelitian karena data SDKI yang tersedia tidak mendukung untuk menjelaskan keadaan pada saat kehamilan dan persalinan anak terakhir. Dari modifikasi kerangka teori yang telah dikemukakan sebelumnya maka dibuat kerangka konsep penelitian seperti di bawah ini:

VARIABEL BEBAS
(Independent Variable)

VARIABEL TERIKAT
(Dependent Variable)



Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1 Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Kejadian Komplikasi Persalinan

Adalah adanya komplikasi persalinan yang ditandai keadaan pada saat melahirkan mengalami salah satu atau bersama-sama gejala:

- 1) mulas yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam
- 2) perdarahan lebih banyak dibandingkan dengan biasanya (lebih dari 3 kain)
- 3) suhu badan tinggi dan atau keluar lendir berbau dari jalan lahir
- 4) kejang-kejang dan pingsan
- 5) kesulitan atau komplikasi lainnya

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 428A

Hasil ukur: 0 = ada komplikasi, jika mengalami salah satu atau lebih gejala komplikasi persalinan
1 = tidak ada komplikasi, jika tidak mengalami salah satu atau lebih gejala komplikasi persalinan

3.2.2 Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Pendidikan

Adalah jenjang pendidikan formal yang pernah diselesaikan ibu.

Skala ukur: ordinal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 107, 108

Hasil ukur: 0 = Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD
1 = Tamat SD
2 = Tamat SMP
3 = Tamat SMA
4 = Tamat Perguruan Tinggi

Untuk analisis bivariat dan multivariat dikategorikan lagi menjadi:

0 = Pendidikan Rendah (Tidak Sekolah/Tamat SD/Tamat SMP)
1 = Pendidikan Tinggi (Tamat SMA/Perguruan Tinggi)

Status Ekonomi

Adalah status sosial ekonomi yang dilaporkan dari hasil survei SDKI 2007 yang merupakan variabel komposit dari kepemilikan barang-barang rumah tangga, bahan utama konstruksi rumah, dan fasilitas lainnya. Untuk menentukan status ekonomi rumah tangga setiap barang atau fasilitas rumah tangga diberi bobot berdasarkan prinsip komponen analisis, dan jumlah skor atas aset atau fasilitas rumah tangga tersebut distandarisasi agar mengikuti distribusi normal, kemudian dibagi dalam 5 kuintil dan menjadi indeks status ekonomi (*wealth index*).

Skala ukur: ordinal

Cara ukur: *Wealth Index* yang dibagi dalam kuintil

Alat ukur: kuisisioner bagian IV, Keadaan Tempat Tinggal

Hasil ukur: 1 = Status ekonomi sangat rendah (0-20%)
 2 = Status ekonomi rendah (21-40%)
 3 = Status ekonomi menengah (41-60%)
 4 = Status ekonomi tinggi (61-80%)
 5 = Status ekonomi sangat tinggi (81-100%)

Untuk analisis bivariat dan multivariat dikategorikan lagi menjadi:

0 = Status Ekonomi Rendah-Menengah (Kuintil 1-3)
 1 = Status Ekonomi Tinggi (Kuintil 4-5)

Umur Saat Persalinan

Adalah lamanya hidup subjek sejak lahir sampai saat melahirkan anak terakhir, didapat dari jawaban umur ibu saat wawancara SDKI 2007 dikurangi umur anak terakhir yang lahir dalam 5 tahun terakhir sebelum survei.

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 105, 106 dan 215

Hasil ukur: 0 = umur \leq 19 tahun
 1 = umur 20-24 tahun
 2 = umur 25-29 tahun
 3 = umur 30-34 tahun
 4 = umur \geq 35 tahun

Untuk analisis bivariat dan multivariat dikategorikan lagi menjadi:

0 = umur \leq 19 tahun atau \geq 35 tahun

1 = umur 20-34 tahun

Paritas

Adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan ibu baik lahir hidup atau lahir mati.

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 203, 205, 207

Hasil ukur: 0 = 1 anak (primipara)

1 = 2-3 anak

2 = \geq 4 anak

Untuk analisis bivariat dan multivariat dikategorikan lagi menjadi:

0 = 1 atau \geq 4 anak

1 = 2-3 anak

Jarak Kelahiran

Adalah selang waktu antara kelahiran anak terakhir dengan kelahiran sebelumnya.

Bila anak yang dilahirkan baru 1 orang termasuk kategori jarak $>$ 2 tahun.

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 215

Hasil ukur: 0 = jarak kelahiran \leq 24 bulan.

1 = jarak kelahiran $>$ 24 bulan.

Komplikasi Kehamilan

Adalah adanya keadaan pada saat kehamilan mengalami salah satu atau bersama-sama gejala:

- 1) mulas sebelum 9 bulan
- 2) perdarahan sebelum persalinan
- 3) demam yang tinggi
- 4) kejang-kejang dan pingsan

- 5) kelainan letak janin
- 6) hipertensi
- 7) edema/bengkak
- 8) pusing
- 9) komplikasi lainnya

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 414B, 414C

Hasil ukur: 0 = ada komplikasi, jika mengalami salah satu atau lebih gejala komplikasi kehamilan
1 = tidak ada komplikasi, jika tidak mengalami salah satu atau lebih gejala komplikasi kehamilan

Riwayat Komplikasi Persalinan Dahulu

Adalah adanya komplikasi persalinan dan atau pernah dilakukan operasi seksio sesarea pada persalinan sebelumnya.

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 428A, 428

Hasil ukur: 0 = ada riwayat, jika pernah mengalami komplikasi persalinan dan atau operasi seksio sesarea pada persalinan sebelumnya
1 = tidak ada riwayat, jika tidak pernah mengalami komplikasi persalinan dan atau operasi seksio sesarea pada persalinan sebelumnya

Wilayah Tempat Tinggal

Adalah penggolongan unit wilayah administrasi yang terkecil yaitu desa/kelurahan dimana responden bertempat tinggal.

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner bagian I, Pengenalan Tempat

Hasil ukur: 0 = pedesaan
1 = perkotaan

Pelayanan Antenatal yang Didapat

Adalah pelayanan antenatal yang didapat dari tenaga kesehatan dengan kriteria jenis pemeriksaan terdiri dari pemeriksaan perut untuk mengukur tinggi fundus uteri, penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pemberian tablet zat besi, dan pemberian imunisasi TT (tetanus toxoid) yang memenuhi kriteria 5T (Depkes, 2001).

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 412, 415, 417.

Hasil ukur: 0 = tidak memenuhi 5T, jika tidak memenuhi kriteria sesuai standar pelayanan antenatal atau tidak mendapat pelayanan antenatal
1 = memenuhi 5T, jika memenuhi kriteria sesuai standar pelayanan antenatal

Informasi Tentang Komplikasi Kehamilan dan Persalinan

Adalah penjelasan yang diberikan oleh tenaga kesehatan pada waktu mendapat pelayanan antenatal tentang tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan dan ke mana harus pergi untuk mendapat pertolongan jika mengalami tanda bahaya tersebut

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 413, 414

Hasil ukur: 0 = tidak mendapat informasi
1 = mendapat informasi

Masalah Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

Adalah adanya masalah yang dihadapi ibu yang dapat menghalanginya untuk mendapatkan perawatan kesehatan atau pengobatan dari salah satu atau semua pertanyaan:

- 1) tahu kemana harus berobat
- 2) mendapatkan izin untuk berobat
- 3) mendapatkan uang untuk berobat
- 4) jarak ke tempat berobat
- 5) angkutan ke tempat berobat
- 6) tidak berani pergi sendiri
- 7) khawatir yang memeriksa bukan perempuan

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 490

Hasil ukur: 0 = ada masalah
1 = tidak ada masalah

Kunjungan Pemeriksaan Antenatal

Adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan pada tenaga kesehatan dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali yaitu minimal satu kali pada trimester I, minimal satu kali pada trimester II, dan minimal dua kali pada trimester III.

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 409, 410A

Hasil ukur: 0 = kurang dari 4 kali, jika tidak memenuhi kriteria jumlah kunjungan minimal atau tidak melakukan pemeriksaan antenatal
1 = minimal 4 kali (1-1-2), jika memenuhi kriteria jumlah kunjungan minimal

Persiapan Persalinan

Adalah persiapan yang dilakukan ibu dengan mendiskusikan pada keluarga tentang:

- 1) dimana akan melahirkan/bersalin
- 2) transportasi ke tempat bersalin
- 3) siapa yang akan menolong persalinan
- 4) biaya untuk persalinan

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 414A

Hasil ukur: 0 = tidak ada persiapan

1 = ada persiapan

Penolong Persalinan

Adalah tenaga yang membantu proses persalinan ibu pada persalinan terakhir.

Kategori yang dipilih adalah tenaga yang pertama kali menolong persalinan.

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 426

Hasil ukur: 0 = non tenaga kesehatan, jika kelahiran anak terakhir ditolong oleh dukun, keluarga ataupun yang lainnya

1 = tenaga kesehatan, jika kelahiran anak terakhir ditolong oleh dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan atau perawat, atau bidan desa

Tempat Persalinan

Adalah tempat atau fasilitas dimana ibu melahirkan pada persalinan terakhir.

Skala ukur: nominal

Cara ukur: analisis kuisisioner dan data SDKI 2007

Alat ukur: kuisisioner nomor 427

Hasil ukur: 0 = bukan fasilitas kesehatan, jika tempat persalinan terjadi di rumah ibu, rumah dukun, atau tempat lainnya yang tidak

memiliki ruangan dan fasilitas khusus untuk menolong persalinan

1 = fasilitas kesehatan, jika tempat persalinan terjadi di rumah sakit, rumah bersalin, poliklinik, pos kesehatan baik milik pemerintah atau swasta yang memiliki ruangan dan fasilitas khusus untuk menolong persalinan

3.3 Hipotesis

Seperti terlihat pada kerangka konsep penelitian maka rumusan hipotesis penelitian ini adalah:

- 1) Ada hubungan karakteristik ibu (pendidikan, status ekonomi) dengan kejadian komplikasi persalinan.
- 2) Ada hubungan status reproduksi (umur, paritas, komplikasi kehamilan, riwayat persalinan terdahulu) dengan kejadian komplikasi persalinan.
- 3) Ada hubungan akses pelayanan kesehatan (wilayah tempat tinggal, pelayanan antenatal yang didapat, informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan, dan masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan) dengan kejadian komplikasi persalinan.
- 4) Ada hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan (kunjungan pemeriksaan antenatal, persiapan persalinan, penolong persalinan, dan tempat persalinan) dengan kejadian komplikasi persalinan.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi analitik menggunakan data sekunder yang diperoleh dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007. Desain penelitian yang digunakan adalah *Cross Sectional*. Dalam penelitian ini akan ditelusuri kejadian komplikasi persalinan dihubungkan dengan faktor-faktor lain yang diduga berhubungan.

Alasan pemakaian desain *cross sectional* adalah peneliti ingin menganalisis data survei dan melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Kelebihan pemakaian desain *cross sectional* yaitu: lebih mudah dilaksanakan, lebih sederhana, pengumpulan data variabel dependen dan variabel independen dilakukan pada waktu yang bersamaan, sehingga waktu yang dibutuhkan singkat dan biaya yang diperlukan lebih murah. Studi ini juga mempunyai kelemahan antara lain: tidak dapat menjelaskan mana yang lebih dulu terjadi antara variabel independen dan variabel dependen dan tidak dapat menjelaskan hubungan kausal.

4.2 Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007

SDKI 2007 merupakan survei berskala nasional yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerjasama dengan UNFPA, Macro International Inc dan USAID. Tujuan utama SDKI 2007 adalah untuk menyediakan data rinci mengenai fertilitas, keluarga berencana, kesehatan ibu dan anak, kematian ibu, anak dan dewasa, pengetahuan dan sikap tentang HIV/AIDS dan PMS untuk pembuat kebijakan dan pengelola program.

Badan Pusat Statistik (BPS) menggunakan daftar Blok Sensus (BS) sebagai dasar pengambilan sampel untuk berbagai survei. Daftar sampel Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) 2007 digunakan sebagai kerangka sampel untuk SDKI 2007. Pendaftaran rumah tangga telah dilakukan di seluruh Blok Sensus yang tercakup dalam Sakernas 2007. Dalam rancangan SDKI 2007 ditentukan paling sedikit 40

Blok Sensus untuk setiap propinsi. Jumlah Blok Sensus di setiap propinsi tidak dialokasikan secara proporsional terhadap jumlah penduduk propinsi, juga tidak proporsional menurut klasifikasi daerah perkotaan dan pedesaan.

Sampel SDKI 2007 dipilih melalui stratifikasi dua tahap dari 1.694 Blok Sensus. Setelah jumlah rumah tangga dialokasikan untuk setiap propinsi menurut daerah perkotaan dan pedesaan, jumlah Blok Sensus ditentukan berdasarkan rata-rata sampel 25 rumah tangga terpilih. Seluruh wanita pernah kawin umur 15-49 tahun dalam rumah tangga memenuhi syarat untuk diwawancarai secara individu. Delapan rumah tangga di setiap Blok Sensus yang terpilih untuk sampel wanita dipilih untuk sampel pria. Seluruh pria yang berstatus kawin umur 15-54 tahun dalam rumah tangga terpilih diwawancarai.

Di setiap propinsi, pemilihan Blok Sensus di wilayah perkotaan dan pedesaan dilakukan menggunakan sampling beberapa tahap (*multi stage stratified sampling*). Di daerah perkotaan, tahap pertama Blok Sensus dipilih secara sistematis sampling. Di setiap Blok Sensus terpilih 25 rumah tangga dipilih secara acak. Di daerah pedesaan pemilihan rumah tangga dilakukan dengan tiga tahap. Tahap pertama, kecamatan dipilih dengan proporsi banyaknya rumah tangga. Di tahap kedua, setiap kecamatan terpilih, dipilih Blok Sensus dengan sistematis sampling. Di tahap ketiga di setiap Blok Sensus terpilih, dipilih 25 rumah tangga secara acak.

Dari 34.227 wanita kawin usia 15-49 tahun dalam rumah tangga yang disurvei SDKI 2007 (*eligible woman*) terdapat 32.895 wanita kawin usia 15-49 tahun dalam rumah tangga yang disurvei yang berhasil diwawancarai (*eligible woman interviewed*). Dan didapat 15.334 wanita kawin usia 15-49 tahun dalam rumah tangga yang disurvei dan diwawancarai yang melahirkan dalam lima tahun terakhir sebelum survei yang dianalisis kelahiran anak terakhir.

4.3 Sumber Data Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder yang berasal dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2007. Data dalam penelitian ini yaitu ibu yang pernah melahirkan dalam 5 tahun terakhir sebelum survei yang dianalisis kelahiran anak terakhir. Kuisisioner terdiri dari beberapa bagian. Variabel-variabel yang terpilih untuk dianalisis berasal dari beberapa bagian kuisisioner tersebut. Daftar sumber variabel-variabel terpilih dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1. Variabel Penelitian Yang Terpilih dari Kuisisioner SDKI Tahun 2007

<i>No</i>	<i>Variabel</i>	<i>Nomor Kuisisioner</i>
1	Komplikasi Persalinan	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, dan Pemberian ASI) nomor 428A
2	Pendidikan	Bagian 1 (Latar Belakang Responden) nomor 107, 108
3	Status Ekonomi	Bagian IV (Keadaan Tempat Tinggal)
4	Umur Saat Persalinan	Bagian 1 (Latar Belakang Responden) nomor 105, 106 dan Bagian 2 (Riwayat Kelahiran) nomor 215
5	Paritas	Bagian 2 (Riwayat Kelahiran) nomor 203, 205, 207
6	Jarak Kelahiran	Bagian 2 (Riwayat Kelahiran) nomor 215
7	Komplikasi Kehamilan	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, Pemberian ASI) nomor 414B, 414C
8	Riwayat Komplikasi Persalinan Dahulu	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, Pemberian ASI) nomor 428, 428A
9	Wilayah Tempat Tinggal	Bagian I (Pengenalan Tempat)
10	Pelayanan Antenatal yang Didapat	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, dan Pemberian ASI) nomor 412, 415, 417
11	Informasi Tentang Komplikasi Kehamilan dan Persalinan	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, Pemberian ASI) nomor 413,414
12	Masalah Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, dan Pemberian ASI) nomor 490
13	Kunjungan Pemeriksaan Antenatal	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, dan Pemberian ASI) nomor 410A

14	Persiapan Persalinan	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, Pemberian ASI) nomor 414A
15	Penolong Persalinan	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, dan Pemberian ASI) nomor 426
16	Tempat Persalinan	Bagian 4A (Kehamilan, Pemeriksaan sesudah melahirkan, dan Pemberian ASI) nomor 427

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah wanita yang pernah kawin antara umur 15-49 tahun dan pernah melahirkan anak baik lahir hidup maupun lahir mati di Indonesia.

4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah wanita yang melahirkan anak dalam 5 tahun terakhir sebelum survei yang dianalisis adalah kelahiran anak terakhir dan terpilih menjadi sampel penelitian SDKI 2007.

4.4.3 Besar Sampel

Perhitungan besar sampel berdasarkan rumus pengujian hipotesis beda dua proporsi dua arah adalah sebagai berikut (Lemeshow, 1997):

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

Dimana:

n : besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$: nilai pada tingkat kemaknaan uji dua sisi $\rightarrow \alpha = 0,05$ adalah 1,96

$Z_{1-\beta}$: tingkat kekuatan uji $\rightarrow \beta = 0,10$ adalah 1,28

P : $(P_1 + P_2) / 2$

P_1 : proporsi ibu dengan komplikasi kehamilan yang mengalami komplikasi persalinan (35,6%)

P_2 : proporsi ibu tidak dengan komplikasi kehamilan yang mengalami komplikasi persalinan (16,1%)

Untuk perhitungan besar sampel pada data survey maka hasil perhitungan di atas dikalikan dengan efek disain (*design effect/deff*). Efek disain merupakan perbandingan (rasio) antara varians yang diperoleh pada pengambilan sampel secara kompleks dengan varians yang diperoleh jika pengambilan sampel dilakukan secara acak sederhana (*simple random sampling*). Ini dikarenakan variasi data yang didapat dari disain kompleks seperti dalam SDKI 2007 lebih besar dibandingkan variasi data dari disain sampel acak sederhana. Untuk menentukan besarnya *deff* digunakan rumus sebagai berikut (Ariawan, 1998):

$$deff = 1 + d(n-1)$$

Keterangan: *deff* : *design effect*
 d : korelasi intra kelas
 n : besar rata-rata tiap kluster

Dalam penelitian ini nilai efek desain berdasarkan SDKI 2007 yaitu nilai yang telah dirata-ratakan untuk semua variabel sebesar 2,06.

Maka rumus perhitungan besar sampel menjadi:

$$n = \frac{\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \}^2}{(P_1 - P_2)^2} \times deff$$

Dimana:

n : besar sampel
 $Z_{1-\alpha/2}$: nilai pada tingkat kemaknaan uji dua sisi $\rightarrow \alpha = 0,05$ adalah 1,96
 $Z_{1-\beta}$: tingkat kekuatan uji $\rightarrow \beta = 0,10$ adalah 1,28
 P : $(P_1 + P_2) / 2$
 P_1 : proporsi ibu dengan komplikasi kehamilan yang mengalami komplikasi persalinan (35,6%)
 P_2 : proporsi ibu tidak dengan komplikasi kehamilan yang mengalami komplikasi persalinan (16,1%)
deff : efek desain karena pengaruh *multi-stage stratified sampling* = 2,06

Dari perhitungan besar sampel tersebut maka didapatkan jumlah minimal sampel sebesar 129 responden, dengan nilai P_1 dan P_2 didapat dari penelitian sebelumnya yang berkaitan seperti terlihat pada tabel 4.2. Namun penelitian ini menggunakan data sekunder dengan jumlah sampel yang lebih besar dari jumlah sampel minimum, yaitu 15.334. Sehingga jumlah sampel yang akan dianalisis adalah semua sampel yang ada dalam data survei yang sesuai dengan kriteria penelitian.

Tabel 4.2. Hasil Penelitian Faktor Komplikasi Kehamilan Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Persalinan

Variabel	Sumber	P1	P2	N	OR	p value
Komplikasi Kehamilan	Senewe, 2002	35,6	16,1	109	2,88	0,00
	Nurulhuda, 2006	63,2	43,4	129	2,235	0,04
	Sihombing, 2004	65,4	23,9	29	6,01	0,00

4.5 Pengambilan Sampel Penelitian

Cara pengambilan sampel penelitian adalah total sampling dari semua sampel yang ada dalam data survei yang sesuai dengan kriteria penelitian, dengan pertimbangan menggunakan data sekunder jadi sampel sudah tersedia, dan hasilnya lebih menggambarkan populasi.

Unit sampel dalam penelitian ini wanita yang pernah kawin usia 15-49 tahun, pernah melahirkan dan yang dianalisis adalah kelahiran anak terakhir yang tercakup dalam data SDKI 2007 sebesar 15.334.

4.6 Pengolahan Data

Sebelum dilakukan analisis data, data yang terkumpul dilakukan subset data berdasarkan variabel yang dipilih yang digabungkan dalam satu file kerja. Variabel-variabel yang terpilih disimpan dalam *database* untuk proses analisis selanjutnya. Dilakukan pembobotan data sesuai kriteria SDKI 2007 dengan kluster berdasarkan *primary sampling unit* dan strata berdasarkan pedesaan dan perkotaan. Data yang *missing* tetap diikutkan dalam analisis karena persentase data *missing* tidak begitu banyak dan telah dilakukan pembobotan. Selanjutnya

dilakukan pengkodean ulang sesuai dengan kategori pada definisi operasional dan data siap untuk dianalisis.

4.7 Analisis Data

Data penelitian yang dikumpulkan akan dianalisis dengan tiga tahap berturut-turut, yaitu: analisis univariat, analisis bivariat, dan terakhir analisis multivariat.

4.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dipergunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi atau besarnya proporsi menurut karakteristik yang diteliti dari semua variabel penelitian. Ukuran yang digunakan dalam analisis ini adalah angka absolut dan persentase karena merupakan data kategorik dan disajikan dalam bentuk tabel.

4.7.2 Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel, yaitu variabel dependen dan variabel independen. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square* karena variabel dependen dan independennya merupakan variabel kategorik. Selain melihat keeratan hubungan dan kemaknaan dengan melihat nilai p juga dengan tingkat kepercayaan (*Confidence Interval*) 95% dilihat *Odds Ratio (OR)* yang dihasilkan untuk mengetahui berapa besar derajat hubungan tersebut. Analisis bivariat juga bertujuan untuk mencari variabel kandidat yang masuk dalam analisis multivariat. Variabel dengan nilai $p < 0,25$ masuk dalam analisis multivariat atau bila variabel tersebut secara substansi erat hubungannya dengan variabel dependen.

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

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

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

Keterangan: O : frekuensi teramati
E : frekuensi harapan

Dengan derajat kebebasan (*degree of freedom*):

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

Keterangan: k : jumlah kolom dalam tabel
b : jumlah baris dalam tabel

Pada penelitian ini uji dilakukan dengan tingkat kepercayaan 95%. Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan *p value* <0,05 sebagai hubungan yang bermakna secara statistik dan *p value* >0,05 sebagai hubungan yang tidak bermakna secara statistik.

b) Odds Ratio

Dengan *odds ratio* ini dapat diketahui derajat hubungan antara variabel dependen dan variabel independen atau untuk mengestimasi tingkat risiko antara variabel dependen dengan variabel independen. Rumus yang digunakan:

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Keterangan: a : kelompok kasus yang terpajan
b : kelompok kontrol yang terpajan
c : kelompok kasus yang tidak terpajan
d : kelompok kontrol yang tidak terpajan

Bila $OR = 1$, estimasi bahwa tidak ada asosiasi antara variabel independen dengan variabel dependen.

Bila $OR > 1$, estimasi bahwa asosiasi positif antara variabel independen dengan variabel dependen atau sebagai efek penyebab.

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

4.7.3 Analisis Multivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen. Variabel yang diikutsertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ pada saat analisis bivariat atau secara substansi diduga erat hubungannya dengan variabel dependen. Untuk menjawab tujuan penelitian tersebut maka jenis analisis yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda karena variabel independen dan dependen dalam penelitian ini adalah jenis variabel kategorik.

Pemodelan yang digunakan adalah teknik pemodelan untuk mencari faktor determinan. Prinsip pemodelan adalah untuk menghasilkan model yang parsimony, model yang shahih, presisinya baik dan juga sederhana. Model harus mengikutsertakan semua faktor determinan yang penting, tetapi juga sederhana dengan tidak mengikutsertakan faktor determinan yang kurang penting.

Tahapan analisis multivariat pemodelan ini adalah sebagai berikut:

- 1) Identifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan membuat analisis regresi logistik dari masing-masing kovariat terhadap variabel dependennya.
- 2) Kovariat dengan nilai uji likelihood ratio $< 0,25$ merupakan kandidat kovariat untuk masuk dalam model multivariat. Batasan nilai $p < 0,25$ ini berdasarkan hasil simulasi oleh Mickey dan Greenlad untuk regresi logistik (Ariawan, 2008) selain pertimbangan menurut substansi bila kovariat tersebut menurut substansi harus masuk dalam model multivariat.
- 3) Tahap berikutnya adalah evaluasi hasil regresi logistik multivariat berdasarkan nilai z dan nilai uji statistic wald. Eliminasi variabel independen dimulai dari variabel yang memiliki nilai p tertinggi atau nilai z terendah dan lebih besar dari α .
- 4) Evaluasi pada model terakhir menunjukkan semua variabel memiliki nilai $p < 0,05$.
- 5) Variabel independen yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen adalah variabel yang menunjukkan nilai OR terbesar.

BAB V HASIL PENELITIAN

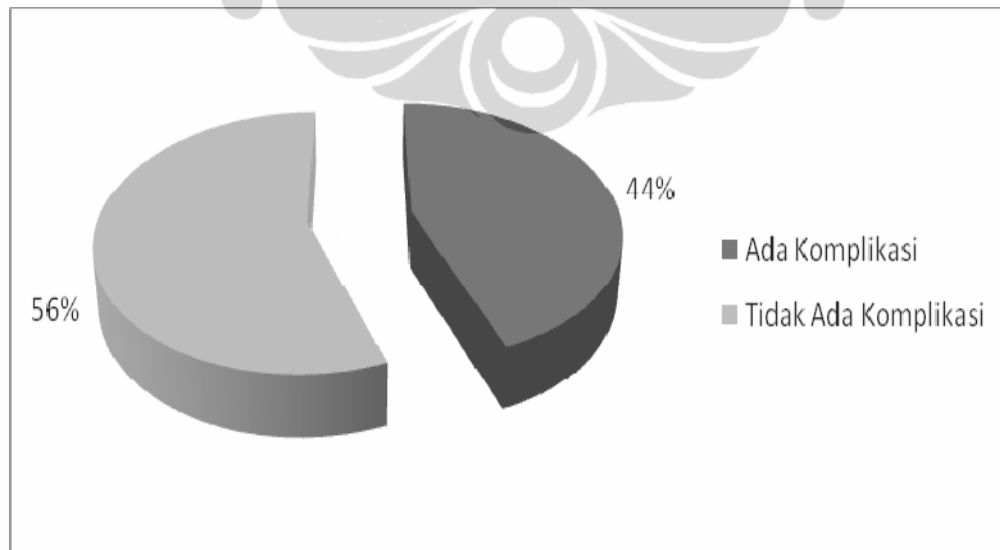
5.1 Gambaran Umum Hasil SDKI 2007

Hasil pengumpulan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 didapat 15.334 wanita kawin usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan dalam lima tahun terakhir sebelum survei yang dianalisis kelahiran anak terakhir dalam rumah tangga yang disurvei yang berhasil diwawancarai dan siap untuk dianalisis.

5.2 Analisis Univariat

5.2.1 Kejadian Komplikasi Persalinan

Kejadian komplikasi persalinan dalam penelitian ini adalah adanya komplikasi persalinan yang ditandai gejala mulas yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam, perdarahan lebih banyak dibandingkan dengan biasanya, suhu badan tinggi atau keluar lendir berbau dari jalan lahir, kejang-kejang atau pingsan, dan komplikasi lainnya. Subjek dapat mengalami salah satu atau bersama-sama gejala komplikasi persalinan tersebut. Kejadian komplikasi persalinan dialami oleh 6774 ibu (44%), sedangkan yang tidak mengalami komplikasi persalinan sebanyak 8560 ibu (56%), yang dapat dilihat pada gambar 5.1 berikut:



Gambar 5.1 Diagram Kejadian Komplikasi Persalinan

Jenis kejadian komplikasi persalinan yang terjadi dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1 Jenis Kejadian Komplikasi Persalinan
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Komplikasi Persalinan</i>	<i>Proporsi (f=6.774)</i>
Persalinan lama	85,2%
Perdarahan berlebihan	21,7%
Demam atau keluar lendir berbau dari jalan lahir	17,2%
Kejang dan pingsan	5%
Komplikasi lainnya	8,2%

Catatan: ibu dapat mengalami satu atau lebih gejala

5.2.2 Distribusi Ibu Berdasarkan Karakteristik

Distribusi ibu berdasarkan karakteristik yaitu pendidikan dan status ekonomi dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2 Distribusi Ibu Berdasarkan Karakteristik
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Karakteristik Ibu</i>	<i>Jumlah (n=15.334)</i>	<i>Persentase (100%)</i>
Pendidikan		
Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD	613	3,3
Tamat SD	6010	41,2
Tamat SMP	3482	23,9
Tamat SMA	4023	23,8
Tamat Perguruan Tinggi	1206	7,9
Status Ekonomi		
Sangat rendah	4413	21,4
Rendah	3100	19,9
Menengah	2718	20,0
Tinggi	2600	19,5
Sangat tinggi	2503	19,1

Dari tabel 5.2 menunjukkan bahwa pendidikan ibu terbanyak pada kelompok Tamat SD yaitu sebanyak 41,2%. Dalam analisis bivariat dan multivariat, pendidikan ibu dikelompokkan dalam dua kategori berdasarkan pendidikan dasar sembilan tahun yaitu pendidikan rendah mulai dari tidak sekolah sampai tamat SMP dan pendidikan tinggi mulai dari SMA sampai perguruan tinggi. Maka kelompok ibu yang berpendidikan rendah adalah sebanyak 68,4% dan pendidikan tinggi sebanyak 31,6%.

Distribusi ibu berdasarkan status ekonomi persentasenya relatif merata karena pembagian status ekonomi berdasarkan kuintil. Namun dalam analisis bivariat dan multivariat, status ekonomi dikelompokkan menjadi dua kategori dimana status ekonomi rendah adalah tiga kelompok kuintil terbawah dan status ekonomi tinggi adalah dua kelompok kuintil teratas. Maka kelompok ibu dengan status ekonomi rendah adalah sebanyak 61,3% dan status ekonomi tinggi sebanyak 38,7%.

5.2.3 Distribusi Ibu Berdasarkan Status Reproduksi

Distribusi frekuensi berdasarkan status reproduksi ibu yaitu umur saat persalinan, paritas, komplikasi kehamilan sekarang, dan riwayat komplikasi persalinan dahulu dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3 Distribusi Ibu Berdasarkan Status Reproduksi
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Status Reproduksi</i>	<i>Jumlah (n=15.334)</i>	<i>Persentase (100%)</i>
Umur Saat Persalinan		
≤ 19 tahun	1440	9,9
20- 24 tahun	4124	27,0
25-29 tahun	4138	26,6
30-34 tahun	3302	21,5
≥ 35 tahun	2330	15,0

Paritas		
1 anak	4813	34,6
2-3 anak	7185	46,8
≥ 4 anak	3336	18,6
Jarak Kelahiran		
≤ 24 bulan	1540	8,3
> 24 bulan	13794	91,7
Komplikasi Kehamilan		
Ada Komplikasi	1571	10,6
Tidak Ada Komplikasi	13763	89,4
Riwayat Komplikasi Persalinan Dahulu		
Ada Riwayat	1262	6,9
Tidak Ada Riwayat	14072	93,1

Dari tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu berumur 20-34 tahun saat melahirkan yang bila dijumlahkan adalah sebanyak 75,1%. Kelompok umur ini adalah dalam rentang usia reproduksi sehat. Sedangkan ibu yang berumur ≤ 19 tahun atau ≥ 35 tahun yang termasuk dalam usia berisiko untuk terjadinya komplikasi persalinan adalah sebanyak 24,9%. Ibu dengan paritas 2-3 anak sebanyak 46,8%. Sedangkan ibu dengan paritas berisiko untuk terjadinya komplikasi persalinan yaitu ibu yang primipara atau multipara ≥ 4 anak sebanyak 53,2%. Sebagian besar ibu melahirkan dengan jarak kelahiran >24 bulan yaitu 91,7%. Sebanyak 10,6% ibu melaporkan mengalami komplikasi pada kehamilannya waktu itu dan 6,9% ibu melaporkan memiliki riwayat komplikasi pada persalinan terdahulu.

Kejadian komplikasi kehamilan yang dialami dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut .

Tabel 5.4 Jenis Kejadian Komplikasi Kehamilan
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Komplikasi Kehamilan</i>	<i>Proporsi (f=1.571)</i>
Persalinan sebelum 9 bulan	24,4%
Perdarahan sebelum persalinan	25,4%
Kelainan letak janin	7,1%
Demam	11,8%
Kejang dan pingsan	5,2%
Hipertensi	3,2%
Pusing	3,3%
Edema/bengkak	3%
Komplikasi lainnya	33,5%

Catatan: ibu dapat mengalami satu atau lebih gejala

Riwayat komplikasi pada persalinan sebelumnya yang dialami ibu dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.5 Jenis Riwayat Komplikasi Persalinan Dahulu
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Riwayat Komplikasi Persalinan</i>	<i>Proporsi (f=1.262)</i>
Persalinan lama	82,2%
Perdarahan berlebihan	19,7%
Demam atau keluar lendir berbau dari jalan lahir	16,4%
Kejang dan pingsan	5,4%
Komplikasi lainnya	46,7%
Persalinan dengan operasi sesar	9,7%

Catatan: ibu dapat mengalami satu atau lebih riwayat

5.2.4 Distribusi Ibu Berdasarkan Akses Pelayanan Kesehatan

Distribusi ibu berdasarkan akses pelayanan kesehatan yaitu wilayah tempat tinggal, pelayanan antenatal yang diterima, informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan, dan masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut ini.

Tabel 5.6 Distribusi Ibu Berdasarkan Akses Pelayanan Kesehatan
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Akses Pelayanan Kesehatan</i>	<i>Jumlah (n=15.334)</i>	<i>Persentase (100%)</i>
Wilayah Tempat Tinggal		
Pedesaan	9428	58,0
Perkotaan	5906	42,0
Pelayanan Antenatal		
Tidak Memenuhi Standar 5T	13052	83,1
Memenuhi Standar 5T	2282	16,9
Informasi Tentang Komplikasi Kehamilan dan Persalinan		
Tidak Mendapat Informasi	10435	64,9
Mendapat Informasi	4899	35,1
Masalah Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan		
Ada Masalah	6961	42,8
Tidak Ada Masalah	8373	57,2

Dari tabel 5.6 menunjukkan bahwa 58% ibu tinggal di daerah pedesaan dan 42% tinggal di daerah perkotaan. Wilayah tempat tinggal dapat menggambarkan ketersediaan fasilitas dan tenaga pelayanan kesehatan dimana wilayah perkotaan lebih banyak memiliki fasilitas dan tenaga pelayanan kesehatan dibanding wilayah pedesaan. Ibu yang memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan yang mendapat pelayanan antenatal memenuhi standar 5T (timbang berat badan, ukur tekanan darah, periksa tinggi fundus uteri, pemberian tablet zat besi, pemberian suntikan tetanus toksoid) hanya sebesar 16,9%. Ibu yang mendapat informasi

tentang komplikasi kehamilan dan persalinan sebanyak 35,1%. Informasi ini didapatkan dari tenaga kesehatan sewaktu ibu mendapatkan pelayanan antenatal. Sebagian besar ibu masih menghadapi masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Masalah yang dihadapi ibu terbanyak adalah mendapatkan uang untuk berobat, jarak ke fasilitas kesehatan dan transportasi ke fasilitas kesehatan. Jenis masalah yang dihadapi ibu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Jenis Masalah Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Masalah</i>	<i>Proporsi (f=6.961)</i>
Tahu kemana harus pergi berobat	16,5%
Mendapat izin untuk berobat	14,1%
Mempunyai uang untuk berobat	68,6%
Jarak ke fasilitas kesehatan	43,9%
Transportasi ke fasilitas kesehatan	40,2%
Tidak berani pergi sendiri	29%
Tidak ada tenaga perempuan	22,1%

Catatan: ibu dapat menghadapi satu atau lebih masalah

5.2.4 Distribusi Ibu Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Distribusi ibu berdasarkan pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu kunjungan pemeriksaan antenatal yang dilakukan, persiapan persalinan, pemilihan penolong persalinan dan tempat persalinan dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini.

Tabel 5.8 Distribusi Ibu Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Perilaku Kesehatan</i>	<i>Jumlah (n=15.334)</i>	<i>Persentase (100%)</i>
Pemeriksaan Kehamilan		
Bukan Tenaga kesehatan/Tidak Melakukan Pemeriksaan	1387	6,7%
Tenaga kesehatan	13947	93,3%
Kunjungan Pemeriksaan Antenatal		
Kunjungan kurang dari 4 kali	6114	34,5
Kunjungan minimal 4 kali (1-1-2)	9220	65,5
Persiapan Persalinan		
Tidak Ada Persiapan	9283	60,5
Ada Persiapan	6051	39,5
Penolong Persalinan		
Bukan Tenaga kesehatan	7450	46,5
Tenaga kesehatan	7884	53,5
Tempat Persalinan		
Bukan Fasilitas kesehatan	9809	59,6
Fasilitas kesehatan	5225	40,4

Ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan paling sedikit satu kali pada tenaga kesehatan sebanyak 93,3%, sedangkan yang melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal 4 kali (1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, 2 kali pada trimester III) hanya sebanyak 65,5%. Jenis tenaga tempat ibu memeriksakan kehamilan dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9 Jenis Tenaga Tempat Ibu Memeriksa Kehamilan
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Penolong Persalinan</i>	<i>Proporsi (f=13.947)</i>
Dokter Spesialis Obgin	14,3%
Dokter Umum	2,6%
Bidan	58,7%
Perawat	2,2%
Bidan Desa	29,1%
Dukun	7,2%
Lainnya	0,6%
Tidak Ada	6,3%

Catatan: ibu dapat menjawab lebih dari satu tenaga

Ibu yang mempersiapkan persalinannya yaitu mendiskusikan dengan keluarga tentang tempat melahirkan, transportasi ke tempat melahirkan, penolong persalinan, dan biaya untuk persalinan adalah sebanyak 39,5%. Ibu yang memilih persalinan oleh tenaga kesehatan sebanyak 53,5% dengan catatan responden dapat menjawab lebih dari satu penolong persalinan yang bisa merupakan tenaga kesehatan dan bukan tenaga kesehatan. Yang masuk dalam kriteria penolong persalinan tenaga kesehatan adalah responden memilih penolong persalinan hanya tenaga kesehatan yaitu dokter umum, dokter spesialis obgin, bidan, perawat atau bidan desa tanpa campur tangan penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan. Bila responden menjawab persalinan ditolong oleh campuran tenaga kesehatan dan bukan tenaga kesehatan maka yang diambil adalah penolong persalinan bukan tenaga kesehatan dengan asumsi penolong persalinan pertama adalah bukan tenaga kesehatan yang kemudian baru dibawa ke tenaga kesehatan, dan ada kemungkinan telah mengalami komplikasi. Jenis penolong persalinan dapat dilihat pada gambar 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10 Jenis Penolong Persalinan
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Penolong Persalinan</i>	<i>Proporsi (n=15.334)</i>
Dokter Spesialis Obgin	1,0%
Dokter Umum	12,9%
Bidan	48,4%
Perawat	12,9%
Bidan Desa	17,5%
Dukun	34,8%
Keluarga/lainnya	20,3%
Tidak Ada	0,4%

Catatan: ibu dapat menjawab lebih dari satu penolong

Tabel 5.8 juga menunjukkan lebih banyak ibu yang melahirkan bukan di tempat fasilitas kesehatan yaitu sebanyak 59,6% dibandingkan di tempat fasilitas kesehatan sebanyak 40,4%. Bila ibu memilih penolong persalinan bukan tenaga kesehatan maka dapat dipastikan tempat persalinannya bukan merupakan fasilitas kesehatan. Tempat persalinan yang dipilih sebagian besar di rumah (59,1%) atau tempat lainnya (0,5%) yang tidak memiliki fasilitas untuk menolong persalinan. Jenis tempat persalinan dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11 Jenis Tempat Persalinan
(Analisis Data SDKI 2007)

<i>Tempat Persalinan</i>	<i>Proporsi (n=15.334)</i>
Rumah (Rumah Ibu/Rumah Dukun)	59,1%
Rumah Sakit	15,3%
Puskesmas	2,9%
Klinik Bersalin	3,2%
Klinik Dokter/Obgin	0,7%
Praktek Bidan	20,0%
Praktek Bidan Desa	5,1%
Pos Kesehatan	0,5%
Lainnya	0,5%

Catatan: ibu dapat menjawab lebih dari satu tempat

5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dan melihat besaran nilai kemungkinan (*OR/Odds Ratio*). Hubungan secara statistik dianggap bermakna jika nilai $p < 0,05$. Analisis ini juga bertujuan untuk menyeleksi variabel yang dapat diikutsertakan dalam analisis multivariat dengan nilai $p < 0,25$. Hasil analisis bivariat menggunakan uji *Chi-Square* variabel independen dengan variabel dependen yaitu kejadian komplikasi persalinan dapat dilihat pada tabel 5.12 berikut ini.

Tabel 5.12 Hasil Analisis Bivariat Variabel Independen dan Variabel Dependen

Variabel	Komplikasi Persalinan				P Value	OR (95% CI)
	Ya	%	Tidak	%		
Pendidikan					0,966	
• Rendah	4445	44,0	5660	56,0		0,66
• Tinggi	2329	44,5	2900	55,5		(0,35-1,06)
Tingkat Ekonomi					0,894	
• Rendah	4462	43,6	5769	56,4		1,01
• Tinggi	2312	45,3	2791	54,7		(0,89-1,14)
Umur Saat Persalinan					0,293	
• ≤19 atau ≥35 tahun	1634	43,3	2136	56,7		0,94
• 20-34 tahun	5140	44,4	6424	55,6		(0,83-1,06)
Paritas					0,002*	
• 1 atau ≥4 anak	3770	46,3	4379	53,7		1,19
• 2-3 anak	3004	41,8	4181	58,2		(1,06-1,33)
Jarak Kelahiran					0,637	
• ≤24 bulan	652	42,3	888	57,7		0,96
• >24 bulan	6122	44,4	7672	55,6		(0,81-1,13)
Komplikasi Kehamilan					0,000*	
• Ada Komplikasi	979	62,3	592	37,7		2,15
• Tidak Ada	5795	42,1	7968	57,9		(1,81-2,54)
Riwayat Komplikasi Persalinan Dulu					0,000*	
• Ada Riwayat	1011	80,1	251	19,9		5,14
• Tidak Ada	5763	41,0	8309	59,0		(4,05-6,51)

Wilayah Tempat Tinggal					0,252
• Pedesaan	4021	42,6	5407	57,4	0,91
• Perkotaan	2753	46,6	3153	53,4	(0,79-1,06)
Pelayanan Antenatal Yang Didapat					0,659
• Tidak Memenuhi 5T	5743	44,0	7309	56,0	0,97
• Memenuhi 5T	1031	45,2	1251	54,8	(0,84-1,12)
Informasi Komplikasi Kehamilan dan Persalinan					0,545
• Tidak Mendapat Informasi	4508	43,2	5927	56,8	0,96
• Mendapat Informasi	2266	46,3	2633	53,7	(0,85-1,09)
Masalah Dalam Pelayanan Kesehatan					0,030*
• Ada Masalah	3208	46,1	3753	53,9	1,13
• Tidak Ada Masalah	3566	42,6	4807	57,4	(1,01-1,26)
Kunjungan Pemeriksaan Antenatal					0,031*
• Kurang dari 4 x	2615	42,8	3499	57,2	0,88
• Minimal 4 x (1-1-2)	4159	45,1	5061	54,9	(0,79-0,99)
Persiapan Persalinan					0,020*
• Tidak Ada Persiapan	3938	42,4	5345	57,6	0,87
• Ada Persiapan	2836	46,9	3215	53,1	(0,77-0,98)
Penolong Persalinan					0,000*
• Bukan Tenaga Kesehatan	3038	40,8	4412	59,2	0,75
• Tenaga Kesehatan	3736	47,4	4148	52,6	(0,67-0,85)
Tempat Persalinan					0,000*
• Bukan Fasilitas Kesehatan	4166	42,5	5643	57,5	0,80
• Fasilitas Kesehatan	2608	47,2	2917	52,8	(0,71-0,90)

Tanda ‘*’ menunjukkan nilai yang signifikan

5.3.1 Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Komplikasi Persalinan

Dari tabel 5.12 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan kejadian komplikasi persalinan ($p = 0,966$), dan juga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status ekonomi ibu dengan kejadian komplikasi persalinan ($p = 0,894$).

5.3.2 Hubungan Status Reproduksi dengan Kejadian Komplikasi Persalinan

Dari tabel 5.12 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur saat persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,293$). Dan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jarak kelahiran dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,637$). Tetapi terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,002$), dimana ibu yang primipara atau multipara >4 anak cenderung mengalami komplikasi persalinan 1,19 kali dibandingkan ibu dengan paritas 2-3 anak ($OR=1,19$; 95% CI 1,06-1,32).

Tabel 5.12 juga menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara komplikasi kehamilan dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,000$), dimana ibu yang mengalami komplikasi pada kehamilan cenderung mengalami komplikasi pada persalinannya 2,15 kali dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi pada kehamilannya ($OR=2,15$; 95% CI 1,81-2,54). Dan untuk riwayat komplikasi persalinan dahulu juga menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi persalinan ($p = 0,000$), dimana ibu yang memiliki riwayat komplikasi pada persalinan dahulu cenderung mengalami komplikasi persalinan 5,14 kali dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat komplikasi pada persalinan dahulu ($OR=5,14$; 95% CI 4,05-6,51).

5.3.3 Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Persalinan

Dari tabel 5.12 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,252$). Dan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pelayanan antenatal yang didapat dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,659$). Juga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,545$). Tetapi terdapat hubungan yang signifikan antara masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,030$), dimana ibu yang menghadapi masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan cenderung

mengalami komplikasi persalinan 1,13 kali dibandingkan ibu yang tidak menghadapi masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (OR 1,13; 95% CI 1,01-1,26).

5.3.4 Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian

Komplikasi Persalinan

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kunjungan pemeriksaan antenatal dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,031$), tetapi hubungan ini bersifat protektif dimana ibu yang tidak melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal 4 kali cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,88 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal 4 kali (OR 0,88; 95% CI 0,79-0,99). Dan terdapat hubungan yang signifikan antara persiapan persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,020$), tetapi hubungan ini bersifat protektif dimana ibu yang tidak mendiskusikan persiapan dalam menghadapi persalinan cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,87 kali dibandingkan ibu yang mendiskusikan persiapan dalam menghadapi persalinan (OR 0,87; 95% CI 0,77-0,98).

Tabel 5.12 juga menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara penolong persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,000$), tetapi hubungan ini bersifat protektif dimana ibu yang memilih penolong persalinan bukan dengan tenaga kesehatan cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,75 kali dibandingkan ibu yang memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan (OR 0,75; 95% CI 0,67-0,86). Dan untuk pemilihan tempat persalinan juga menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kejadian komplikasi persalinan ($p=0,000$), tetapi hubungan ini bersifat protektif dimana ibu yang memilih tempat persalinan bukan di fasilitas kesehatan cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,80 kali dibandingkan ibu yang memilih tempat persalinan di fasilitas kesehatan (OR 0,80; 95% CI 0,71-0,90).

5.4 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen karena pada analisis bivariat hanya diperoleh signifikansi dan besar nilai kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan yang dihubungkan dengan salah satu variabel yang diteliti tanpa melihat pengaruh variabel lain. Variabel yang masuk dalam analisis multivariat adalah yang mempunyai nilai signifikansi $p < 0,25$ atau secara substansi dianggap sangat mempengaruhi kejadian komplikasi persalinan. Identifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan membuat analisis regresi logistik sederhana dari masing-masing kovariat terhadap variabel dependennya. Hasil identifikasi kovariat potensial dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini:

Tabel 5.13 Identifikasi Kovariat Potensial

<i>Variabel</i>	<i>P Value</i>	<i>OR</i>
Pendidikan	0,966	0,66
Status Ekonomi	0,894	1,01
Umur Saat Persalinan	0,293	0,94
Paritas	0,002*	1,19
Jarak Kelahiran	0,637	0,96
Komplikasi Kehamilan	0,000*	2,15
Riwayat Komplikasi Persalinan Dulu	0,000*	5,14
Wilayah Tempat Tinggal	0,252	0,91
Pelayanan Antenatal Yang Didapat	0,659	0,97
Informasi Kehamilan Persalinan	0,545	0,96
Masalah Dalam Pelayanan Kesehatan	0,030*	1,13
Kunjungan Pemeriksaan Antenatal	0,031*	0,88
Persiapan Persalinan	0,020*	0,87
Penolong Persalinan	0,000*	0,75
Tempat Persalinan	0,000*	0,80

Tanda '*' menunjukkan nilai yang signifikan

Pada pemodelan awal analisis multivariat semua variabel dengan nilai $p < 0,25$ yaitu variabel Paritas, Komplikasi Kehamilan, Riwayat Komplikasi Persalinan Dulu, Masalah Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan, Kunjungan Pemeriksaan Antenatal, Persiapan Persalinan, Penolong Persalinan dan Tempat Persalinan masuk ke dalam pemodelan awal analisis multivariat dengan analisis regresi logistik ganda. Tahap berikutnya adalah evaluasi hasil regresi logistik multivariat berdasarkan nilai z dan nilai uji statistic wald. Eliminasi variabel independen dimulai dari variabel yang memiliki nilai p tertinggi atau nilai z terendah dan lebih besar dari α . Evaluasi pada model terakhir menunjukkan semua variabel memiliki nilai $p < 0,05$.

Setelah dilakukan analisis dengan regresi logistik ganda, dilakukan pengeluaran variabel dengan tahap-tahap sebagai berikut:

- Tahap I: Model Awal Analisis Multivariat
 Tahap II: eliminasi variabel Tempat Persalinan
 Tahap III: eliminasi variabel Persiapan Persalinan
 Tahap IV: didapat Model Akhir Analisis Multivariat

Hasil analisis pemodelan awal dan tahap-tahap pengeluaran variabel dan model akhir dapat dilihat pada tabel 5.14, tabel 5.15, dan tabel 5.16.

Tabel 5.14 Pemodelan Awal Analisis Multivariat

<i>Variabel</i>	<i>P Value</i>	<i>OR</i>
Paritas	0,000	1,33
Komplikasi Kehamilan	0,000	2,01
Riwayat Komplikasi Persalinan	0,000	5,52
Masalah Dalam Pelayanan Kesehatan	0,017	1,15
Kunjungan Pemeriksaan Antenatal	0,028	0,87
Persiapan Persalinan	0,391	0,95
Penolong Persalinan	0,007	0,78
Tempat Persalinan	0,818	1,02

Tabel 5.15 Tahapan Pengeluaran Variabel

<i>Variabel</i>	<i>II</i>	<i>III</i>
Paritas	0,000	0,000
Komplikasi Kehamilan	0,000	0,000
Riwayat Komplikasi Persalinan	0,000	0,000
Masalah Dalam Pelayanan Kesehatan	0,016	0,018
Kunjungan Pemeriksaan Antenatal	0,029	0,020
Persiapan Persalinan	0,403	---
Penolong Persalinan	0,001	0,000
Tempat Persalinan	---	---

Tabel 5.16 Model Akhir Analisis Multivariat

<i>Variabel</i>	<i>P Value</i>	<i>OR (95% CI)</i>
Paritas	0,000	1,33 (1,18-1,48)
Komplikasi Kehamilan	0,000	2,02 (1,69-2,42)
Riwayat Komplikasi Persalinan	0,000	5,52 (4,32-7,06)
Masalah Dalam Pelayanan Kesehatan	0,018	1,15 (1,02-1,29)
Kunjungan Pemeriksaan Antenatal	0,020	0,86 (0,76-0,98)
Penolong Persalinan	0,000	0,79 (0,69-0,89)

Dari pemodelan akhir didapat variabel yang signifikan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah Paritas, Komplikasi Kehamilan, Riwayat Komplikasi Persalinan Dahulu, Masalah Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan, Kunjungan Pemeriksaan Antenatal, dan Penolong Persalinan.

Ibu dengan paritas 1 atau lebih dari 4 anak berisiko 1,3 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu dengan paritas 2-3 anak setelah dikontrol oleh variabel komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan dahulu, masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, kunjungan pemeriksaan antenatal, dan penolong persalinan.

Ibu yang mengalami komplikasi pada kehamilan berisiko 2 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi

kehamilan setelah dikontrol oleh variabel paritas, riwayat komplikasi persalinan dahulu, masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, kunjungan pemeriksaan antenatal, dan penolong persalinan.

Ibu yang memiliki riwayat komplikasi pada persalinan dahulu berisiko 5,5 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat komplikasi pada persalinan dahulu setelah dikontrol oleh variabel paritas, komplikasi kehamilan, masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, kunjungan pemeriksaan antenatal, dan penolong persalinan.

Ibu yang menghadapi masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan berisiko 1,15 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang tidak menghadapi masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan setelah dikontrol oleh variabel paritas, komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan dahulu, kunjungan pemeriksaan antenatal, dan penolong persalinan.

Ibu yang tidak melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali berisiko 0,86 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali setelah dikontrol oleh variabel paritas, komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan dahulu, masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, dan penolong persalinan.

Ibu yang memilih persalinan bukan dengan tenaga kesehatan berisiko 0,79 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang memilih persalinan dengan tenaga kesehatan setelah dikontrol oleh variabel paritas, komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan dahulu, masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, dan kunjungan pemeriksaan antenatal.

Nilai *Odds Ratio* terbesar pada variabel Riwayat Komplikasi Persalinan Dahulu, sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian komplikasi persalinan adalah riwayat persalinan dahulu.

BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang tidak dapat dihindari sehingga dapat mempengaruhi hasil penelitian. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dari hasil SDKI 2007 maka peneliti tidak dapat mengontrol kualitas data secara langsung, dan variabel yang diteliti terbatas pada data yang tersedia.

6.1.1 Desain Penelitian

Desain *cross sectional* dalam penelitian ini kurang dapat menjelaskan hubungan sebab akibat karena variabel yang diteliti tidak mempunyai sekuen waktu antara paparan dan *outcome* (kejadian komplikasi persalinan) yang jelas. Hubungan yang dihasilkan hanya hubungan yang menunjukkan keterkaitan saja.

6.1.2 Variabel Penelitian

Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini hanya variabel yang tersedia datanya dari hasil SDKI 2007 sesuai dengan tujuan penelitian. Terdapat beberapa variabel yang secara teoritis berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan, antara lain status gizi, riwayat penyakit kronis, dan penggunaan KB, namun variabel tersebut tidak dapat diikutsertakan dalam analisis penelitian ini karena data yang tersedia tidak menggambarkan keadaan pada waktu kehamilan dan persalinan anak terakhir.

6.1.3 Kemungkinan Bias Informasi

6.1.3.1 Bias Ingatan (*recall bias*)

SDKI 2007 menggunakan metode wawancara berdasarkan kuisisioner yang telah dirancang, yaitu dengan menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan faktor ibu, riwayat kehamilan dan riwayat kelahiran. *Recall bias* dapat terjadi pada saat responden ditanya tentang kehamilan dan persalinan dimana responden kurang mampu mengingat persis kejadian yang dialami dalam periode 5 tahun sebelum

survei sehingga informasi yang diberikan dapat bias. Pengaruh bias ini dapat memperbesar atau memperkecil pengaruh paparan yang sesungguhnya.

6.1.3.2 Bias Pewawancara (*interviewer bias*)

Walaupun telah dilakukan pelatihan pewawancara SDKI 2007, bias pewawancara kemungkinan tetap dapat terjadi karena adanya perbedaan tingkat pemahaman dan persepsi dalam memahami modul pelatihan pewawancara sehingga timbul bias dalam menginterpretasikan informasi yang diberikan responden atau dalam mengklasifikasikan jawaban responden.

Namun meskipun terdapat beberapa keterbatasan seperti yang diuraikan di atas, instrumen yang digunakan dalam SDKI 2007 dinilai mempunyai validitas dan reliabilitas yang baik.

6.2 Hasil Penelitian

Di dalam pembahasan hasil penelitian ini, peneliti menguraikan tentang penjelasan hubungan antara variabel. Meskipun tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat tetapi dengan dilakukannya analisis multivariat diharapkan dapat memberikan analisis yang cukup baik mengenai determinan kejadian komplikasi persalinan setelah dikontrol oleh variabel lainnya.

Penggunaan metode statistik yang tepat dalam menganalisis data survei sangat mempengaruhi hasil penelitian, karena itu peneliti melakukan analisis dengan metode sesuai rancangan sampling SDKI 2007 yaitu dengan memperhatikan pembobotan, unit sampling dan strata.

6.2.1 Kejadian Komplikasi Persalinan

Kejadian komplikasi persalinan di Indonesia berdasarkan analisis SDKI 2007 dalam kurun waktu tahun 2002-2007 masih cukup tinggi yaitu sebesar 43,7%. Jenis komplikasi persalinan yang terjadi adalah persalinan lama (36,7%), perdarahan berlebihan (8,9%), demam/infeksi (6,8%), kejang dan pingsan (2,0%), dan komplikasi lainnya (4%).

Hasil penelitian Senewe dan Sulistyowati (2002) berdasarkan analisis SKRT 2001 menemukan bahwa kejadian komplikasi persalinan adalah sebesar 24% dengan jenis komplikasi yaitu persalinan lama 15,4%, perdarahan 7,9%, preeklampsia/eklampsia 7,9% dan demam/infeksi 3,9%.

Menurut Djaja dan Suwandono (2006), dalam laporannya tentang Determinan Morbiditas Maternal di Indonesia dari Regional Health Forum WHO South-East Asia Region, prevalensi persalinan lama cukup tinggi yaitu dari 6,2% sampai 17,2%. Penyebab persalinan lama ini karena panggul sempit sehingga terdapat disproporsi kepala-panggul. Faktor penyebabnya seperti genetik, fisik, dan lingkungan, termasuk pengaruh nutrisi dalam pertumbuhan remaja wanita. Persalinan lama ini dapat memicu terjadinya perdarahan dan ruptur uteri.

Risiko persalinan lama dapat dideteksi salah satunya dengan pengukuran tinggi badan dimana tinggi badan kurang dari 150 cm dianggap sebagai nilai tengah untuk memprediksi kehamilan risiko tinggi. Disamping itu penyebab persalinan lama adalah malposisi atau malpresentasi. Kejadian ini lebih sering ditemukan pada grandemultipara dan kehamilan ganda. Pemeriksaan perut dengan pengukuran tinggi fundus uteri pada kehamilan lanjut dapat menunjukkan kemungkinan adanya janin besar, kehamilan ganda, polihidroamnion, dan kelainan presentasi atau posisi janin (Carroli, Rooney dan Villar, 2001).

WHO partograph harus digunakan selama persalinan pada semua ibu. Pada keadaan persalinan lama instrumen ini sangat berguna dalam mengambil keputusan apakah akan tetap menunggu atau mempertimbangkan untuk menggunakan tindakan dalam persalinan pervaginam, ataupun memutuskan untuk melakukan tindakan seksio sesarea (Fauveau dan de Bernis, 2006).

Perdarahan postpartum adalah penyebab utama kematian ibu. Perdarahan ini dapat dicegah dengan manajemen aktif kala III dan suntikan oksitosin. Beberapa faktor risiko perdarahan postpartum yaitu preeklampsia, riwayat perdarahan pada persalinan sebelumnya, kehamilan ganda dan grandemultiparitas dapat diprediksi

saat pemeriksaan antenatal. Penelitian kasus kontrol terhadap perdarahan postpartum menunjukkan bahwa kala III yang lama, tindakan episiotomi, persalinan macet, dan perlukaan jalan lahir berhubungan dengan perdarahan postpartum (Carroli, Rooney dan Villar, 2001).

Infeksi dalam persalinan dan masa nifas dapat disebabkan selaput ketuban yang pecah sebelum persalinan dimulai sehingga kuman dari luar masuk melewati jalan lahir. Pemeriksaan dalam vagina juga meningkatkan risiko infeksi ini. Pendidikan kesehatan dengan mempromosikan persalinan yang bersih di rumah, distribusi peralatan bersalin yang bersih dan mempromosikan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil dapat mencegah timbulnya infeksi. Pada keadaan selaput ketuban pecah sebelum persalinan dimulai, antibiotik profilaksis dapat mencegah terjadinya infeksi maternal dan neonatal (Carroli, Rooney dan Villar, 2001).

Kewapadaan universal dalam kontrol terhadap infeksi pada persalinan normal dan persalinan dengan komplikasi seringkali terabaikan. Harus dilakukan pengawasan yang ketat dalam hal disinfeksi ruang bersalin, instrumen yang digunakan, dan penggunaan sarung tangan. Hal ini menjadi semakin penting dengan adanya epidemi HIV (Fauveau dan de Bernis, 2006).

Pencegahan kejang selama persalinan adalah dengan pengontrolan tekanan darah secara teratur saat kehamilan dan setelah bayi dilahirkan. Magnesium sulfat merupakan obat pilihan untuk pencegahan dan pengobatan kejang karena eklamsi. Obat yang sangat esensial dan murah ini harus selalu tersedia dalam partus kit (Fauveau dan de Bernis, 2006).

6.2.2 Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan

Hasil akhir analisis multivariat didapatkan beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan. Determinan yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan tersebut adalah paritas, komplikasi kehamilan dan riwayat persalinan dahulu, masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, kunjungan pemeriksaan antenatal, pemilihan penolong persalinan.

6.2.2.1 Faktor Karakteristik Ibu

Karakteristik ibu yaitu pendidikan dan status ekonomi tidak berhubungan langsung dengan kejadian komplikasi persalinan. Pendidikan dan status ekonomi merupakan determinan kontekstual (*distant determinant*) dalam morbiditas dan mortalitas maternal. Determinan ini akan mempengaruhi akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ibu yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya dan mencari pelayanan antenatal bila hamil, dan memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan. Mereka lebih mudah mendapatkan dan menerima informasi yang diberikan berkaitan dengan kesehatan dan kehamilannya. Disamping itu status ekonomi keluarga menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut. Ibu dengan status ekonomi tinggi lebih mempunyai pilihan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Secara umum, pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang tidak merata sangat erat hubungannya dengan kemiskinan, pendidikan wanita, faktor geografis dan pembangunan sosial. Kaum ibu yang miskin dan tidak berpendidikan mengalami kesulitan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan karena keterbatasan biaya dan ketidaktahuan. Angka kematian maternal yang tinggi di suatu negara sesungguhnya mencerminkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan, terutama sistem rujukannya, tingkat kesejahteraan rakyat dalam arti luas, faktor demografis, geografis dan sebagainya (Depkes, 2001a).

6.2.2.2 Faktor Status Reproduksi

Status reproduksi ibu adalah umur ibu saat persalinan, paritas, jarak kelahiran, komplikasi kehamilan dan riwayat komplikasi persalinan dahulu. Hasil penelitian menunjukkan umur ibu saat persalinan dan jarak kelahiran tidak berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan. Namun primipara dan grandemultipara ≥ 4 anak berisiko 1,33 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan multipara 2-3 anak. Proporsi komplikasi persalinan pada ibu dengan primipara dan grandemultipara ≥ 4 anak adalah sebanyak 46,3%. Umur ≤ 19 tahun dan ≥ 35 tahun, primipara dan grandemultipara ≥ 4 anak, dan jarak kelahiran ≤ 24 bulan

sebenarnya merupakan faktor risiko untuk terjadinya komplikasi persalinan. Namun dalam penelitian ini menjadi tidak berhubungan karena umur ibu berisiko dan jarak kelahiran berisiko mempunyai persentase yang kecil dari keseluruhan jumlah sampel penelitian.

Persalinan yang kedua dan yang ketiga merupakan persalinan yang paling aman. Risiko akan semakin meningkat pada kehamilan selanjutnya. Persalinan pertama yang berisiko hanya dapat diatasi dengan asuhan antenatal yang lebih baik. Kejadian preeklampsia dan eklampsia lebih sering terjadi selama kehamilan anak yang pertama dan jarang pada kehamilan berikutnya (Manuaba, 1999).

Ibu dengan paritas tinggi akan mempunyai risiko yang lebih besar terhadap kejadian komplikasi persalinan terutama perdarahan postpartum. Wanita yang mempunyai anak sama dengan atau lebih dari enam mempunyai risiko yang lebih besar untuk terjadinya perdarahan postpartum karena atonia uteri. Pada ibu yang sering melahirkan, otot uterusnya sering diregangkan sehingga mengakibatkan menipisnya dinding uterus yang akhirnya menyebabkan kontraksi uterus menjadi lemah. Pecahnya uterus merupakan komplikasi persalinan yang sering terjadi pada ibu yang sebelumnya telah melahirkan beberapa orang anak (Royston dan Armstrong, 1994).

Keluhan komplikasi kehamilan dilaporkan oleh sebanyak 10,6% ibu yang ditandai dengan gejala persalinan sebelum 9 bulan (2,3%), perdarahan sebelum persalinan (2,5%), kelainan letak janin (1,1%), demam (1,0%), kejang (0,4%), hipertensi (0,4%), pusing (0,4%), edema/bengkak (0,3%), dan komplikasi lainnya (3,7%). Proporsi ibu dengan komplikasi kehamilan yang mengalami komplikasi pada persalinannya adalah sebanyak 62,3% dari semua ibu yang mengalami komplikasi kehamilan. Beberapa masalah komplikasi kehamilan mungkin terdeteksi ketika ibu memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan. Komplikasi kehamilan yang dilaporkan adalah gejala komplikasi pada trimester ketiga. Komplikasi selama kehamilan berhubungan erat dengan kejadian komplikasi persalinan (OR=2,15; 95% CI 1,81-2,54), dimana ibu yang mengalami komplikasi selama

kehamilannya berisiko 2,15 kali mengalami komplikasi pada persalinannya dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi pada kehamilannya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Sihombing (2004) dari analisis SKRT 2001 yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara riwayat komplikasi kehamilan dengan kejadian komplikasi persalinan (OR=6,0). Dan menurut Senewe dan Sulistyowati (2002) dari analisis SKRT 2001 yang meneliti determinan kejadian komplikasi persalinan di Indonesia, menunjukkan bahwa faktor riwayat komplikasi kehamilan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian komplikasi persalinan (OR= 2,88).

Menurut Manuaba (1998), ibu yang pernah mengalami komplikasi kehamilan akan menghadapi risiko terjadinya komplikasi persalinan. Gejala komplikasi yang menyertai kehamilan dapat berupa perdarahan antepartum, demam tinggi, eklampsia, mual muntah berlebihan (*hiperemesis gravidarum*).

Wanita dengan risiko eklampsia harus dideteksi dan ditatalaksana di rumah sakit dimana tersedia penanganan suportif dan persalinan dapat direncanakan. Deteksi dini hipertensi pada kehamilan dapat diukur dengan pengukuran tekanan darah, walaupun tidak semua ibu dengan hipertensi ini akan berkembang menjadi preeklampsia dan eklampsia. Edema/bengkak seluruh tubuh adalah salah satu tanda preeklampsia, namun harus diperkuat dengan pemeriksaan tekanan darah dan proteinuria. Pencegahan preeklampsia ini adalah dengan suplementasi kalsium, minyak ikan dan obat antiplatelet. Suplemen kalsium dapat mengurangi risiko hipertensi, dan mencegah persalinan prematur (Carroli, Rooney dan Villar, 2001).

Upaya deteksi dini kehamilan risiko tinggi perlu mendapat perhatian yang sungguh-sungguh agar komplikasi persalinan yang dapat menyebabkan kematian maternal dan neonatal dapat dicegah. Diharapkan ibu yang mengalami komplikasi sewaktu hamil mencari nasihat atau pengobatan dari tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Walaupun kebanyakan komplikasi obstetri (kehamilan dan persalinan)

tidak dapat dicegah dan diperkirakan sebelumnya, tidak berarti bahwa komplikasi tersebut tidak dapat ditangani. Mengingat bahwa setiap ibu hamil berisiko untuk mengalami komplikasi obstetri, maka mereka perlu memiliki akses terhadap pelayanan kegawatdaruratan obstetri. Intervensi untuk mendekatkan pelayanan obstetri kepada setiap ibu hamil didasari oleh tiga premis, yaitu: 1) bahwa sebagian ibu hamil akan mengalami komplikasi obstetri, 2) sebagian besar dari kejadian komplikasi tersebut tidak dapat diperkirakan atau dicegah, dan 3) perempuan yang mengalami komplikasi harus mendapatkan pelayanan obstetri agar diri dan janinnya dapat diselamatkan sekaligus mencegah kesakitan yang berkepanjangan (Depkes, 2001a).

Secara konseptual telah disepakati bahwa pelayanan yang harus diberikan kepada semua ibu disebut pelayanan dasar, yaitu pelayanan kesehatan minimal bagi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas. Termasuk dalam pelayanan ini adalah deteksi tanda bahaya atau risiko tinggi sedini mungkin, serta pemberian informasi tentang upaya menjaga kehamilan dan mempersiapkan persalinan agar berakhir dengan baik. Bagi kelompok ibu tertentu diperlukan pelayanan esensial, yaitu pelayanan bagi ibu dengan kehamilan bermasalah, yang memiliki komplikasi atau potensial memiliki komplikasi. Sedangkan pelayanan emergensi adalah serangkaian prosedur untuk penyelamatan jiwa ibu dan atau bayinya yang mengalami komplikasi serius (Depkes, 2004a).

Riwayat komplikasi pada persalinan sebelumnya adalah adanya persalinan lama (6,7%), perdarahan berlebih (1,6%), demam (1,3%), kejang (0,4%), komplikasi lainnya (0,4%), dan persalinan dengan seksiosesarea (0,8%). Proporsi ibu dengan riwayat komplikasi pada persalinan sebelumnya yang mengalami komplikasi pada persalinan berikutnya adalah sebanyak 80,1% dari semua ibu yang memiliki riwayat komplikasi pada persalinan sebelumnya. Terdapat hubungan yang erat antara riwayat komplikasi pada persalinan sebelumnya dengan kejadian komplikasi persalinan (OR=5,14; 95% CI 4,05-6,51), dimana ibu yang memiliki riwayat komplikasi pada persalinan sebelumnya berisiko 5,14 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat komplikasi

pada persalinan sebelumnya. Dan riwayat komplikasi persalinan sebelumnya ini merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan.

Menurut Djaja dan Suwandono (2006) dalam Regional Health Forum WHO South-East Asia Region (Vol.4), morbiditas maternal selama persalinan sebelumnya merupakan faktor risiko untuk mengalami morbiditas yang sama untuk persalinan berikutnya (OR=9,54). Risiko perdarahan setelah persalinan (postpartum) lebih tinggi pada ibu dengan kejang (OR=37) dan mengalami perdarahan saat persalinan. Perdarahan postpartum kebanyakan disebabkan oleh atonia uteri dan persalinan lama (OR=15), disamping penyebab lainnya yaitu retensio plasenta dimana plasenta belum keluar setelah 1 jam setelah anak lahir. Perdarahan selama persalinan umumnya disebabkan laserasi/perluasan pada jalan lahir dimana keadaan ini dapat berlanjut sampai masa nifas.

Menurut Carroli, Rooney dan Villar (2001), riwayat perdarahan postpartum mempunyai risiko relatif 1,6 kali untuk berulang pada persalinan berikutnya. Karena itu wanita dengan riwayat perdarahan postpartum harus dirujuk ke pelayanan yang memiliki tenaga dokter spesialis kebidanan, anestesi dan tersedia transfusi darah.

6.2.2.3 Faktor Akses Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan kesehatan mencakup wilayah tempat tinggal, pelayanan antenatal yang didapat, informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan, dan masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Wilayah tempat tinggal dapat menggambarkan ketersediaan fasilitas dan tenaga pelayanan kesehatan dimana wilayah perkotaan lebih banyak memiliki fasilitas dan tenaga pelayanan kesehatan dibanding wilayah pedesaan. Namun tidak terdapat hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian komplikasi persalinan.

Ibu yang memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan yang mendapat pelayanan antenatal memenuhi standar 5T (timbang berat badan, ukur tekanan darah, periksa tinggi fundus uteri, pemberian tablet zat besi, pemberian suntikan tetanus toksoid) hanya sebesar 16,9%. Bila dilihat persentase pemeriksaan antenatal pada tenaga kesehatan sebanyak 93,3%, maka yang mendapat pelayanan antenatal sesuai standar pelayanan hanya seperlimanya. Ini menunjukkan kualitas pelayanan yang masih sangat jauh dari yang diharapkan.

Komponen pemeriksaan yang harus diberikan pada setiap pelayanan antenatal sudah disederhanakan agar dapat dilakukan di semua fasilitas pelayanan antenatal. Pemeriksaan yang paling jarang dilakukan adalah pengukuran tinggi badan. Padahal tinggi badan yang kurang dari 150 cm dapat memprediksi kemungkinan adanya disproporsi kepala panggul yang dapat menyebabkan persalinan lama. Penimbangan berat badan setiap kali kunjungan antenatal berguna untuk menilai penambahan berat badan ibu hamil dan janin yang dikandungnya, dan juga untuk memantau adanya pertumbuhan janin terhambat sehingga mencegah risiko terjadinya bayi berat lahir rendah. Perabaan tinggi fundus uteri juga berguna untuk menilai besarnya uterus sesuai dengan umur kehamilan. Dengan metode *Leopold* pada perabaan perut dapat diperkirakan posisi dan letak janin, serta kemungkinan adanya kehamilan ganda. Pengukuran tekanan darah berguna untuk menilai adanya gejala hipertensi dalam kehamilan. Dan pengukuran ini akan memberikan hasil yang lebih baik lagi bila ditambah dengan pemeriksaan proteinuria untuk menilai adanya preeklamsi berat sehingga dapat mencegah terjadinya eklamsi. Pemberian tablet besi yang dianjurkan adalah sebanyak minimal 90 tablet selama periode kehamilan. Akan lebih baik lagi bila dapat ditegakkan diagnosis adanya anemia pada kehamilan dengan pemeriksaan kadar Hb. Pemberian imunisasi tetanus toksoid berguna untuk mencegah terjadinya infeksi tetanus, terutama untuk mencegah penularan pada bayi baru lahir.

Saat ini Depkes telah mengembangkan standar asuhan pelayanan antenatal dengan kriteria 7T dengan penambahan komponen pemeriksaan Tes terhadap IMS (Infeksi Menular Seksual) dan Temuwicara dalam rangka persiapan rujukan. Tes terhadap IMS ini perlu dilakukan untuk mencegah penularan infeksi pada bayi. Temuwicara penting dilakukan dan diharapkan tenaga kesehatan dapat memberikan KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) pada ibu hamil dan keluarga tentang persiapan persalinan, dimana akan melahirkan, transportasi ke tempat persalinan, siapa yang akan menolong persalinan, dan biaya untuk persalinan, serta persiapan untuk rujukan bila terdapat komplikasi kehamilan dan persalinan. Dengan adanya persiapan ini diharapkan keadaan Tiga Terlambat yang seringkali terjadi sudah didiskusikan sejak dari kehamilan. Bahkan Depkes sedang mengembangkan lagi standar pelayanan menjadi kriteria 10T. Walaupun faktor pelayanan antenatal ini tidak berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan namun dari cakupan ibu yang mendapat pelayanan antenatal sesuai standar dapat dinilai keberhasilan program pelayanan antenatal itu sendiri.

Pada siklus kehamilan, fokus pelayanan diarahkan pada pelayanan kesehatan ibu hamil dan antenatal care (ANC) yang dilakukan sejak awal kehamilan. Pelayanan antenatal adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan janinnya, yang meliputi pemeriksaan kehamilan dan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan, pemberian intervensi dasar, serta mendidik dan memotivasi ibu hamil agar dapat merawat dirinya sendiri selama hamil dan mempersiapkan persalinannya. Tujuan pelayanan antenatal adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu selama kehamilannya, dan secara khusus bertujuan untuk mendeteksi dan menanggulangi kehamilan risiko tinggi secara dini (Depkes, 2003).

Melalui pelayanan antenatal yang berkualitas sebenarnya perkembangan kesehatan ibu hamil setiap saat bisa dipantau dan secara dini dapat dilakukan tindakan/intervensi dalam rangka mengeliminir berbagai faktor risiko kejadian

kematian ibu maternal. Pemantauan pelayanan antenatal dilakukan pada pelayanan K1 sebagai aksesibilitas ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan dan K4 yang dianggap sebagai mutu terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil. Ibu hamil dengan status K4 sedikitnya telah mendapatkan pelayanan 7T (pemeriksaan tinggi fundus uteri, timbang berat badan, pengukuran tekanan darah, pemberian imunisasi Tetanus Toxoid, pemberian tablet besi minimal 90 tablet, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temuwicara dalam rangka persiapan rujukan) selama minimal 4 kali kunjungan. Dengan demikian faktor risiko terkait dengan anemia, perdarahan, eklamsi, infeksi atau beberapa faktor risiko tidak langsung lainnya dapat dicegah termasuk dengan melakukan rujukan ke tingkat pelayanan yang lebih lengkap (Depkes, 2008).

Penatalaksanaan risiko tinggi kehamilan pada kunjungan terakhir pelayanan antenatal sebelum persalinan memberikan hasil maksimal untuk memprediksi keadaan saat persalinan, walaupun 15% ibu tanpa faktor risiko komplikasi pada akhir kehamilan dapat mengalami komplikasi pada persalinannya (Berglund dan Lindmark, 2000).

Informasi pelayanan kesehatan khususnya informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan hanya didapat oleh sebanyak 35,1% ibu. Informasi ini diberikan oleh tenaga kesehatan sewaktu ibu mendapatkan pelayanan antenatal. Dalam masa kehamilan, petugas kesehatan harus memberikan pendidikan pada ibu hamil tentang menjaga diri agar tetap sehat dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas. Disamping itu juga meningkatkan kesadaran mereka tentang kemungkinan adanya risiko tinggi atau terjadinya komplikasi dalam kehamilan dan persalinan dan cara mengenali komplikasi tersebut. Walaupun tidak terdapat hubungan antara informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan, namun informasi ini sangat penting diperoleh semua ibu agar dapat mengenali tanda dan gejala komplikasi tersebut secara dini.

Hasil penelitian ini menunjukkan masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan salah satu determinan kejadian komplikasi persalinan. Ibu yang menghadapi masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan lebih berisiko 1,15 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang tidak memiliki masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Masih banyak ibu yang menghadapi masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, terutama mendapatkan uang untuk berobat, jarak ke fasilitas kesehatan dan transportasi ke fasilitas kesehatan. Ini menunjukkan akses pelayanan kesehatan dalam hal keterjangkauan dari segi biaya, jarak, dan transportasi masih belum optimal walaupun fasilitas pelayanan kesehatannya sudah tersedia.

Beberapa faktor yang menjadi masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dapat menghalangi ibu untuk mendapatkan informasi kesehatan dan pengobatan ketika mereka memerlukan. Dalam SDKI 2007 semua perempuan ditanya apakah mendapatkan pelayanan kesehatan untuk mereka merupakan masalah besar atau tidak berkenaan dengan hal-hal sebagai berikut: mengetahui harus pergi kemana, memperoleh izin untuk bepergian, memperoleh uang untuk pengobatan, jarak ke fasilitas kesehatan terjangkau, transportasi ke fasilitas kesehatan tersedia, tidak berani bepergian sendiri, dan keraguan tidak adanya tenaga kesehatan perempuan. Hal ini terkait dengan hubungan antara status perempuan dengan kemampuannya untuk mendapatkan akses dan menggunakan pelayanan kesehatan.

Faktor-faktor yang menentukan status perempuan antara lain tingkat pendidikan, pekerjaan, keberdayaan perempuan yang memungkinkan perempuan lebih aktif dalam menentukan sikap dan lebih mandiri dalam memutuskan hal yang terbaik bagi dirinya (termasuk kesehatan dan kehamilannya). Pemberdayaan perempuan merupakan salah satu kata kunci dari keberhasilan upaya *Safe Motherhood*. Disamping itu juga didukung ketersediaan sumberdaya (misalnya tenaga kesehatan perempuan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia), serta ketersediaan dan kemudahan transportasi (Depkes, 2007).

Menurut Utomo, et al (2007) dalam laporan hasil penelitian IMMPACT Indonesia, menemukan bahwa biaya menghambat akses pelayanan kebidanan dan penggunaan pelayanan kesehatan masih rendah walaupun di daerah dengan densitas bidan yang memadai.

Penelitian Trihono (2007) di Kabupaten Bogor Jawa Barat menunjukkan bahwa asuransi kesehatan masyarakat miskin terbukti mempengaruhi pemanfaatan persalinan oleh tenaga kesehatan, peserta askeskin mempunyai kemungkinan melahirkan ke bidan 2 kali lebih besar dibanding bukan peserta. Disamping itu faktor geografis yaitu kedekatan rumah ibu dengan rumah bidan dan kemudahan transportasi yang digunakan juga terbukti mempengaruhi pemanfaatan persalinan oleh tenaga kesehatan, dimana keluarga miskin yang dekat dari rumah bidan mempunyai kemungkinan bersalin ke bidan 6 kali lebih besar dibanding keluarga miskin yang jauh dari rumah bidan.

Akses terhadap pelayanan kesehatan mencakup ketersediaan dan keterjangkauan. Ketersediaan adalah tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan dengan jumlah dan kualitas yang memadai. Keterjangkauan pelayanan kesehatan mencakup jarak, waktu dan biaya. Sedangkan penggunaan pelayanan kesehatan tersebut tergantung pada aksesibilitas masyarakat terhadap informasi. Upaya pelayanan dan program kesehatan ibu maternal difokuskan pada peningkatan aksesibilitas serta kualitas pelayanan terkait dengan berbagai faktor risiko yang menjadi penyebab utama kematian ibu maternal. Upaya peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui paket penempatan tenaga bidan dan polindes di berbagai pelosok pedesaan serta tenaga dokter di daerah terpencil atau sangat terpencil. Sedangkan dari aspek peningkatan kualitas pelayanan, dilakukan melalui upaya peningkatan kemampuan atau kompetensi tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan dasar dan rujukan (PONED/PONEK), serta berbagai program intervensi seperti peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, deteksi dini risiko tinggi, dan rujukan pada kelompok risti yang ditemukan (Depkes, 2008).

Walaupun kebanyakan komplikasi obstetri tidak dapat dicegah dan diperkitakan sebelumnya, tidak berarti bahwa komplikasi tersebut tidak dapat ditangani. Mengingat bahwa setiap ibu hamil berisiko untuk mengalami komplikasi obstetri, maka perlu mempunyai akses terhadap pelayanan kegawat-daruratan obstetri. Intervensi untuk mendekatkan pelayanan obstetri kepada setiap ibu hamil didasari oleh tiga premis, yaitu: (a) bahwa sebagian ibu hamil akan mengalami komplikasi obstetri, (b) sebagian besar dari kejadian komplikasi tersebut tidak dapat diperkirakan atau dicegah, (c) perempuan yang mengalami komplikasi harus mendapatkan pelayanan obstetri agar diri dan janinnya dapat diselamatkan sekaligus tercegahnya kesakitan yang berkepanjangan (Depkes, 2007).

6.2.2.4 Faktor Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan antara lain kunjungan pemeriksaan antenatal yang dilakukan, persiapan persalinan, pemilihan penolong persalinan, dan pemilihan tempat persalinan. Kunjungan pemeriksaan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan pada tenaga kesehatan dimana frekuensi kunjungan pemeriksaan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, 2 kali pada trimester III. Bila dilihat persentase pemeriksaan antenatal pada tenaga kesehatan sebanyak 93,3%, yang melakukan kunjungan pemeriksaan minimal 4 kali (1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, 2 kali pada trimester III) hanya 65,5%.

Hasil penelitian menunjukkan kunjungan pemeriksaan antenatal berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan, tetapi hubungan ini bersifat protektif dimana ibu yang tidak melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,86 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali. Namun dari pelayanan antenatal yang diberikan hanya sedikit yang mendapat pelayanan antenatal memenuhi kriteria 5T. Beberapa komplikasi persalinan seharusnya dapat dideteksi dengan standar pelayanan antenatal yang memenuhi kriteria tersebut. Terdapat hubungan positif antara tingkat pendidikan dan status

ekonomi dengan kunjungan pemeriksaan antenatal ini dimana ibu dengan pendidikan tinggi dan status ekonomi tinggi akan melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali karena mereka mempunyai pilihan untuk itu dan lebih mudah diberi penjelasan tentang informasi kesehatan. Namun yang terjadi adalah ibu yang lebih sering memeriksakan kehamilan adalah mereka yang merasakan adanya keluhan atau diberi tahu bahwa kehamilan yang mereka jalani berisiko tinggi.

Laporan program kesehatan ibu menunjukkan bahwa persentase ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 1 kali cukup tinggi, namun persentase yang mengunjungi klinik antenatal empat kali sesuai standar nasional adalah lebih rendah. Laporan menunjukkan pula bahwa ibu hamil menganggap mutu pelayanan rendah (Depkes, 2001a).

Menurut Carolli, Rooney, dan Villar (2001) dari penelitian di Zimbabwe, efektifitas kunjungan antenatal empat kali sama efektifnya dengan kunjungan enam kali atau lebih. Dan efektifitas pemeriksaan antenatal yang diberikan oleh bidan atau dokter umum sama efektifnya dengan pemeriksaan antenatal yang diberikan oleh dokter spesialis kebidanan.

Hasil penelitian Lindmark, Berendes dan Meirik (1998) menunjukkan wanita di beberapa negara lebih memilih melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas pelayanan swasta/privat dibandingkan fasilitas pemerintahan bila mereka mempunyai pilihan untuk itu. Walaupun sebenarnya biaya yang harus dibayarkan pada fasilitas pelayanan swasta/privat tidak memberikan garansi kualitas pelayanan yang lebih baik daripada fasilitas pelayanan pemerintahan. Tapi yang menjadi pilihan ibu adalah perhatian terhadap masalah yang mereka hadapi dalam kehamilan, kesinambungan pelayanan, dan pelayanan yang lebih individual dan ramah. Seringkali pelayanan di fasilitas pemerintahan tidak dapat memenuhi harapan mereka.

Sekarang di berbagai daerah di Indonesia sudah terdapat bidan desa walaupun jumlahnya masih jauh dari kebutuhan yang memadai. Seorang ibu hamil sudah terbiasa memeriksakan kehamilannya pada bidan desa untuk mendapatkan perawatan, serta mengikuti kegiatan posyandu setiap bulan dalam memelihara kesehatan ibu dan anak sebagai program resmi pemerintah. Biasanya mereka akan mendatangi bidan desa kalau ada keluhan yang tidak mampu ditangani oleh dukun. Namun keberadaan bidan desa ini kurang menimbulkan rasa aman dan menyenangkan bagi ibu-ibu hamil yang menggunakannya karena model pendekatannya sebagaimana berlaku hubungan dokter-pasien di rumah sakit. Selain itu biaya perjalanan yang mahal dan sulit dijangkau karena jarak dari tempat tinggal ke fasilitas kesehatan di desa itu cukup jauh. Dalam kondisi demikian keberadaan dukun masih diperlukan masyarakat terutama golongan ekonomi rendah dan pendidikan rendah karena dukun tersebut selalu tersedia dan terjangkau karena keberadaannya dekat dengan masyarakat, dan dapat memberikan rasa aman bagi ibu walaupun mereka mengetahui kualitas keterampilannya masih diragukan. Disinilah tantangan yang harus diperbaiki oleh penyedia pelayanan kesehatan untuk lebih memahami kebutuhan ibu-ibu terutama di desa-desa dan daerah terpencil.

Persiapan persalinan yang dilakukan ibu yaitu mendiskusikan dengan keluarga tentang tempat melahirkan, transportasi ke tempat melahirkan, penolong persalinan, dan biaya untuk persalinan, berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan. Namun setelah dikontrol oleh faktor lainnya, persiapan persalinan ini tidak berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan. Persiapan persalinan dan rujukan saat ini merupakan salah satu komponen dalam standar pelayanan antenatal kriteria 7T. Dengan adanya persiapan ini diharapkan keadaan yang berhubungan dengan Tiga Terlambat sudah didiskusikan dengan keluarga saat kehamilan.

Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara penolong persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan, tetapi hubungan ini bersifat protektif dimana ibu yang memilih penolong persalinan bukan dengan tenaga kesehatan

cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,79 kali dibandingkan ibu yang memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan. Persentase ibu yang memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan sebanyak 53,5%. Yang masuk dalam kriteria penolong persalinan tenaga kesehatan adalah penolong persalinan hanya tenaga kesehatan yaitu dokter umum, dokter spesialis kebidanan, bidan, perawat atau bidan desa tanpa campur tangan penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan seperti dukun, keluarga atau lainnya.

Menurut Sihombing (2004) dari analisis SKRT 2001 menemukan bahwa penolong persalinan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian komplikasi persalinan ($p = 0,015$, OR 2,412). Menurut Djaja dan Suwandono (2006) dari Regional Health Forum WHO South-East Asia Region (Vol.4), persalinan yang ditolong bukan oleh tenaga kesehatan mempunyai risiko 1,8 kali lebih tinggi mengalami demam selama nifas dibandingkan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Dalam hal ini penolong persalinan terkait dengan morbiditas ibu pada masa nifas.

Masih banyaknya persalinan yang ditolong bukan dengan tenaga kesehatan seperti dukun karena dukun mengerti budaya setempat dan memahami kebutuhan emosional ibu. Namun bagaimanapun dukun tidak dapat memberikan pelayanan yang efektif dalam mengatasi komplikasi kehamilan dan persalinan. Dalam penelitian Goodburn, et al. (2000) di Bangladesh, pemberian pelatihan untuk persalinan yang bersih pada dukun beranak dalam hal mencuci tangan dengan sabun, perawatan tali pusat yang bersih, dan tempat persalinan yang bersih tidak berhubungan bermakna dalam mencegah terjadinya infeksi postpartum. Artinya peran dukun tetap tidak dapat dijadikan alternatif dalam pemilihan penolong persalinan.

Pada siklus persalinan fokus pelayanan diarahkan pada peningkatan aksesibilitas serta kualitas pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan. Sesuai dengan pesan kunci program *Making Pregnancy Safer* bahwa semua ibu hamil dan bayi baru lahir harus mempunyai akses

terhadap pertolongan kehamilan, persalinan dan nifas oleh tenaga kesehatan terampil. Melalui penanganan oleh tenaga kesehatan terampil dengan kompetensi kebidanan dimaksud diharapkan berbagai faktor risiko kematian dalam proses persalinan seperti perdarahan, eklampsi, infeksi dan sebagainya dapat ditangani dengan benar sehingga tidak menimbulkan kematian ibu maternal. Indikator persalinan oleh tenaga kesehatan (dengan kompetensi kebidanan) merupakan indikator *proxy* yang sangat kuat dalam memotret angka kematian ibu maternal (Depkes, 2008).

Menurut definisi WHO, tenaga kesehatan terampil sebagai penolong persalinan adalah tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam menangani kelahiran normal dan mampu memberikan pelayanan obstetri emergensi dasar. Seorang tenaga kesehatan terampil dalam menolong persalinan harus mampu melakukan hal-hal di bawah ini (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997):

- 1) Asuhan persalinan normal menggunakan teknik asepsis
- 2) Manajemen aktif kala III dalam persalinan
- 3) Memberikan perawatan bayi baru lahir, termasuk resusitasi
- 4) Menatalaksana perdarahan pospartum dengan penggunaan oksitosin parenteral dan pemijatan abdominal
- 5) Melakukan plasenta manual
- 6) Menatalaksana eklampsi dengan pemberian antihipertensi parenteral
- 7) Mengenali dan menatalaksana infeksi postpartum dengan pemberian antibiotik parenteral
- 8) Menolong persalinan dengan tindakan melalui penggunaan ekstraksi vakum
- 9) Menatalaksana aborsi inkomplet dengan aspirasi vakum manual
- 10) Mengetahui bagaimana merujuk ibu ke pelayanan yang lebih tinggi dan menstabilisasi keadaan ibu selama dalam perjalanan

Menurut Utomo, et al. (2007) dari hasil penelitian IMMPACT di Indonesia, penggunaan pelayanan kesehatan masih rendah walaupun di daerah dengan densitas bidan yang memadai. Daerah pedesaan dan daerah terpencil kurang mendapat pelayanan karena tidak mempunyai bidan yang tinggal di desa. Ibu-ibu di desa dengan bidan yang tinggal di desa tersebut dan lebih berpengalaman

cenderung dilaporkan lebih banyak persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan kematian ibu yang lebih rendah.

Nilai $OR < 1$ yang artinya bersifat protektif pada kunjungan pemeriksaan antenatal dan pemilihan penolong persalinan harus lebih hati-hati dalam menginterpretasikannya sehingga bukan berarti pemeriksaan antenatal yang lebih sering dan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan malah berisiko untuk terjadinya komplikasi persalinan. Harus dianalisis lebih dalam untuk melihat karakteristik ibu yang berada dalam kelompok tersebut. Ternyata ibu yang melakukan pemeriksaan antenatal lebih dari empat kali dan ibu yang memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan lebih banyak pada ibu dengan pendidikan tinggi dan status ekonomi tinggi. Kelompok ibu dengan pendidikan tinggi dan status ekonomi tinggi akan lebih peduli dengan kesehatan dan lebih mudah mendapat/menerima informasi tentang kehamilannya dan mempunyai pilihan untuk mendapat pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Hasil penelitian Martha (2004) dari studi kualitatif di Kabupaten Serang dan Pandeglang tentang pengetahuan, persepsi dan sikap masyarakat tentang kematian ibu didapatkan informasi bahwa masih banyaknya masyarakat yang menganggap kehamilan dan persalinan adalah suatu proses alamiah sehingga gejala komplikasi tidak selalu dianggap sebagai sesuatu yang perlu dikhawatirkan. Kejadian komplikasi sering dikaitkan dengan adanya pelanggaran terhadap perilaku tertentu. Bahkan kematian pada ibu hamil dan melahirkan dianggap sebagai suatu peristiwa yang mulia karena ibu dinilai dalam kondisi mati syahid. Adanya persepsi dan sikap ini menyebabkan kurangnya kesadaran masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Dalam teori perilaku pencarian dan penggunaan pelayanan kesehatan, tindakan seseorang dipengaruhi oleh kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, manfaat dan rintangan, serta tanda-tanda yang dialami. Dalam hal ini ibu yang merasakan gejala komplikasi dan menganggap masalah tersebut penting untuk keselamatan diri dan bayinya akan lebih mencari pelayanan kesehatan yang

lebih baik, yaitu lebih sering melakukan pemeriksaan kehamilan dan memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan. Walaupun akses terhadap pelayanan kesehatan sudah tersedia dan terjangkau oleh masyarakat namun pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut ditentukan oleh akses terhadap informasi kesehatan. Karena itu akses informasi ini harus lebih didekatkan kepada masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan tersebut, sehingga terbentuk perilaku yang baik dari masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Disamping itu dari segi pemberi pelayanan perlu dilakukan penilaian apakah pelayanan kesehatan yang diberikan berkualitas sesuai standar yang telah ditetapkan, sehingga dapat mengurangi morbiditas ibu dalam hal ini komplikasi persalinan. Pelayanan yang tidak berkualitas dan tidak sesuai standar dapat menimbulkan sikap negatif dari masyarakat sebagai pengguna pelayanan sehingga mereka enggan untuk kembali memanfaatkan pelayanan kesehatan yang telah ada.

Sebanyak 59,6% persalinan masih dilakukan bukan di tempat fasilitas kesehatan. Hasil penelitian menemukan tempat persalinan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan. Namun setelah dikontrol oleh variabel lainnya pemilihan tempat persalinan ini sebenarnya terkait juga dengan pemilihan penolong persalinan. Menurut Saragih (2006) dari analisis SDKI 2002-2003 menemukan bahwa tempat persalinan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan dimana ibu yang melahirkan bukan di fasilitas kesehatan berisiko 1,36 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan. Masih tingginya angka persalinan yang dilakukan di rumah/bukan fasilitas kesehatan ini sering menyebabkan kasus rujukan yang terlambat akibat jarak yang jauh dan letak geografis yang sulit dijangkau, selain kendala yang menyangkut tiga terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa ke fasilitas kesehatan, terlambat mendapat pelayanan pelayanan kesehatan).

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tiga terlambat ini adalah:

- 1) Peningkatan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) kepada ibu hamil, suami dan keluarga secara dini dan terus menerus sehingga terbentuk kesadaran, kepedulian dan kesiapan mental.
- 2) Pemberdayaan ibu hamil, suami dan keluarga serta kepedulian, keterlibatan, dukungan sosial dengan bantuan dana dan transportasi dari masyarakat sekitarnya.
- 3) Peningkatan pemanfaatan fasilitas dan tenaga kesehatan untuk persalinan bersih dan aman berupa tempat dan penolong yang sesuai dengan kondisi ibu hamil dan bayinya.

6.3 Implikasi terhadap Program Pelayanan Kesehatan

Hasil analisis ini dapat menjadi masukan bagi program dimana determinan yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan tersebut dapat dicegah untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal. Kasus komplikasi kehamilan dan riwayat komplikasi persalinan dahulu dapat dicegah dengan deteksi dini pada pelayanan antenatal. Masih tingginya angka kejadian komplikasi persalinan agaknya berkaitan dengan faktor medis dan non medis, seperti pertolongan tenaga kesehatan yang kurang profesional, faktor kemiskinan dan lingkungan yang keseluruhannya merupakan mata rantai yang berhubungan satu dengan lainnya. Pemecahan masalahnya adalah dengan cara meningkatkan mutu dan jumlah tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan yang memadai dalam menolong seluruh siklus proses kehamilan (prenatal), selama hamil (antenatal), melahirkan (intrapartum), dan masa nifas dan selama menyusui (postpartum).

Pada dasarnya masyarakat sudah memahami pentingnya pemeriksaan kehamilan, namun motivasi untuk rajin memeriksakan kehamilan baik ada atau tidak adanya keluhan pada ibu tetap harus diberikan pada waktu kunjungan pemeriksaan antenatal yang pertama. Disamping itu tenaga kesehatan sebagai penyedia pelayanan kesehatan harus memberikan pelayanan antenatal sesuai standar yang telah ditetapkan Depkes pada setiap kali kunjungan baik ditemukan atau belum ditemukannya tanda-tanda komplikasi. Informasi yang diberikan pada ibu dan keluarga harus jelas dan lengkap, disamping mendiskusikan untuk persiapan

persalinan menyangkut siapa yang akan menolong, tempat bersalin, dan persiapan rujukan bila dijumpai adanya komplikasi yang tidak tertangani di tingkat pelayanan dasar.

Berkaitan dengan semua hal diatas sebenarnya tidak terlepas pula dari program pembiayaan kesehatan. Salah satu program pembiayaan kesehatan yaitu Askeskin terbukti bermanfaat bagi pesertanya dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal khususnya persalinan oleh tenaga kesehatan. Sehingga pengembangan program pembiayaan kesehatan sebaiknya tidak hanya mencakup untuk masyarakat miskin namun juga untuk masyarakat yang nyaris miskin.

Disamping itu distribusi bidan desa harus tetap ditingkatkan dan diperhitungkan kebutuhan jumlah bidan dengan kapasitas ibu hamil di wilayah tersebut dengan tetap memperhitungkan jarak dan kemudahan transportasi ibu hamil ke tempat bidan. Perlu diberikan insentif atau penghargaan khusus agar bidan tetap tinggal di desa dan bertugas dalam waktu yang lebih lama.

Beberapa faktor yang mempengaruhi kesakitan dan kematian ibu selain berupa faktor medik juga disebabkan faktor non medik dan faktor pelayanan kesehatan. Faktor non medik berkaitan dengan ibu dan menghambat upaya penurunan kesakitan dan kematian ibu antara lain kurangnya kesadaran ibu untuk mendapatkan pelayanan antenatal, terbatasnya pengetahuan ibu tentang bahaya kehamilan risiko tinggi, ketidakberdayaan sebagian besar ibu hamil di pedesaan dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk, dan ketidakmampuan sebagian ibu hamil untuk membayar biaya transport dan perawatan rumah sakit.

Faktor pelayanan kesehatan yang belum mendukung upaya penurunan kesakitan dan kematian maternal dan perinatal antara lain berkaitan dengan cakupan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yaitu masih kurangnya komunikasi dan koordinasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Kabupaten/Kota dan Puskesmas dalam upaya kesehatan maternal dan perinatal, dan belum mantapnya mekanisme rujukan dari puskesmas ke rumah sakit kabupaten/kota atau sebaliknya. Berbagai keadaan yang berkaitan dengan

keterampilan pemberi pelayanan KIA juga masih merupakan faktor penghambat. Keadaan tersebut antara lain belum diterapkannya prosedur tetap penanganan kasus gawat darurat kebidanan dan perinatal secara konsisten, dan kurang mantapnya keterampilan bidan di puskesmas dan bidan praktik swasta untuk ikut aktif dalam jaringan sistem rujukan ini. Disamping itu masih kurangnya pengalaman bidan di desa yang baru ditempatkan dalam mendeteksi dan menangani kasus-kasus risiko tinggi, dan terbatasnya keterampilan dokter puskesmas dalam menangani kegawatdaruratan kebidanan.

Untuk menurunkan angka kematian maternal di negara kita, perlu dilakukan upaya: (a) menurunkan tingkat fertilitas yang tinggi melalui keluarga berencana, (b) asuhan antenatal bagi setiap ibu hamil, (c) peningkatan pelayanan, jaringan pelayanan, dan sistem rujukan kesehatan, (d) peningkatan pelayanan gawat darurat sampai ke lini terdepan, (e) peningkatan status wanita. Pada asuhan antenatal perlu diperhatikan kualitas asuhan yang meliputi: (a) informasi dan edukasi kepada ibu hamil, (b) pengobatan komplikasi, (c) penapisan faktor-faktor risiko.

Bidan di desa yang umumnya bertugas di polindes, memberikan pelayanan dasar kesehatan ibu dan bayi baru lahir selama kehamilan, persalinan dan nifas, maupun pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan. Bidan di desa telah diberi wewenang untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan tertentu. Untuk memberikan pelayanan petugas tersebut mendapat bidan kit, obat-obatan, dan bahan-bahan untuk pelayanan kesehatan. Puskesmas yang mempunyai dokter umum dan bidan, khususnya puskesmas dengan tempat tidur, mampu memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED), sedangkan puskesmas tanpa tempat tidur hanya memberikan beberapa elemen PONED. Semua Rumah Sakit Kabupaten/Kota dan Provinsi yang mempunyai dokter spesialis obstetri dan ginekologi mampu memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir meliputi kartu hamil, pencatatan persalinan termasuk partograf, pencatatan pertolongan persalinan dukun, kartu

peserta KB, register kohort ibu dan register kohort bayi. Register-register ini memuat informasi tentang semua persalinan di wilayah kerja baik yang dihimpun di puskesmas oleh bidan di desa maupun melalui jalur lain seperti kader dan dukun bayi. Untuk menjamin pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas maka dikembangkan sistem jaminan mutu secara rutin melalui kegiatan supervisi, dan Audit Maternal Perinatal di tingkat kabupaten/kota.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Proporsi kejadian komplikasi persalinan di Indonesia antara kurun waktu tahun 2002-2007 sebanyak 43,7%.
2. Faktor status reproduksi yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah paritas satu atau lebih sama dengan empat anak, adanya komplikasi kehamilan dan adanya riwayat komplikasi persalinan dahulu.
3. Faktor akses pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah adanya masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.
4. Faktor pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali dan pemilihan penolong persalinan pada tenaga kesehatan.
5. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah riwayat komplikasi persalinan dahulu.

5.2 Saran

5.2.1 Kepada Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan

1. Penanganan masalah kesehatan ibu khususnya dalam rangka penurunan angka kematian maternal menuntut agar kebijakan yang telah dibuat berkaitan dengan target MDGs 2015 dapat dilaksanakan dengan lebih optimal dan kesungguhan dari masing-masing pihak dalam menjalankan proram yang telah dibuat.
2. Tingginya cakupan pelayanan bukan merupakan satu-satunya indikator keberhasilan suatu program, perlu dilihat karakteristik masyarakat yang masuk dalam cakupan pelayanan tersebut dan kualitas pelayanan yang diberikan dengan monitoring dan evaluasi. Cakupan pelayanan yang telah dilaksanakan belum sepenuhnya menjangkau masyarakat dengan

pendidikan rendah dan status ekonomi rendah. Kualitas pelayanan yang diberikan misalnya pada pelayanan antenatal masih sedikit sekali ibu yang mendapat pelayanan memenuhi standar asuhan pelayanan antenatal dengan kriteria yang ditetapkan Depkes pada ibu yang masuk dalam cakupan K4. Dan dalam hal cakupan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan perlu ditinjau kembali apakah penolong persalinan tersebut memang penolong persalinan pertama yang dipilih masyarakat ataukah merupakan kasus rujukan. Karena seringkali kasus rujukan sudah disertai adanya komplikasi yang mengakibatkan tingginya morbiditas dan mortalitas maternal.

3. Perlu dibuat perencanaan program antenatal care yang lebih terpadu dan masuk dalam standar pelayanan antenatal untuk dapat mendeteksi secara dini kehamilan risiko tinggi dan tanda-tanda komplikasi kehamilan dan mencegah komplikasi persalinan dan nifas, misalnya pemeriksaan lanjutan kadar Hb untuk mendeteksi anemia dan mencegah terjadinya perdarahan, serta pemeriksaan lanjutan proteinuria untuk mendeteksi preeklamsi berat dan mencegah terjadinya eklamsi.

5.2.2 Kepada Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

1. Pemanfaatan fasilitas PONED dan PONEK yang dimiliki masing-masing kabupaten/kota secara optimal beserta sistem rujukannya. Pemerintah Daerah memberikan dukungan operasional dan kebijakan dalam peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak.
2. Peningkatan kompetensi dan pengetahuan bidan dalam asuhan persalinan normal dan penanganan komplikasi yang masih dapat ditangani oleh bidan dengan melakukan pelatihan secara berkesinambungan.
3. Meningkatkan distribusi bidan yang terampil terutama pada daerah terpencil yang jauh dari fasilitas kesehatan dan diperhitungkan kebutuhan jumlah bidan dengan kapasitas ibu hamil di wilayah tersebut. Perlu diberikan insentif atau penghargaan khusus agar bidan tetap tinggal di desa dan bertugas dalam waktu yang lebih lama.

4. Walaupun akses terhadap pelayanan kesehatan sudah tersedia dan terjangkau oleh masyarakat namun akses terhadap informasi kesehatan harus lebih didekatkan kepada masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan tersebut, agar terbentuk perilaku yang baik dari masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan melakukan penyuluhan dan rekayasa sosial.
5. Pemanfaatan pelayanan kesehatan juga terkait dengan biaya, maka program pembiayaan kesehatan harus lebih dioptimalkan, dibuat lebih terpadu dan tepat sasaran yang dapat menyentuh masyarakat miskin dan nyaris miskin.

5.2.3 Kepada Puskesmas dan Penyedia Pelayanan Kesehatan

1. Program pelayanan kesehatan ibu dan anak yang telah dirancang oleh Depkes agar dijalankan lebih optimal.
2. Mengaktifkan peran serta masyarakat dalam mendukung program kesehatan ibu dan anak ini secara bekesinambungan dengan tetap memberikan pembinaan agar terbentuk perilaku yang baik dari masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.
3. Kehamilan risiko tinggi harus mendapat perhatian serius dari tenaga kesehatan di puskesmas dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya. Perlu dilakukan usaha jemput bola dimana ibu hamil selalu dipantau kesehatannya dan persiapan persalinannya dengan mendekati ibu pada fasilitas kesehatan terdekat.
4. Meningkatkan kualitas pelayanan dengan cara memberikan pelayanan antenatal sesuai standar minimal, melakukan KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi) pada semua ibu hamil dan keluarga.
5. Catatan tentang riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya sangatlah penting dan disertakan ke dalam KMS ibu hamil, sehingga terdapat kesinambungan pengobatan dan perawatan ibu hamil sampai melahirkan dan masa nifas.
6. Menggerakkan masyarakat untuk melahirkan di fasilitas kesehatan agar komplikasi persalinan yang terjadi mendadak dapat segera diatasi.

7. Melibatkan bidan desa sebagai bagian dari tim puskesmas dalam menangani setiap kasus persalinan.
8. Puskesmas dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya dapat lebih meningkatkan kualitas pelayanan, keberadaan staf medis 24 jam, keberadaan ambulan 24 jam dan mekanisme komunikasi yang lebih fleksibel.
9. Puskesmas dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya dapat lebih meningkatkan kompetensi dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, dan mengaktifkan sistem rujukan, transfusi darah dan obat-obatan untuk kasus-kasus yang tidak dapat ditangani di tingkat pelayanan dasar.

5.2.4 Untuk Penelitian Selanjutnya

1. Perlu dilakukan penelitian dengan disain yang berbeda untuk melihat hubungan sebab akibat terhadap kejadian komplikasi persalinan.
2. Perlu dilakukan penelitian dengan data primer untuk melihat besarnya pengaruh determinan yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan di masing-masing daerah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, 2004. *Hubungan Status Ekonomi Rumah Tangga dengan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2002)*. [Tesis]. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Ariawan, Iwan., 2008. *Analisis Data Kategorik*. Departemen Biostatistik, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- _____, 2006. *Indeks Sosio-ekonomi Menggunakan Principal Component Analysis*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol.1 No.2 Oktober.
- _____, 1998. *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International, 2008. *Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007*. Badan Pusat Statistik dan Macro International, Calverton, Maryland, USA.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International, 2003. *Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia Tahun 2002-2003*. Badan Pusat Statistik dan Macro International, Calverton, Maryland, USA.
- Baits, Marwan., 2004. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tempat Persalinan Ibu yang Mengalami Komplikasi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2002)*. [Tesis]. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Berer, Marge., 2007. *Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Woman?*. Reproductive Health Matters Vol.15 No.30 p.6-16.
- Berglund, Anna., and Lindmark, Gunilla., 2000. *Risk Assessment at The End of Pregnancy is A Poor Predictor for Complications at Delivery*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 79, p. 854-860.
- Carlough, M., and McCall, M., 2005. *Skilled Birth Attendance: What Does It Mean and How Can It Be Measured? A Clinical Skills Assessment of Maternal and Child Health Workers in Nepal*. International Journal of Gynecology and Obstetrics 89, p.200-208. Published by Elsevier Ltd.
- Carroli, Guillermo., Rooney, Cleone., dan Villar, Jose., 2001. *How Effective is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity? An Overview of The Evidence*. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 15 (Suppl. 1) p.1-42, Blackwell Science Ltd.

- Depkes, 2008. *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- _____, 2007. *Materi Ajar Penurunan Kematian Ibu Dan Bayi Baru Lahir*. Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- _____, 2004a. *Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED)*. Direktorat Kesehatan Keluarga, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- _____, 2004b. *Buku Acuan: Asuhan Persalinan Normal*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi – POGI-JHPIEGO/MNH Program, Jakarta.
- _____, 2003. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- _____, 2001a. *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- _____, 2001b. *Buku Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri, dan Tim Penggerak PKK Pusat, Jakarta.
- _____, 1998. *Upaya Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- _____, 1997. *Deteksi Dini Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi*. Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Djaja, Sarimawar. dan Suwandono, Agus., 2006. *The Determinants of Maternal Morbidity in Indonesia*. Regional Health Forum WHO South-East Asia Region Volume 4, WHO.
- Fauveau, V., de Bernis, L., 2006. *Good Obstetrics Revisited: Too Many Evidence Based Practices and Devices Are Not Used*. International Journal of Gynecology and Obstetrics 94, p.179-184. Published by Elsevier Ireland Ltd.
- Geller, S.E., Cox, S.M., Callaghan, W.M., Berg, C.J., 2006. *Morbidity and Mortality in Pregnancy: Laying the Groundwork for Safe Motherhood*. Women's Health Issues 16, p.176-188. Published by Elsevier Inc.

- Goodburn, E., Chowdhury, M., Gazi, R., Marshall, T., Graham, W., 2000. *Training Traditional Birth Attendants In Clean Delivery Does Not Prevent Postpartum Infection*. Oxford Policy and Planning 15(4), p.394-399. Oxford University Press.
- Hastono, Sutanto Priyo., 2001. *Modul Analisis Data*. Biostatistik dan Informasi Kesehatan, FKM UI.
- Hildingsson, I., Radestad, I., Waldenstrom, U., 2005. *Number of Antenatal Visits and Women's Opinion*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 84, p.248-254.
- Hussein, Julia., 2007. *Celebrating Progress toward Safer Pregnancy*. Reproductive Health Matters Vol.15 No.30 p.6-16.
- Junadi, Purnawan., 1995. *Pengantar Analisis Data*. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W.Jr., Klar, J., Lwanga, S.K., 1997. *Adequacy of Sample Size*. Alih Bahasa: Pramono, D., *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Lindmark, Gunilla., Berendes, Heinz., dan Meirik, Olav., 1998. *Antenatal Care in Develop Countries*. Paediatric and Perinatal Epidemiology 12, Suppl 2, p.4-6.
- Maine, Deborah., 1993. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Center for Population and Family Health, School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University, New York.
- Manuaba, I.B.G., 1998. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Penerbit Arcan, Jakarta.
- Martaadisoebarta, D., Sastrawinata, R.S., Saifuddin, A.B., 2005. *Obstetri dan Ginekologi Sosial*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Martha, Evi., 2007. *Pengetahuan, Persepsi dan Sikap Masyarakat Tentang Kematian Ibu, Studi Kualitatif di Kabupaten Serang dan Pandeglang 2004*. Laporan Hasil Penelitian Impact Indonesia, Puska FKM-UI, Depok.
- Maternal and Neonatal Health Program, 1999. *Maternal and Neonatal Health Program Review and Recommendation for The Ministry of Health, Republic of Indonesia*.
- Measure DHS, 2007. *Methodology: The Wealth Index Demographic and Health Surveys*. Measure DHS, ICF Macro, Calverton, USA. Diunduh dari www.measuredhs.com.

- Mochtar, Rustam., 1998. *Obstetri Operatif Obstetri Sosial*. Jilid 2, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Murti, Bhisma., 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- _____, 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurulhuda, Lasmita., 2006. *Hubungan Status Reproduksi, Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, Status Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Obstetri di Kota Lhokseumawe*. [Tesis]. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Oxorn, H. dan Forte, W.R., 1996. *Human Labour and Birth*. Editor: Hakimi, M., *Ilmu Kebidanan. Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yayasan Essentia Medica, Jakarta.
- Penn-Kekana, Loveday., McPake, Barbara., Parkhurst, Justin., 2007. *Improving Maternal Health: Getting What Works to Happen*. Reproductive Health Matters Vol.15 No.30 p.6-16.
- Royston, Erica., dan Armstrong, Sue., 1994. *Preventing Maternal Deaths*. Alih Bahasa: Maulany, R.F. *Pencegahan Kematian Ibu Hamil*. Perkumpulan Perinatologi Indonesia, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta.
- Sabri, Luknis. dan Hastono, Sutanto Priyo., 2008. *Statistik Kesehatan*. Rajawali Pers, Jakarta.
- Saifuddin, AB; Adriaansz, G., Wiknjastro, H., Waspodo, D., 2001. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Senewe, Felly P. dan Sulistyowati, Ning., 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Persalinan Tiga Tahun Terakhir di Indonesia (Analisis Lanjut SKRT - Susenas 2001)*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Saragih, Esriani., 2006. *Hubungan Kualitas Layanan Antenatal dengan Kejadian Komplikasi Persalinan (Analisis Data SDKI 2002-2003)*. [Tesis]. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Shah, Iqbal H., Say, Lale., 2007. *Maternal Mortality and Maternity Care: Uneven but Important Gains*. Reproductive Health Matters Vol.15 No.30 p.6-16.

- Shiffman, Jeremy., 2003. *Generating Political Will for Safe Motherhood in Indonesia*. Social Science and Medicine 56, p1197-1207. Elsevier Ltd.
- Sihombing, Sinurtina., 2004. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Persalinan di Indonesia Tahun 1998-2000 (Analisis Data Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001)*. [Tesis]. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Taguchi, N., et al., 2003. *Influence of Socio-economic Background and Antenatal Care Programmes on Maternal Mortality in Surabaya Indonesia*. Tropical Medicine and International Health, Vol.8 No.9 p.847-852. Blackwell Publishing Ltd.
- Trihono, 2007. *Pengaruh Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Kabupaten Bogor-Jawa Barat*. [Disertasi]. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- UNICEF, 2009. *Conceptual Framework on Maternal Morbidity and Mortality*. Diunduh dari www.unicef.org.
- UNICEF, WHO, UNFPA, 1997. *A Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. United Nations Children's Fund. New York.
- Utomo, B., et al., 2007. *Efektivitas dan Biaya Penempatan Bidan di Desa dalam Memperbaiki Kesehatan Ibu*. Laporan Hasil Penelitian Immpact Indonesia, Puska FKM-UI, Depok.
- WHO, 2000. *Managing Complication in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctor*. Department of Reproductive Health and Research, WHO, UNFPA, UNICEF, The World Bank Group, Geneva.
- WHO, 2005. *Make Every Mother and Child Count*. The World Health Report, World Health Organization, Geneva.
- Wiknjastro, H., Saifuddin, A.B., Rachimhadhi, T., 2002. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Edisi III, Jakarta.