

**DETERMINAN KEJADIAN KOMPLIKASI PERSALINAN DI INDONESIA:
ANALISIS DATA SEKUNDER RISET KESEHATAN DASAR 2010**

Oster Suriani Simarmata, Sudikno, Kristina, Dina Bisara

Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat

Oster_suriani@yahoo.com

Abstract

Analysis of Riskedas 2010 secondary data identified the determinants of incidence of complications of childbirth in Indonesia. The objective of this analysis is to examine the determinants of the incidence of complications related to childbirth in the last 5 years in Indonesia. This study was an analytical study using data Riskedas 2010, which uses a cross-sectional design. The sample of this study consisted of women aged 10-59 years, married, pregnant and giving birth in 2005 s / d 2010 which became Riskedas sample 2010. Data analysis involved in three stages; univariate, bivariate and multivariate analyzes. The results showed that the proportion of birth in Indonesia incidence of complications between the period of 2005-2010 was as much as 47.8 percent. The results of the determinants of the incidence of complications were: the reproductive status of parity (factor one or more of the same with four children), birth spacing and presence of complications of pregnancy, health care access factor (region of residence and complications of pregnancy and childbirth information), health care utilization factor (antenatal visits at least four times), and the selection of birth attendants in health personnel and the selection of the place of delivery. The most dominant factor in the incidence of complications associated with childbirth was a history of pregnancy complications.

Keywords: complications, childbirth, pregnancy

Abstrak

Analisis lanjut data sekunder Riskedas 2010 mengidentifikasi determinan kejadian komplikasi persalinan di Indonesia. Tujuan dari analisis ini adalah untuk mengkaji determinan yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan 5 tahun terakhir di Indonesia. Penelitian ini merupakan studi analitik dengan menggunakan data Riskedas 2010, yang menggunakan desain *cross-sectional*. Sampelnya semua perempuan pernah kawin usia 10-59 tahun yang pernah hamil dan melahirkan pada tahun 2005 s/d 2010 yang menjadi sampel Riskedas 2010, yang dianalisis data dilakukan dalam tiga tahap, yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat. Hasil penelitian menunjukkan proporsi kejadian komplikasi persalinan di Indonesia antara kurun waktu tahun 2005-2010 sebanyak 47,8 persen. Hasil determinan kejadian komplikasi adalah: faktor status reproduksi yaitu paritas satu atau lebih sama dengan empat anak, jarak kelahiran dan adanya komplikasi kehamilan, faktor akses pelayanan kesehatan yaitu wilayah tempat tinggal dan informasi komplikasi kehamilan dan persalinan, faktor pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali, pemilihan penolong persalinan pada tenaga kesehatan dan pemilihan tempat persalinan. Dan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah riwayat komplikasi kehamilan.

Kata kunci : komplikasi, persalinan, kehamilan

PENDAHULUAN

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.⁽¹⁾

Sesuai dengan komitmen global setiap negara pada tahun 2000 harus menurunkan AKI sebesar 50 persen dari kondisi AKI pada tahun 1990, dan menurunkan 50 persen 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.⁽²⁾

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.⁽²⁾

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 pelayanan kesehatan). Risiko kematian ibu maternal dapat terjadi sejak awal kehamilan hingga pasca persalinan/nifas dengan risiko paling tinggi terjadi pada periode persalinan.⁽³⁾

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%).⁽⁴⁾

Kenyataan menunjukkan bahwa lebih dari 90 persen 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.⁽⁵⁾

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.⁽⁶⁾

Kejadian komplikasi persalinan menurut data SDKI 2007 adalah sebesar 47 persen, sedangkan pada SDKI 2002-2003 sebesar 36 persen. Jenis kejadian komplikasi persalinan adalah persalinan lama 37 persen, perdarahan 9 persen, demam 7 persen, kejang 2 persen, komplikasi lainnya 4 persen. Dan menurut SDKI 2002-2003 jenis kejadian komplikasi persalinan adalah persalinan lama 30 persen, perdarahan 7 persen, demam 4 persen, kejang 1 persen, komplikasi lainnya 3 persen (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.

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.⁽³⁾

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 Riset Kesehatan Dasar 2010 untuk mengetahui determinan kejadian komplikasi persalinan dan berapa besar hubungan determinan kejadian komplikasi persalinan guna, mencegah dan menangani dengan baik kasus komplikasi persalinan sehingga diharapkan memperkecil terjadinya kematian maternal.

METODE

Penelitian ini merupakan studi analitik menggunakan data sekunder yang diperoleh dari Riskesdas 2010 yang menggunakan desain *cross-sectional*. Populasi penelitian adalah semua perempuan yang pernah kawin usia 10-59 tahun yang pernah hamil dan melahirkan pada tahun 2005 - 2010. Sedangkan sampel penelitian adalah semua perempuan pernah kawin usia 10-59 tahun yang pernah hamil dan melahirkan pada tahun 2005 - 2010 yang menjadi sampel Riskesdas 2010. Unit analisis adalah kelahiran anak terakhir. Besar sampel yang diperoleh untuk analisis setelah dilakukan pembobotan adalah 14.360 anak.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian komplikasi persalinan yang ditandai dengan 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, keluar air ketuban lebih dari 6 jam sebelum anak lahir dan komplikasi lainnya, subjek dapat mengalami salah satu atau bersama-sama gejala komplikasi persalinan tersebut. Variabel independen meliputi : faktor karakteristik ibu (pendidikan dan status ekonomi), faktor status

reproduksi (umur saat persalinan, paritas, jarak kelahiran, dan komplikasi kehamilan), faktor akses pelayanan kesehatan (wilayah tempat tinggal, pelayanan antenatal yang didapat, informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan) dan faktor pemanfaatan pelayanan kesehatan (kunjungan pemeriksaan antenatal, persiapan persalinan, penolong persalinan, dan tempat persalinan).

Data akan dianalisis dengan tiga tahap berturut-turut, yaitu: analisis univariat, analisis bivariat, dan terakhir analisis multivariat. Analisis univariat dipergunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi atau besarnya proporsi menurut karakteristik yang diteliti dari semua variabel penelitian. Analisis bivariat 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.

Analisis multivariat 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.

HASIL

Komplikasi Persalinan

Kejadian komplikasi persalinan dialami oleh 6.870 ibu (47,8%), sedangkan yang tidak menalami komplikasi persalinan sebanyak 7.490 (52,2%). Secara rinci jenis komplikasi persalinan dapat dijelaskan pada Tabel 1.

Tabel 1. Jenis Kejadian Komplikasi Persalinan

Komplikasi Persalinan	Proporsi (n=6.870)
Mules yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam	88,0%
Perdarahan lebih banyak dibandingkan dgn biasanya	11,5%
Suhu badan tinggi dan atau keluar lendir berbau dari jalan lahir	8,9%
Kejang-kejang dan pingsan	2,5%
Keluar air ketuban lebih dari 6 jam sebelum anak lahir	14,4%
Kesulitan atau komplikasi lainnya	5,8%

Catatan: ibu dapat mengalami satu atau lebih gejala

Analisis bivariat pada tabel 2, karakteristik ibu dan status ekonomi dengan kejadian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang komplikasi persalinan ($p = 0,437$). signifikan antara pendidikan ibu ($p = 0,309$),

Tabel 2. Analisis Bivariat Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia, Riskesdas 2010

Variabel	Komplikasi Persalinan				P Value	OR (95% CI)
	Ya	%	Tidak	%		
Pendidikan					0,309	
• Rendah	4548	48,1	4898	51,9		1,04
• Tinggi	2322	47,3	2592	52,7		(0,97-1,11)
Status Ekonomi					0,437	
• Rendah	4576	48,1	4943	51,9		1,03
• Tinggi	2294	47,4	2547	52,6		(0,96-1,10)

Pada tabel 3 menunjukkan hubungan status reproduksi dengan komplikasi persalinan variabel yang signifikan ($p < 0,05$) adalah faktor paritas ($p = 0,029$), dimana ibu yang primipara atau multipara > 4 anak cenderung mengalami komplikasi persalinan 1,08 kali dibandingkan ibu dengan paritas 2-3 anak, faktor jarak kelahiran ($p = 0,000$), dimana ibu yang memiliki jarak kelahiran ≤ 24 bulan

cenderung mengalami komplikasi 1,14 dibandingkan ibu yang memiliki jarak kehamilan > 24 bulan, dan faktor komplikasi kehamilan ($p = 0,000$), dimana ibu yang mengalami komplikasi pada kehamilan cenderung mengalami komplikasi pada persalinannya 2,72 kali dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi pada kehamilannya.

Tabel 3. Analisis Bivariat Hubungan Status Reproduksi dengan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia, Riskesdas 2010

Variabel	Komplikasi Persalinan				P Value	OR (95% CI)
	Ya	%	Tidak	%		
Umur Saat Persalinan					0,243	
• ≤ 19 atau ≥ 35 tahun	1673	47,0	1887	53,0		0,96
• 20-34 tahun	5197	48,1	5603	51,9		(0,89-1,03)
Paritas					0,029*	
• 1 atau ≥ 4 anak	3390	48,8	3559	51,2		1,08
• 2-3 anak	3480	47,0	3931	53,0		(1,01-1,15)
Jarak Kelahiran					0,000*	
• ≤ 24 bulan	3126	49,7	3167	50,3		1,14
• > 24 bulan	3744	46,4	4323	53,6		(1,07-1,22)
Komplikasi Kehamilan					0,000*	
• Ada Komplikasi	602	70,2	255	29,8		2,72
• Tidak Ada	6268	46,4	7235	53,6		(2,34-3,17)

Tanda "*" menunjukkan nilai yang signifikan

Pada tabel 4 menunjukkan hubungan akses pelayanan kesehatan dengan kejadian komplikasi persalinan yang signifikan ($p < 0,05$) adalah wilayah tempat tinggal ($p = 0,000$) dimana ibu yang tinggal di wilayah pedesaan memiliki resiko 0,89 kali

dibandingkan dengan ibu yang tinggal dipertanian, dan informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan ($p = 0,031$), dimana ibu yang tidak mendapat informasi cenderung mengalami komplikasi persalinan 1,93 kali dibandingkan ibu yang mendapat informasi.

Tabel 4. Analisis Bivariat Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia, Riskesdas 2010

Variabel	Komplikasi Persalinan				P Value	OR (95% CI)
	Ya	%	Tidak	%		
Wilayah Tempat Tinggal					0,000*	
• Pedesaan	3326	46,3	3857	53,7		0,89
• Perkotaan	3544	49,4	3633	50,6		(0,83-0,94)
Pelayanan Antenatal Yang Didapat					0,408	
• Tidak Memenuhi 5T	5965	48,0	6468	52,0		1,04
• Memenuhi 5T	905	47,0	1022	53,0		(0,95-1,15)
Informasi Tentang Komplikasi Kehamilan dan Persalinan					0,031*	
• Tidak Mendapat Informasi	4190	47,1	4699	52,9		0,93
• Mendapat Informasi	2680	49,0	2791	51,0		(0,87-0,99)

Tanda ‘*’ menunjukkan nilai yang signifikan

Pada tabel 5 menunjukkan hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian komplikasi persalinan yang signifikan adalah kunjungan pemeriksaan antenatal ($p = 0,049$), tetapi hubungan ini bersifat protektif dimana ibu yang kunjungan pemeriksaan antenatal kurang dari 4 kali cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,93 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal 4 kali, faktor penolong persalinan ($p = 0,050$), tetapi hubungan ini juga bersifat protektif

dimana ibu yang memilih penolong persalinan bukan dengan tenaga kesehatan cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,93 kali dibandingkan ibu yang memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan, dan faktor pemilihan tempat persalinan ($p = 0,000$), tetapi hubungan ini juga bersifat protektif dimana ibu yang memilih tempat persalinan bukan di fasilitas kesehatan cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,77 kali dibandingkan ibu yang memilih tempat persalinan di fasilitas kesehatan.

Tabel 5. Analisis Bivariat Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia, Riskesdas 2010

Variabel	Komplikasi Persalinan				P Value	OR (95% CI)
	Ya	%	Tidak	%		
Kunjungan Pemeriksaan Antenatal					0,049*	
• Kurang dari 4 x	2626	46,8	2983	53,2		0,93
• Minimal 4 x (1-1-2)	4244	48,5	4507	51,5		(0,87-0,99)
Persiapan Persalinan					0,921	
• Tidak Ada Persiapan	3581	47,9	3898	52,1		1,00
• Ada Persiapan	3289	47,8	3592	52,2		(0,94-1,07)
Penolong Persalinan					0,050	
• Bukan Tenaga Kesehatan	1750	46,5	2016	53,5		0,93
• Tenaga Kesehatan	5120	47,8	5474	51,7		(0,86-0,99)
Tempat Persalinan					0,000*	
• Bukan Fasilitas Kesehatan	2897	44,3	3642	55,7		0,77
• Fasilitas Kesehatan	3973	50,8	3848	49,2		(0,72-0,83)

Tanda ‘*’ menunjukkan nilai yang signifikan

Dalam proses analisis multivariat variabel yang masuk dalam analisis multivariat adalah yang mempunyai nilai signifikansi $p < 0,25$ atau secara substansi dianggap sangat mempengaruhi kejadian komplikasi persalinan. Pemodelan awal dengan analisis logistik ganda yaitu variabel umur, paritas, jarak kelahiran, komplikasi kehamilan, wilayah tempat tinggal, informasi komplikasi kehamilan persalinan, kunjungan pemeriksaan

antenatal, penolong persalinan dan tempat persalinan. Tahap berikutnya adalah evaluasi hasil regresi logistik multivariat berdasarkan nilai z dan nilai uji statistik 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 $p < 0,05$

Tabel 6. Analisis Multivariat determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia, Riskesdas 2010

<i>Variabel</i>	<i>P Value</i>	<i>OR (95% CI)</i>
Jarak Kelahiran	0,000	1,13 (1,06-1,21)
Komplikasi Kehamilan	0,000	2,63 (2,26-3,06)
Penolong Persalinan	0,002	1,15 (1,05-1,27)
Tempat Persalinan	0,000	0,74 (0,69-0,81)

Pada Tabel 6 dapat dilihat pemodelan akhir didapat variabel yang signifikan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah jarak kelahiran, komplikasi kehamilan, penolong persalinan dan tempat persalinan.

Ibu yang memiliki jarak kelahiran ≤ 24 bulan berisiko 1,13 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang memiliki jarak kelahiran > 24 bulan setelah dikontrol oleh variabel: komplikasi kehamilan, penolong persalinan dan tempat persalinan.

Ibu yang mengalami komplikasi pada kehamilan berisiko 2,63 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi kehamilan setelah dikontrol oleh variabel jarak kelahiran, penolong persalinan dan tempat persalinan.

Ibu yang tidak ditolong oleh tenaga kesehatan pada saat melahirkan berisiko 1,15 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang ditolong oleh tenaga kesehatan setelah dikontrol oleh variabel jarak kelahiran, komplikasi kehamilan, penolong persalinan dan tempat persalinan.

Ibu yang memilih tempat persalinan bukan di fasilitas kesehatan 0,74 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang memilih persalinan di fasilitas kesehatan setelah dikontrol oleh variabel jarak kelahiran, komplikasi kehamilan, dan penolong persalinan. Artinya kejadian komplikasi persalinan lebih besar di fasilitas kesehatan, kemungkinan karena sudah diketahui sebelum

persalinan sehingga memilih proses persalinan di fasilitas kesehatan.

Nilai *Odds Ratio* terbesar pada variabel komplikasi kehamilan, sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian komplikasi persalinan adalah komplikasi kehamilan.

PEMBAHASAN

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 Riskesdas 2010 dalam hal ini peneliti tidak dapat mengontrol kualitas data secara langsung, dan variabel yang diteliti terbatas pada data yang tersedia.

Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini hanya variabel yang tersedia datanya dari hasil Riskesdas 2010 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 tersebut, pada waktu kehamilan dan persalinan anak terakhir.

Riskesdas 2010 menggunakan metode wawancara berdasarkan kuisioner 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.

Walaupun telah dilakukan pelatihan pewawancara Riskesdas 2010, 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 Riskesdas 2010 dinilai mempunyai validitas dan reliabilitas yang baik.

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.

Kejadian Komplikasi Persalinan

Kejadian komplikasi persalinan di Indonesia berdasarkan analisis Riskesdas 2010 dalam kurun waktu tahun 2005-2010 masih cukup tinggi yaitu sebesar 47,8 persen. Hasil penelitian Simarmata (2012) berdasarkan analisis SDKI 2007, menemukan bahwa kejadian komplikasi persalinan adalah sebesar 44%, dengan jenis komplikasi yaitu persalinan lama 85,2 persen, perdarahan berlebihan 21,7 persen, demam atau keluar lendir berbau dari jalan lahir 17,2 persen, kejang dan pingsan 5 persen.⁽⁷⁾

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 persen sampai 17,2 persen. 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.⁽⁸⁾

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.⁽⁹⁾

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.⁽¹⁰⁾ 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.⁽⁹⁾

Kewaspadaan 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. 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 eklampsia. Obat yang sangat esensial dan murah ini harus selalu tersedia dalam partus kit. ⁽¹⁰⁾

Faktor Karakteristik Ibu

Faktor pendidikan dan status ekonomi tidak berhubungan langsung dengan kejadian komplikasi persalinan sejalan dengan penelitian Suriani (2012), dimana 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. Selain itu status ekonomi keluarga juga menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana ibu dengan status ekonomi tinggi lebih mempunyai pilihan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik. ⁽⁷⁾

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. ⁽³⁾

Faktor Status Reproduksi

Ibu yang berumur ≤ 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 umur saat persalinan menjadi tidak berhubungan kemungkinan karena umur ibu berisiko mempunyai persentase yang kecil dari keseluruhan jumlah sampel penelitian. Primipara dan grandemultipara ≥ 4 anak berisiko 1,08 kali mengalami komplikasi

persalinan dibandingkan multipara 2-3 anak. 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. ⁽¹¹⁾

Ibu dengan paritas tinggi akan mempunyai risiko yang lebih besar terhadap kejadian komplikasi persalinan terutama perdarahan postpartum. Pada ibu yang sering melahirkan, otot uterusnya sering diregangkan sehingga mengakibatkan menipisnya dinding uterus yang akhirnya menyebabkan kontraksi uterus menjadi lemah. Pecahnya uterus merupakan komplikasi persalinan yang sering terjadi pada ibu yang sebelumnya telah melahirkan beberapa orang anak. ⁽¹²⁾

Proporsi ibu dengan komplikasi kehamilan yang mengalami komplikasi pada persalinannya sebanyak 70,2 persen dari ibu yang mengalami komplikasi kehamilan. Beberapa masalah komplikasi kehamilan mungkin terdeteksi ketika ibu memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan. Komplikasi kehamilan berhubungan erat dengan kejadian komplikasi persalinan, dimana ibu yang mengalami komplikasi selama kehamilannya berisiko 2,72 kali akan mengalami komplikasi pada persalinannya, 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). ⁽¹³⁾

Guna pencegahan kematian maternal dan neonatal akibat komplikasi persalinan diperlukan perhatian penuh dalam upaya deteksi dini kehamilan risiko tinggi, diharapkan ibu yang mengalami komplikasi sewaktu hamil mencari nasihat atau pengobatan dari tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Kebanyakan komplikasi obstetri (kehamilan dan persalinan) tidak dapat dicegah dan diperkirakan sebelumnya, namun tidak berarti bahwa komplikasi tersebut tidak dapat ditangani. Intervensi untuk mendekatkan pelayanan obstetri kepada setiap ibu hamil didasari oleh tiga premis, yaitu: 1) 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.⁽³⁾

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.⁽¹⁴⁾

Faktor Akses Pelayanan Kesehatan

Terdapat hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian komplikasi persalinan, hubungan ini bersifat protektif, dimana ibu yang tinggal di perkotaan cenderung beresiko lebih tinggi dibanding pedesaan. Kemungkinan karena di wilayah perkotaan, ketersediaan dan akses ke fasilitas dan tenaga kesehatan cenderung lebih banyak dibanding 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 15,9 persen. Dan bila dilihat persentase pemeriksaan antenatal pada tenaga kesehatan sebesar 73,8 persen, 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. Pengukuran tinggi badan, untuk 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. Dari cakupan ibu yang mendapat pelayanan antenatal sesuai standar dapat dinilai keberhasilan program pelayanan antenatal itu sendiri.

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.⁽⁷⁾

Terdapat hubungan antara informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan dengan kejadian komplikasi persalinan, hubungan ini bersifat protektif, dimana ibu yang mendapat informasi cenderung beresiko lebih tinggi dibanding ibu yang tidak mendapat informasi. Kemungkinan ibu yang dianggap beresiko oleh tenaga kesehatan sudah dijelaskan informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan tersebut. Informasi pelayanan kesehatan khususnya informasi tentang komplikasi kehamilan dan persalinan didapat oleh sebanyak 38,1 persen 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.⁽⁷⁾

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 mendekati 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.⁽⁴⁾

Faktor Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Bila dilihat persentase pemeriksaan antenatal pada tenaga kesehatan yang melakukan kunjungan pemeriksaan minimal 4 kali (1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, 2 kali pada trimester III) hanya 60,9 persen. Pemeriksaan antenatal berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan, tetapi hubungan ini bersifat protektif dimana ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal kurang dari empat kali cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,93 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali. Kemungkinan 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.⁽³⁾ 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.⁽¹⁵⁾ 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.

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 0,93 kali dibandingkan ibu yang memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan. Persentase ibu yang memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan sebanyak 73,8 persen. 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 (OR 2,412).⁽¹³⁾

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, eklamsi, 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.⁽⁴⁾

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.⁽¹⁶⁾

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.⁽¹⁷⁾

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. Pemberi pelayanan perlu melakukan 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 45,5 persen persalinan masih dilakukan bukan di tempat fasilitas kesehatan. Hasil penelitian menemukan tempat persalinan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan. Hubungan ini juga bersifat protektif dimana ibu yang memilih persalinan bukan di fasilitas kesehatan cenderung mengalami komplikasi persalinan 0,77 kali dibandingkan ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan.. Menurut Simarmata (2012) dari analisis SDKI 2007 menemukan hal yang sama bahwa tempat persalinan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan namun secara protektif dimana ibu yang melahirkan bukan di fasilitas kesehatan berisiko 0,80 kali mengalami komplikasi persalinan dibandingkan ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan.⁽⁷⁾ Hal ini kemungkinan sama dengan faktor kunjungan pemeriksaan antenatal dan penolong persalinan dimana pemilihan tempat persalinan sebenarnya terkait juga dengan pemeriksaan antenatal dan pemilihan penolong persalinan.

Dari hasil juga diketahui bahwa persalinan bukan di fasilitas kesehatan masih tingginya sebesar 45,5 persen, angka 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.⁽¹⁸⁾

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; dan 3). Peningkatan pemanfaatan fasilitas dan tenaga kesehatan sekitarnya untuk persalinan bersih dan aman berupa tempat dan penolong yang sesuai dengan kondisi ibu hamil dan bayinya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Proporsi kejadian komplikasi persalinan di Indonesia antara kurun waktu tahun 2005-2010 sebanyak 47,8%. Faktor status reproduksi yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah paritas satu atau lebih sama dengan empat anak, jarak kelahiran dan adanya komplikasi kehamilan. Faktor akses pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah wilayah tempat tinggal dan informasi komplikasi kehamilan dan persalinan. Sedangkan faktor pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah kunjungan pemeriksaan antenatal minimal empat kali, pemilihan penolong persalinan pada tenaga kesehatan dan pemilihan tempat persalinan. Selanjutnya diketahui bahwa faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan adalah riwayat komplikasi kehamilan.

Saran

1. 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.

2. Peningkatan kualitas pelayanan di Puskesmas dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya, beserta pemanfaatan fasilitas PONEK dan PONEK secara optimal beserta sistem rujukannya.
 3. Peningkatan kompetensi dan pengetahuan bidan dalam asuhan persalinan normal dan penanganan komplikasi yang masih dapat ditangani dengan melakukan pelatihan secara berkesinambungan. Beserta evaluasi distribusi bidan yang terampil terutama pada daerah terpencil yang jauh dari fasilitas kesehatan dengan memperhitungkan kebutuhan jumlah bidan dengan kapasitas ibu hamil, dan dari awal penempatan sebaiknya sudah diminta komitmen dari bidan bahwa mereka harus tinggal di desa tempat mereka bertugas.
 4. 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.
 5. Guna kesinambungan pengobatan dan perawatan ibu hamil, melahirkan sampai masa nifas perlu disertakan catatan tentang riwayat kehamilan, persalinan dan nifas ke dalam KMS ibu hamil.
 6. Untuk penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian dengan disain yang berbeda untuk melihat hubungan sebab akibat terhadap kejadian komplikasi persalinan.
2. Depkes, 2007. *Materi Ajar Penurunan Kematian Ibu Dan Bayi Baru Lahir*. Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
 3. Depkes, 2001a. *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
 4. Depkes, 2008. *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
 5. Saifuddin, AB; Adriaansz, G., Wiknjastro, H., Waspodo, D., 2001. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
 6. Depkes, 1997. *Deteksi Dini Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi*. Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
 7. Simarmata, OS; Armagustini, Y; Bisara, D; 2012,. *Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007)*. Jurnal Ekologi Kesehatan Volume 11 Nomor 1 Maret 2012.
 8. Djaja, Sarimawar. dan Suwandono, Agus., 2006. *The Determinants of Maternal Morbidity in Indonesia*. Regional Health Forum WHO South-East Asia Region Volume 4, WHO.
 9. 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.
 10. 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.
 11. Manuaba, I.B.G., 1999. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Penerbit Arcan, Jakarta.
 12. 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.
 13. 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.
 14. Depkes, 2004a. *Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi*

UCAPAN TERIMA KASIH

Tim peneliti mengucapkan terima kasih kepada pimpinan Badan Litbang Kesehatan yang telah mengizinkan penelitian analisis lanjut data Riskesdas 2010 pada tahun 2012, beserta seluruh peneliti Badan Litbang Kesehatan yang turut berpartisipasi, sehingga tersedianya data Riskesdas 2010.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International, 2008. *Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007*. Badan Pusat Statistik dan Macro International, Calverton, Maryland, USA.

- Dasar (PONED)*. Direktorat Kesehatan Keluarga, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
15. Lindmark, Gunilla., Berendes, Heinz., dan Meirik, Olav., 1998. *Antenatal Care in Develop Countries*. Paediatric and Perinatal Epidemiology 12, Suppl 2, p.4-6.
 16. UNICEF, WHO, UNFPA, 1997. *A Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. United Nations Children's Fund. New York.
 17. Utomo, B., et al.,2007. *Efektivitas dan Biaya Penempatan Bidan di Desa dalam Memperbaiki Kesehatan Ibu*. Laporan Hasil Penelitian Impact Indonesia, Puska FKM-UI, Depok.
 18. Saragih, Esriani., 2006. *Hubungan Kualitas Layanan Antenatal dengan Kejadian Komplikasi Persalinan (Analisis Data SDKI 2002-2003)*. [Tesis]. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.