

JURNAL PENELITIAN KESEHATAN SUARA FORIKES

Diterbitkan oleh:

FORUM ILMIAH KESEHATAN (FORIKES)

Penanggungjawab:

Heru Santoso Wahito Nugroho, S.Kep, Ns, M.M.Kes (Ketua Forikes)

Pemimpin Redaksi:

Subagyo, S.Pd, M.M.Kes

Anggota Dewan Redaksi:

Budi Joko Santosa, S.K.M, M.Kes
H. Trimawan Heru Wijono, S.K.M, S.Ag, M.Kes
H. Sukardi, S.S.T, M.Pd
Agus Suryono, S.Kep, Ns, M.M.Kes (MARS)
Hj. Rudiati, A.P.P, S.Pd, M.M.Kes
Drs. Dwi Setiyadi, M.M
Koekoeh Hardjito, S.Kep, Ns, M.Kes
Heru Santoso Wahito Nugroho, S.Kep, Ns, M.M.Kes

Redaksi Pelaksana:

Sunarto, S.Kep, Ns, M.M.Kes
Handoyo, S.S.T
Suparji, S.S.T, M.Pd
Tutiek Herlina, S.K.M, M.M.Kes

Sekretariat:

Hery Koesmantoro, S.T, M.T
Ayesha Hendriana Ngestiningrum, S.S.T
Sri Martini, A.Md

Alamat:

Jl. Cemara RT 01 RW 02 Ds./Kec. Sukorejo Ponorogo 63453
Telepon 081335251726
Jl. Raya Danyang-Sukorejo RT 05 RW 01 Serangan, Sukorejo Ponorogo 63453
Telepon 081335718040

E-mail dan Website:

Suara Forikes: suaraforikes@gmail.com dan www.suaraforikes.webs.com

Penerbitan perdana bulan Januari 2010, selanjutnya diterbitkan setiap tiga bulan
Harga per-eksemplar Rp. 25.000,00

Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes	Volume III	Nomor 2	Halaman 53 - 124	April 2012	ISSN 2086-3098
--	---------------	------------	---------------------	---------------	-------------------

PEDOMAN PENULISAN ARTIKEL

Redaksi Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes menerima artikel ilmiah dalam bidang kesehatan berupa hasil penelitian atau tinjauan hasil penelitian. Artikel yang diterima adalah artikel orisinal yang belum pernah dimuat dalam media publikasi ilmiah manapun. Diharapkan artikel dilampiri dengan: 1) surat ijin atau halaman pengesahan, 2) kesepakatan urutan peneliti yang ditandatangani oleh seluruh peneliti (jika ada 2 peneliti atau lebih). Artikel yang masuk akan dinilai oleh Dewan Redaksi yang berwenang penuh untuk menerima atau menolak artikel yang telah dinilai, dan artikel yang diterima maupun ditolak tidak akan dikembalikan kepada pengirim. Dewan Redaksi berwenang pula untuk mengubah artikel yang diterima sebatas tidak akan mengubah makna dari artikel tersebut. Artikel berupa tugas akhir mahasiswa (karya tulis ilmiah, skripsi, tesis dan disertasi) harus menampilkan mahasiswa sebagai peneliti.

Artikel yang dikirim ke Dewan Redaksi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Diketik dengan bentuk dan ukuran huruf Arial Narrow 14 pada kertas HVS A4 dengan margin atas dan bawah: 2,5 cm, kiri dan kanan: 2 cm.
2. Seluruh artikel maksimal berjumlah 10 halaman, berbentuk softcopy (CD, DVD atau e-mail).

Isi dari artikel harus memenuhi sistematika sebagai berikut:

1. Judul ditulis dengan ringkas dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris tidak lebih dari 14 kata, menggunakan huruf kapital dan dicetak tebal pada bagian tengah.
2. Nama lengkap penulis tanpa gelar ditulis di bawah judul, dicetak tebal pada bagian tengah.
3. Abstrak ditulis dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris dicetak miring. Judul abstrak menggunakan huruf kapital di tengah dan isi abstrak dicetak rata kiri dan kanan dengan awal paragraf masuk 1 cm. Di bawah isi abstrak harus ditambahkan kata kunci, dan di bawahnya lagi dicantumkan institusi asal penulis.
4. Pendahuluan ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan dan paragraf masuk 1 cm.
5. Bahan dan Metode ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan, paragraf masuk 1 cm. Isi bagian ini disesuaikan dengan bahan dan metode penelitian yang diterapkan.
6. Hasil Penelitian dan Pembahasan ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan, paragraf masuk 1 cm. Kalau perlu, bagian ini dapat dilengkapi dengan tabel maupun gambar (foto, diagram, gambar ilustrasi dan bentuk sajian lainnya). Judul tabel berada di atas tabel dengan posisi di tengah, sedangkan judul gambar berada di bawah gambar dengan posisi di tengah.
7. Simpulan dan Saran ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan, paragraf masuk 1 cm. Simpulan dan saran disajikan secara naratif.
8. Daftar Pustaka ditulis dalam Bahasa Indonesia, bentuk paragraf menggantung (baris kedua dan seterusnya masuk 1 cm) rata kanan dan kiri. Daftar Pustaka mengacu pada Sistem Harvard, yaitu: penulis, tahun, judul buku, kota dan penerbit (untuk buku) dan penulis, tahun, judul artikel, nama jurnal (untuk jurnal).

Redaksi

EDITORIAL

Salam dari Redaksi

Pada bulan April 2012, para pembaca dapat menikmati hasil-hasil penelitian buah karya sejawat-sejawat kita dalam dunia kesehatan. Para sejawat yang telah berperanserta berasal dari Rumah Sakit di Bulungan Kalimantan Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi, Universitas Diponegoro, Poltekkes Kemenkes Surabaya, Poltekkes Kemenkes Surakarta, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, dan Poltekkes Kemenkes Malang.

Topik-topik yang dihadirkan pada nomor ini adalah hasil-hasil riset dalam bidang kebidanan, manajemen pelayanan kesehatan, kesehatan reproduksi, serta kesehatan masyarakat.

Semoga kehadiran publikasi ilmiah hingga Volume III Nomor 2 pada jurnal ini dapat memperkaya perbendaharaan karya ilmiah di tanah air kita. Seperti biasanya kami mengajak Para Pembaca untuk mengunjungi jurnal ini melalui website www.suaraforikes.webs.com atau melihat versi ringkasnya pada website resmi Pusat Dokumentasi dan Informasi Ilmiah Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PDII LIPI), www.isjd.pdii.lipi.go.id. Selamat membaca dan sampai jumpa kembali pada volume dan nomor berikutnya.

Redaksi

DAFTAR ISI

- HUBUNGAN KEJADIAN ANEMIA KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POST PARTUM DI PONED NGAWI TAHUN 2010 53-59
Sunarto, Heru Santoso Wahito Nugroho, Bambang Sunarko
- PERSEPSI MUTU PELAYANAN DALAM KAITANNYA DENGAN KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP KEBIDANAN RSUD Dr. H. SOEMARNO SOSROATMODJO BULUNGAN KALIMANTAN TIMUR 60-68
Dadang Hermanto, Atik Mawarni, Lucia Ratna
- EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI 69-78
Tumirah, Anik Dwi Palupi, Teta Puji Rahayu
- PENGARUH TEKNIK *ABDOMINAL BREATHING* TERHADAP PENURUNAN NYERI IBU *INPARTU* KALA I FASE AKTIF PADA PERSALINAN FISILOGIS DI RSIA AURA SYIFA KEDIRI 79-84
Siti Asiyah, Triatmi Andri Yanuarini, Shinta Kristianti
- GAMBARAN KEMAJUAN PERSALINAN KALA I FASE AKTIF BERDASARKAN POSISI PERSALINAN DI POLINDES ASPARAGA MENANGGAL MOJOKERTO 85-88
Evi Pratami, Mamik, Yuyun Lailiawati
- HUBUNGAN USIA *MENARCHE* DAN PARITAS DENGAN KEJADIAN *MIOMA UTERI* DI RSUD WATES KULONPROGO TAHUN 2007-2010 89-94
Kirana Dewi Pertiwi, Nining Wiyati, Sumarah, Siti Tyastuti
- HUBUNGAN ANTARA ANEMIA DALAM KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN BBLR DI RSUD DR. SOEROTO NGAWI TAHUN 2011 95-102
Subagyo, Agung Suharto, Diyah Winarsih
- HUBUNGAN ANTARA UKURAN LLA, KENAIKAN BB SELAMA KEHAMILAN, DAN KADAR HB DENGAN BERAT BAYI LAHIR DI WILAYAH KERJA DESA GERIH KECAMATAN GERIH KABUPATEN NGAWI 103-111
Agung Suharto, Subagyo, Supriasih
- HUBUNGAN PERKEMBANGAN BERDASARKAN USIA DENGAN PENGETAHUAN REMAJA TENTANG DAMPAK SEKS DI LUAR NIKAH (Studi di RW.02 Desa Seduri Kecamatan Balongbendo Kabupaten Sidoarjo, 2009) 112-115
Mamik, Evi Pratami
- GAMBARAN FAKTOR PENYEBAB PERSALINAN PREMATUR DI KAMAR BERSALIN RSUD dr. SOEROTO NGAWI TAHUN 2010 116-124
Titin Mukibati, Tinuk Esti Handayani, Rudiati

HUBUNGAN KEJADIAN ANEMIA KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POST PARTUM DI PONED NGAWI TAHUN 2010

Sunarto*, Heru Santoso Wahito Nugroho*, Bambang Sunarko**

ABSTRAK

Anemia pada kehamilan merupakan masalah nasional karena dapat mengakibatkan *potential danger to mother child*. Ibu hamil dengan anemia kemungkinan akan mengalami perdarahan post partum akibat atonia uteri. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan kejadian anemia kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum dan besarnya resiko ibu dengan anemia untuk mengalami perdarahan post partum. Lokasi penelitian di Poned Ngawi.

Populasi penelitian case control ini adalah seluruh ibu bersalin di Poned Ngawi dari bulan Mei-Juni 2011. Sampel diambil secara simple random sampling (90 subyek). Data sekunder diambil dari buku register, status obstetri/partograp. Pembuktian hubungan kejadian anemia kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum menggunakan uji Chi-Square.

Hasil uji statistik Chi-Square adalah $X^2_{hit} = 17,79 > X^2_{tab} 0,05(1) = 3,48$ atau $p=0,000 < \alpha=0,05$, maka H_0 ditolak (ada hubungan antara kejadian anemia kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum). Nilai odd ratio adalah $OR=6,76$. Angka exposure di kelompok kasus sebesar 71,1%. Angka exposure di kelompok kontrol sebesar 26,7%, perdarahan post partum 6,76 kali lebih besar terpapar anemia saat kehamilan dibanding bukan anemia saat kehamilan. Diharapkan bidan menambah wawasan mengenai pentingnya skrining ibu hamil dengan mengukur LILA dan kadar Hb untuk menghindari terjadinya perdarahan post partum, saat ANC kunjungan pertama, dan ANC saat kehamilan trimester III.

Kata kunci : anemia, perdarahan post partum.

*= Poltekkes Kemenkes Surabaya, Jurusan Kebidanan, Kampus Magetan

**= Poltekkes Kemenkes Surabaya, Jurusan Kesehatan Lingkungan, Kampus Surabaya

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Anemia pada kehamilan merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia (Manuaba, 1998:29). Menurut Wiknjastro (2007:281) anemia pada kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin di bawah 11 g% pada trimester I dan III atau kadar kurang dari 10,5 g% pada trimester II. Anemia kehamilan disebut juga *potensial danger to mother child*, artinya potensial membahayakan ibu dan anak (Manuaba, 1998:29). Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 ml setelah anak lahir (Wiknjastro, 2006:653). Perdarahan pada saat persalinan dan pasca persalinan dini merupakan penyebab langsung kematian ibu disamping eklamsia dan sepsis. Meskipun kemajuan ilmu dan praktek kebidanan telah dicapai, penemuan obat baru, tehnik pembedahan yang lebih sempurna, mutu tenaga dan fasilitas pemberi pelayanan lebih baik, kejadian perdarahan masih tinggi. Penyebab tidak langsung kematian ibu yaitu penyakit ibu yang akan bertambah buruk dengan terjadinya kehamilan, seperti penyakit jantung, ginjal atau penyakit kronis lainnya serta anemia zat besi pada ibu hamil (Wiknjastro, 2006:7).

Chapman (2002:264) mengatakan bahwa insidensi perdarahan post partum sebesar 5% dari semua kelahiran. Di Puskesmas Poned Kecamatan Ngrambe kejadian perdarahan post partum selama tahun 2010 masih tinggi yaitu sebanyak 17 kejadian dari 82 persalinan (20,73%), diantaranya karena atonia uteri yang disertai anemia sebanyak 6 (35,29%), karena retensio plasenta sebanyak 9 (52,94%), dan sebanyak 2 (11,76%) karena ruptur uteri dan ruptur portio. Di Kabupaten Ngawi jumlah kematian ibu tahun 2010 sebanyak 15. Ibu meninggal saat persalinan dengan penyebab utamanya karena perdarahan post partum (ruptur uteri, inversio uteri dan atonia uteri) sebanyak 6 (40%), ibu bersalin karena pre eklampsi berat (PEB) dan eklampsi sebanyak 5 (33,33%), dan karena penyakit (gagal ginjal, jantung, hepatitis) sebanyak 4 (26,64%) (Dinkes Kabupaten Ngawi:2010).

Kekurangan kadar haemoglobin dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang di bawa / ditransfer ke sel tubuh maupun sel otak dan uterus. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak. Pada wanita hamil, anemia meningkatkan frekuensi komplikasi pada kehamilan persalinan dan nifas. Pengaruh anemia saat kehamilan dapat berupa abortus, persalinan prematur, perdarahan antepartum dan ketuban pecah dini. Pengaruh anemia saat persalinan dapat berupa gangguan his, partus lama dan perdarahan karena atonia uteri. Pengaruh anemia saat masa nifas adalah subinvolusi uterus, infeksi puerpureal, air susu ibu (ASI) berkurang, dan *decompensasi cordis*. Disamping menyebabkan kematian, perdarahan post partum memperbesar kemungkinan infeksi puerpureal dan anemia yang berkelanjutan (Wiknjastro, 2006:450). Selain itu perdarahan post partum dapat menyebabkan *sindroma Sheehan* sebagai akibat nekrosis pada *hipofisis pars anterior* sehingga terjadi insufisiensi bagian tersebut yang menyebabkan : kelemahan umum (asthenia), menurunnya berat badan sampai *cachexia*, penurunan fungsi seksual, mudarnya tanda-tanda seks sekunder, turunnya metabolisme/hipotensi, dan *amenorrhoe* sekunder. Ibu hamil yang menderita anemia kemungkinan akan mengalami perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri (Manuaba, 1999:299).

Dengan memperhatikan kejadian di atas, untuk mengantisipasi terjadinya peningkatan resiko perdarahan pasca persalinan maka pencegahan yang dilakukan antara lain dengan meningkatkan cakupan K1 ibu hamil agar dapat diberikan tablet Fe sebagai upaya pencegahan anemia atau sebagai terapi apabila sudah terjadi anemia, melakukan skrining (*early detection*) pada ibu hamil dengan mengukur berat badan (BB), lingkaran lengan atas (LILA) dan pemeriksaan kadar haemoglobin pada awal kehamilan dan trimester ketiga sehingga kejadian perdarahan pasca persalinan karena anemia kehamilan dapat dihindari. Relevansi penelitian ini difokuskan pada berapa besar *risk factor* (anemia) memberikan paparan terhadap terjadinya perdarahan pasca persalinan (Fransiska, 2008).

Tujuan Penelitian

1. Menghitung proporsi kejadian perdarahan post partum pada kelompok ibu bersalin dengan riwayat anemia di Poned Ngawi.
2. Menghitung proporsi kejadian bukan perdarahan post partum pada kelompok ibu bersalin dengan riwayat anemia di Poned Ngawi.
3. Menganalisis besar *Rasio Odds* paparan anemia terhadap kejadian perdarahan post partum di Poned Ngawi.

Hipotesis Penelitian

Kejadian anemia kehamilan berhubungan dengan kejadian perdarahan post partum.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah survey analitik, dengan rancangan *case control*. Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin di PONEG Ngawi dari bulan Mei sampai Juni 2011. Populasi kasus adalah ibu bersalin yang melahirkan secara spontan yang mengalami perdarahan post partum di PONEG Ngrambe, Walikukun, Geneng dan Mantingan pada saat sekarang pada bulan Mei sampai Juni 2011 sejumlah 45 kasus. Sedangkan populasi kontrol adalah ibu bersalin yang melahirkan secara spontan yang tidak mengalami perdarahan post partum di PONEG Ngrambe, Walikukun, Geneng dan Mantingan sejumlah 45 kasus. Variabel bebas adalah kejadian anemia kehamilan, sedangkan variabel terikat adalah kejadian perdarahan post partum. Instrumen penelitian yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dari buku register, status obstetri/partograp. Pembuktian hubungan antar kedua variabel menggunakan uji *Chi-Square*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4. HASIL ...

Hasil Penelitian

Dari 45 kasus perdarahan post partum, proporsi kejadian perdarahan post partum dengan paparan anemia sebesar 71,1% (0,71) atau 32 dari 45 kasus (Tabel 1).

Tabel 1. Proporsi Kejadian Perdarahan Post Partum dengan Paparan Anemia

Variabel	Perdarahan Post Partum		Jumlah
	Ya (+)/0	Tidak (-)/1	
Anemia	Ya (+)/0	32 (71,1%)	44
	Tidak (-)/1	13 (28,9%)	46
Jumlah	45 (100%)	45 (100%)	90

Dari 45 kontrol (bukan perdarahan post partum), proporsi kejadian bukan perdarahan post partum dengan paparan anemia sebesar 26,7% (0,26) atau 12 dari 45 kontrol (Tabel 2).

Tabel 2. Proporsi Bukan Kejadian Perdarahan Post Partum dengan Paparan Anemia

Variabel	Perdarahan Post Partum		Jumlah
	Ya (+)/0	Tidak (-)/1	
Anemia	Ya (+)/0	12 (26,7%)	44
	Tidak (-)/1	33 (73,3%)	46
Jumlah	45 (100%)	45 (100%)	90

Hasil uji *Chi-Square* adalah $X^2_{hit}=17,79 > X^2_{tab 0,05(1)}=3,48$ atau nilai signifikansi $p=0,000 < \alpha=0,05$, maka H_0 ditolak artinya pada kemaknaan 5% terdapat hubungan anemia dengan perdarahan post partum. Odd ratio (OR)= 6,76, artinya kejadian perdarahan post partum 6,76 kali lebih besar terpapar anemia dibanding tidak terpapar anemia. Angka exposure di kalangan kasus sebanyak 71,1% (0,71) dan angka exposure di kalangan kontrol sebanyak 26,7% (0,26).

Pembahasan

Dari 45 kasus perdarahan post partum, proporsi kejadian perdarahan post partum akibat paparan anemia atau angka exposure di kalangan kasus sebesar 71,1% (0,71) didapat dari 32 per 45 kasus. Angka paparan ini lebih tinggi bila dibanding hasil penelitian yang dilaporkan oleh Ayu Wuryanti (2010) yang mempublikasikan bahwa angka paparan anemia terhadap kejadian perdarahan post partum sebesar 0,45.

Hasil penelitian ini bila dibanding dengan laporan penelitian Ayu Wuryanti (2010) ada beberapa ketidaksamaan. Pada penelitian ini jumlah populasi kasus dan populasi kontrol sama atau berpasangan, sedangkan penelitian Ayu Wuryanti tidak berpasangan. Terdapat kesamaan kedua hasil penelitian ini bila dilihat dari definisi operasional variabel, cara pengumpulan data dan teknik analisa. Menurut teori penentuan besar sampel, angka exposure lebih tinggi akan memberikan efek jumlah sampel pada penentuan penelitian berikutnya lebih sedikit. Dengan demikian hasil penelitian bisa diperkecil tingkat kesalahannya.

Anemia dapat menimbulkan terjadinya perdarahan post partum disebabkan karena pengaruh tekanan parsial kadar oksigen dalam pembuluh darah (PaO_2). Manuaba (1998) mengatakan bahwa anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk terutama saat kehamilan, persalinan dan nifas. Prevalensi anemia yang tinggi dapat berakibat negatif, seperti: a) Gangguan dan hambatan pada pertumbuhan, baik sel tubuh maupun sel otak, b) Kekurangan Hb dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang dibawa / ditransfer ke sel tubuh maupun sel otak sehingga dapat memberikan efek buruk pada ibu maupun pada bayi yang dilahirkan.

Anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk terutama saat kehamilan, persalinan dan nifas. Prevalensi anemia yang tinggi dapat berakibat negatif, seperti : a) Gangguan dan hambatan pada pertumbuhan, baik sel tubuh maupun sel otak, b) Kekurangan Hb dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang dibawa / ditransfer ke sel tubuh maupun sel otak sehingga dapat memberikan efek buruk pada ibu maupun pada bayi yang dilahirkan. Pada anemia jumlah efektif sel darah merah berkurang. Hal ini mempengaruhi jumlah haemoglobin dalam darah. Berkurangnya jumlah haemoglobin dapat menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dalam darah (HbO_2) menurun sehingga tekanan parsial oksigen (PAO_2) yang menuju ke uterus juga menurun. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot miometrium tidak dapat berkontraksi dengan adekuat atau atonia uteri dan pembuluh darah tidak terjepit sehingga terjadi perdarahan Manuaba (1998).

Menurut Wiknjastro (2002), pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi dibanding saat tidak hamil sehingga memicu peningkatan produksi eritropoietin untuk memproduksi sel darah merah. Jumlah volume sel darah merah di dalam pembuluh darah mencerminkan jumlah kadar hemoglobin. Keberadaan kadar hemoglobin dalam darah ini untuk mengikat oksigen sehingga terjadi HbO_2 (*oksihemoglobin*). Ikatan inilah yang berefek langsung pada jumlah tekanan partial oksigen dalam pembuluh darah (PaO_2). Peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb) akibat *hemodilusi*. Umumnya ibu hamil dianggap anemia jika kadar hemoglobin di bawah 11 g% atau hematokrit kurang dari 33%. Darah akan bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut *hidremia* atau *hipervolemia*. Akan tetapi, bertambahnya sel darah tidak diikuti dengan bertambahnya plasma

sehingga terjadi pengenceran darah. Bertambahnya darah dalam kehamilan sudah dimulai sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32 dan 36 minggu. Kekurangan kadar haemoglobin dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang di bawa / ditransfer ke sel tubuh maupun sel otak dan uterus. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak. Pengaruh anemia saat persalinan dapat berupa gangguan his, partus lama dan perdarahan karena atonia uteri.

Upaya untuk memenuhi jumlah darah pada kehamilan minggu ke-10 adalah tercukupinya zat gizi mikro dan makro. Zat gizi dimaksud adalah kecukupan zat besi (Fe) 30-50 mg sehari, kecukupan akan karbohidrat 2500 kkal/hari, kecukupan akan protein 85 gram/hari, dan kecukupankalsium 1,5 gr/hari. Perlu *health education* tentang pentingnya gizi untuk ibu hamil, tujuannya untuk mengurangi resiko anemia, kemudian skrening KEK dengan pemeriksaan LILA. Keduanya untuk meminimalisasi kejadian perdarahan post partum.

Dari 45 kontrol yang bukan perdarahan post partum, proporsi kejadian bukan perdarahan post partum akibat paparan anemia sebesar 26,7% (0,26) atau 12 dari 45 kontrol. Penyebab utama perdarahan post partum menurut Manuaba (2001) adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Setelah plasenta lahir, Perdarahan post partum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat miometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta. Atonia uteri terjadi ketika miometrium tidak dapat berkontraksi (Wiknjastro, 2002). Pada kehamilan cukup bulan aliran darah ke uterus sebanyak 500-800 cc/menit. Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah bayi lahir, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas melekatnya plasenta (Wiknjastro, 2008).

Faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum menurut Saifuddin (2007) adalah : Umur yang terlalu muda / tua, prioritas sering di jumpai pada multipara dan grande mutipara, partus lama, uterus terlalu regang dan besar selama kehamilan misal pada kehamilan kembar (*gemelli*), jumlah air ketuban yang berlebihan (*hidromnion*), dan janin besar (makrosomia), plasenta perkreta, kelainan pada uterus seperti mioma uteri, uterus couvelair pada solusio plasenta, faktor sosial ekonomi yaitu malnutrisi, anemia, persalinan cepat (*presipitatus*), persalinan yang diinduksi dengan oksitosin, infeksi intra partum, pengaruh pemberian narkosa pada anaestesi, magnesium sulfat digunakan untuk mengendalikan kejang pada preeklamsi/eklamsia.

Upaya untuk mencegah agar tidak terjadi perdarahan post partum dimulai pada tahap yang paling dini. Setiap pertolongan persalinan harus menerapkan upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan, diantaranya manipulasi minimal proses persalinan, penatalaksanaan manajemen aktif kala III, pengamatan terus menerus *kontraksi uterus* pasca persalinan dan pencegahan perdarahan *postpartum* pada *laserasi/episiotomi*. Salah satu upaya yang dapat dilakukan pada partus lama diantaranya asuhan persalinan normal menggunakan partograf untuk memantau kondisi ibu dan janin serta kemajuan proses persalinan sehingga kejadian perdarahan post partum dapat dihindari.

Hasil uji statistik Chi-Square memberikan hasil nilai $X^2_{hit}=17,79 > X^2_{tab} 0,05(1)=3,48$ atau nilai signifikansi $p=0,000 < \alpha=0,05$, maka H_0 ditolak artinya pada kemaknaan 5% terdapat hubungan anemia dengan perdarahan post partum.

Berdasarkan hasil perhitungan *odd ratio* didapatkan nilai OR=6,76, artinya kejadian perdarahan post partum 6,76 kali lebih besar terpapar anemia dibanding bukan anemia. Hasil perhitungan ini lebih tinggi bila dibanding hasil penelitian yang dilaporkan oleh Andi Budi Herianto (2003) yang mempublikasikan bahwa didapatkan nilai OR=2,76 yang berarti bahwa paparan anemia 2,76 kali lebih besar menimbulkan perdarahan post partum.

Ada beberapa ketidaksamaan hasil penelitian ini dengan penelitian Andi Budi Herianto (2003). Pada penelitian ini jumlah populasi kasus dan populasi kontrol sama atau berpasangan, sedangkan penelitian Andi Budi Herianto tidak berpasangan. Terdapat kesamaan kedua hasil penelitian ini bila dilihat dari cara pengumpulan data dan teknik analisa.

Manuaba (1998) mengatakan bahwa anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk terutama saat kehamilan, persalinan dan nifas. Pada anemia jumlah efektif sel darah merah berkurang. Hal ini mempengaruhi jumlah haemoglobin dalam darah. Berkurangnya jumlah haemoglobin dapat menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dalam darah (HbO₂) juga menurun sehingga mengurangi jumlah pengiriman oksigen ke organ-organ vital. Kekurangan kadar haemoglobin dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang di bawa / ditransfer ke sel tubuh maupun sel otak dan uterus. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak. Pengaruh anemia saat persalinan dapat berupa gangguan his, partus lama dan perdarahan karena atonia uteri.

Hal ini membuat pemikiran bahwa untuk mengantisipasi terjadinya peningkatan resiko perdarahan pasca persalinan maka pencegahan yang dilakukan antara lain dengan meningkatkan cakupan K1 ibu hamil agar dapat diberikan tablet Fe sebagai upaya pencegahan anemia atau sebagai terapi apabila sudah terjadi anemia, melakukan skrining (*early detection*) pada ibu hamil dengan mengukur berat badan (BB), lingkaran lengan atas (LILA) dan pemeriksaan kadar haemoglobin pada awal kehamilan dan trimester ketiga sehingga kejadian perdarahan pasca persalinan karena anemia kehamilan dapat dihindari.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Angka *eksposure* di kelompok kasus (perdarahan post partum karena paparan anemia) sebesar 71,1% atau 0,71.
2. Angka *eksposure* di kelompok kontrol (bukan perdarahan post partum karena anemia) sebesar 26,7% atau 0,26.
3. Ada hubungan paparan anemia saat kehamilan dengan kejadian perdarahan post partum, dimana kejadian perdarahan post partum 6,76 kali lebih besar terpapar anemia saat kehamilan dibanding bukan anemia saat kehamilan.

Saran

1. Bagi bidan untuk mengoptimalkan skrining ibu hamil dengan mengukur LILA dan memantau kadar haemoglobin agar dapat menghindari terjadinya perdarahan post partum, saat ANC kunjungan pertama (K1), dan ANC saat kehamilan trimester III.
2. Bagi Puskesmas dan bidan penanggung jawab program KIA, terus menerus melakukan pengawasan dalam pencatatan hasil pemeriksaan ANC di dalam buku KIA.

3. Bagi ibu hamil untuk mengurangi kejadian anemia selama kehamilan perlu mengkonsumsi makanan yang cukup bergizi seimbang minimal 2500 kkal/hari dan kepatuhan minum tablet tambah darah minimal 90 tablet selama hamil.

DAFTAR PUSTAKA

- Chapman, Vicky. 2002. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Kelahiran*. Jakarta:EGC
- Cunningham, F.G. 2005. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Ngawi, 2010. *Kematian Maternal Dan Perinatal Th.2010*
- Fransiska, 2008. *Insidensi Anemia Kehamilan, Faktor Yang Mempengaruhi dan Pengaruhnya Terhadap Terjadinya Komplikasi Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. www.francis.wordpress.com. Di akses 24 Juni 2011
- Herianto, Andi Budi. 2003. *Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perdarahan Postpartum Dini di RS. Sardjito Yogyakarta Dari Tahun 1998-2002*. Yogyakarta. FKUGM.
- Husain, Farid W. 2008. *Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif*. Jakarta
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 1999. *Operasi Kebidanan Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Dokter Umum*. Jakarta: EGC.
- , 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta:EGC.
- Murray, Robert K. Dkk. 2003. *Biokimia Harper*. Jakarta:EGC.
- Najah, Salis Nawalin. 2004. *Beberapa Karakteristik Ibu Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Perdarahan Post Partum Di RSUD Dr. Soewondo Kendal 2004*. Semarang. UNDIP.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternitas dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- , 2007. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sastroasmoro, Sudidgo. 1995. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Walsh, Linda V. 2008. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Jakarta:EGC.
- Widjanarko Bambang, 2011. *Anemia Dalam Kehamilan* www.widjonarko.wordpress.com .Diakses tgl 10 April 2011
- Wiknjosastro, Gulardi. 2008. *Pelatihan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta
- Wiknjosastro, Hanifa. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wuryanti, Ayu. 2010. *Hubungan anemia dalam kehamilan Perdarahan Postpartum karena atonia uteri di RSUD Wonogiri*. Surakarta. FKMUNS

**PERSEPSI MUTU PELAYANAN DALAM KAITANNYA DENGAN
KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP KEBIDANAN
RSUD Dr. H. SOEMARNO SOSROATMODJO BULUNGAN KALIMANTAN TIMUR
Dadang Hermanto*, Atik Mawarni**, Lucia Ratna****

ABSTRACT

Obstetric service in the obstetric inpatient unit of Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo general hospital Bulungan has not met expectations. Unsatisfied statements are still reported by patients or their families regarding patient examination that is not done on time, slow in giving service or medication, impolite and talkative workers, unskilled workers when doing actions, and dirty bathrooms and toilets. Obstetric service quality viewed from 5 quality dimensions consists of validity, responsiveness, assurance, empathy and direct evidence. The objective of the study is to know the influence of obstetric service quality perception towards patient satisfaction in the obstetric inpatient unit.

This was an analytic survey with cross sectional approach. Structured interview using obstetric service quality perception and patient satisfaction perception questionnaires were used to collect the data. Consecutive sampling was performed to obtain 120 study samples. A chi-square test to test the existence of association and a logistic regression analysis to test the existence of influencing variables were implemented. Results of this study showed that percentage of all quality dimension perception which good and less are almost the same that is 41,7% up to 58.3%. Empathy (OR= 11.886, p:0.0001) and direct evidence (OR=2.571, p:0.038) were the influencing variables when taking into account other variables in the analysis. In conclusion, to increase patient satisfaction, both empathy quality and obstetric service direct evidence improvements are needed. It is suggested to the obstetric inpatient unit to improve empathy quality in priority of service politeness by the training, mastering therapeutic communication and customer service. Direct evidence qualities includes providing of patient basic-need instruments and allocate special workers to clean and monitor cleanliness of the obstetric inpatient unit.

Key words: Obstetric service, quality, satisfaction, inpatients

**= RSUD Dr.H.Soemarno Sosroatmodjo Bulungan, Kalimantan Timur*

***= Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang*

PENDAHULUAN

Mutu jasa pelayanan adalah kemampuan usaha untuk menghasilkan produk barang atau jasa yang semakin baik dalam memenuhi kebutuhan dan harapan konsumen atau pelanggan. Keadaan ini dapat menciptakan suatu kepuasan nyata dalam diri pelanggan. Pada prinsipnya bahwa jasa pelayanan mempunyai sifat *Intangibility* yaitu sesuatu hal yang tidak dapat secara langsung dilihat, dirasa, dicium atau didengar sebelum dibeli dan dirasakan¹. Mutu merupakan pertimbangan dalam pembuatan keputusan yang paling mendasar dari seorang pelanggan untuk memakai suatu produk barang atau jasa. Nilai mutu didasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk atau jasa pelayanan. Menurut Donabedian (dalam Wiyono 1999), mutu pelayanan adalah suatu pelayanan yang diharapkan dapat meningkatkan atau memaksimalkan kesejahteraan pelanggan atau pasien^{1,2}. Sedangkan menurut Azwar (1996)

mutu pelayanan kesehatan adalah sesuatu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, dimana pada satu pihak dapat menimbulkan kepuasan setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata, serta dipihak lain melalui tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik dan standar profesi yang telah ditetapkan³.

Unit Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur memiliki fasilitas ruang pemeriksaan, ruang tindakan dan ruang perawatan. Ruang perawatan terdiri dari beberapa kelas yaitu ruang perawatan kelas I dilengkapi fasilitas 1 tempat tidur, 1 box bayi, lemari, kamar mandi luar dan AC. Ruang perawatan kelas II dilengkapi fasilitas 2 tempat tidur, 2 box bayi, lemari, kamar mandi luar dan AC. Ruang perawatan kelas III dilengkapi fasilitas 8 tempat tidur, 5 box bayi, lemari, kamar mandi luar dan AC. Jumlah dan jenis tenaga terdiri dari 1 tenaga Dokter SpOG berstatus PNS, 2 tenaga Dokter umum (1 PNS, 1 non PNS), 3 tenaga Perawat D III (1 PNS, 2 non PNS), 7 tenaga Bidan D I (PNS), 4 tenaga D III (1 PNS, 2 non PNS) dan 2 tenaga kebersihan (non PNS)⁴. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, meskipun mereka memberikan pelayanan pada ruang yang berbeda beda, tetap saja mengacu pada standar asuhan pelayanan profesi masing-masing.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan rawat inap kebidanan, upaya yang telah dilakukan oleh manajerial RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur adalah renovasi dan pengecatan bangunan rawat inap kebidanan, penambahan alat-alat medis dan non medis seperti monitor USG 3 dimensi, meja ginekologi, mesin vacum ekstrasi, infus/transfusi pump digital, dan lain-lain. Demikian juga telah dilakukan peningkatan kuantitas maupun kualitas sumber daya manusia dengan upaya penambahan jumlah tenaga pelayanan di unit rawat kebidanan, yaitu dari 9 orang pada tahun 2006 menjadi 17 orang pada tahun 2009, memberikan kesempatan untuk melanjutkan studi bagi tenaga D I Bidan atau Perawat serta mengikutkan beberapa pelatihan seperti TQM, Asuhan Kebidanan, Penanganan Kegawatan Kebidanan, Costumer Service Rumah Sakit dan pelatihan lainnya yang dilakukan oleh Balai Pendidikan dan Pelatihan Propinsi atau oleh penyelenggara lainnya. Namun demikian BOR dari tahun 2006 s.d 2009 terus mengalami penurunan yaitu 78% pada 2006 menjadi 74 % pada tahun 2007, selanjutnya terus menurun menjadi 61% pada tahun 2008 dan 60,3% pada tahun 2009. Demikian juga untuk pengunjung lama pasien rawat inap terus mengalami penurunan yaitu 408 pada tahun 2006 menjadi 4013 pada tahun 2007, selanjutnya terus menurun menjadi 355 pada tahun 2008 dan 347 pada tahun 2009.

Berdasarkan studi pendahuluan dari rekapan tentang keluhan atau pengaduan pasien/keluarga pasien, ditemukan ketidakpuasan pasien menyangkut dimensi mutu layanan, yaitu pemeriksaan pasien tidak tepat waktu, waktu pelayanan lama, lambatnya mendapatkan pelayanan atau pengobatan, lambatnya petugas menanggapi keluhan pasien, petugas jaga judes dan cerewet, petugas sering salah dalam memasang infus, petugas kurang memperhatikan pasien, kamar mandi kotor, ruangan tidak nyaman dan alat-alat kebutuhan pasien rusak. Adanya keluhan tersebut menunjukkan ketidakpuasan pasien setelah menerima layanan rawat inap. Kotler (1996), kepuasan merupakan tingkat perasaan seseorang (pelanggan) setelah membandingkan antara kinerja atau hasil yang dirasakan dengan yang diharapkan⁵. Menurut Zaithaml (1996), ada lima dimensi mutu pelayanan yang perlu diperhatikan yaitu⁶: *Reliability* (keandalan) *Responsiveness* (ketanggapan) *Assurance* (jaminan) *Empaty* (empati) dan *Tangibles* (bukti langsung). Berdasarkan latar belakang tersebut diatas

maka dilakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui apakah ada pengaruh persepsi dimensi mutu pasien rawat inap terhadap kepuasan pasien pada pelayanan rawat inap.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah survey dengan pendekatan cross sectional, dimana proses pengambilan data dilakukan dalam waktu yang sama untuk semua variabel bebas dan terikat. Variabel bebas terdiri dari Persepsi Keandalan, Persepsi Ketanggapan, Persepsi Empati dan Persepsi Bukti Langsung, sedangkan variabel terikat adalah Kepuasan pada layanan yang diterima. Sebagai populasi adalah seluruh pasien yang pernah dirawat di ruang Rawat Inap kebidanan RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur th 2010. Sampel sebesar 120 dipilih dengan menggunakan teknik *consecutif sampling*. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat dan multivariat dengan menggunakan Distribusi Frekuensi, Chi Square dan Regresi Logistik. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terpimpin menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitas. Pengukuran variabel bebas dilakukan dengan skoring yang terdiri Sangat Setuju=4, Setuju=3, Tidak Setuju=2, Sangat Tidak Setuju=1. Pada variabel terikat jawaban dikategorikan Sangat Sesuai=4, Sesuai=3, Tidak Sesuai=2, Sangat Tidak Sesuai=1.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Tabel 1. Karakteristik Responden di Unit Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur Th 2010

Karakteristik	N	%
Pendidikan		
Pendidikan Dasar (SD, SLTP)	54	45,0
Pendidikan Menengah (SLTA)	49	40,8
Pendidikan Tinggi (D.I, D.III, S.I)	17	14,2
Jumlah	120	100,0
Pekerjaan		
PNS	29	24,2
Swasta	28	23,3
Petani	39	32,5
Wiraswasta	13	10,8
Buruh	11	9,2
Jumlah	120	100,0
Pembayaran		
Bayar Sendiri	24	20,0
Jamkesmas	61	50,8
Askes	28	23,3
Astek	7	5,8
Jumlah	120	100,0

Berdasarkan Tabel 1, rata-rata responden berusia 31 tahun, usia termuda 16 tahun dan usia tertua 62 tahun. Pendidikan dasar dan menengah persentasenya hampir sama yaitu 45% dan 40,8%, namun demikian ada responden yang berpendidikan tinggi 14,2%.

Persentase terbesar untuk pekerjaan adalah petani (32,5%), sedangkan persentase terbesar biaya perawatan adalah Jaminan Kesehatan Masyarakat (50,8%).

Berdasarkan Tabel 2, persentase responden yang menjawab kurang pada persepsi keandalan, ketanggapan dan jaminan persentasenya hampir sama yaitu 41,7% , 49,2% dan 50%, demikian juga untuk persepsi empati dan bukti langsung, yang menjawab kurang persentasenya sebesar 53,3% dan 58,3%. Hasil tersebut didukung adanya beberapa pertanyaan yang dijawab tidak setuju oleh responden, yaitu untuk persepsi keandalan 27,15% dihasilkan pada pertanyaan "Tindakan pertolongan pasien yang dilakukan petugas selalu berhasil" , untuk persepsi ketanggapan 60,9% dihasilkan pada pertanyaan "Petugas segera menggantikan cairan infus pasien yang habis", untuk persepsi jaminan 26,7% dihasilkan pada pertanyaan "Pengobatan yang diberikan dokter pasti manjur", untuk persepsi empati 21,7% dihasilkan pada pertanyaan "Petugas berinteraksi dengan pasien tanpa membeda-bedakan" dan untuk bukti langsung 19,2% dihasilkan pada pertanyaan "Ruangan tindakan kebidanan bersih". Untuk pasien yang merasa puas terhadap layanan rawat inap (46,7 %) lebih kecil daripada yang tidak puas (53,3 %).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Penelitian

Variabel Penelitian	Katagori	n	%
Persepsi keandalan	Baik	70	58,3
	Kurang	50	41,7
Persepsi ketanggapan	Baik	61	50,8
	Kurang	59	49,2
Persepsi Jaminan	Baik	60	50,0
	Kurang	60	50,0
Persepsi Empati	Baik	50	41,7
	Kurang	70	58,3
Persepsi Bukti langsung	Baik	56	46,7
	Kurang	64	53,3
Kepuasan	Puas	56	46,3
	Tdk Puas	64	53,3

Hubungan antara persepsi responden mengenai beberapa aspek dimensi mutu keandalan, ketanggapan, jaminan, empati, bukti langsung dengan kepuasan ditunjukkan pada Tabel 3.

1. Hubungan Persepsi Keandalan Dengan Kepuasan

Persepsi keandalan dapat ditinjau dari kemampuan petugas memberikan pelayanan dengan benar, seperti kemampuan dokter dalam mendiagnosa penyakit, menyembuhkan, mengurangi keluhan dan kemampuan petugas dalam merawat pasien. Berdasarkan nilai $p=0,010$ ($<0,05$) terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi keandalan dengan kepuasan pasien. Pola hubungan yang terjadi adalah pada responden dengan persepsi keandalan baik yang menyatakan puas (76,8 %) lebih besar dari pada yang menyatakan tidak puas (45,3%), sedangkan responden dengan persepsi keandalan tidak baik yang menyatakan puas (23,2 %) lebih kecil dari pada yang menyatakan puas (54,7%).

Tabel 3. Hubungan Persepsi Dimensi Mutu Dengan Kepuasan Responden di Unit Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr.H.Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur Tahun 2010.

Persepsi Keandalan	Kepuasan pasien				X ²	p
	Puas		Tidak Puas			
	n	%	N	%		
Baik	43	76,8	29	45,3		
Tidak Baik	13	23,2	35	54,7		
Total	56	100	64	100	11,05	0,001

Persepsi ketanggapan	Kepuasan pasien				X ²	p
	Puas		Tidak Puas			
	n	%	n	%		
Baik	36	64,3	25	39,1		
Tidak Baik	20	35,7	39	60,9		
Total	56	100	64	100	6,63	0,010

Persepsi jaminan	Kepuasan pasien				X ²	p
	Puas		Tidak Puas			
	n	%	n	%		
Baik	43	76,8	16	25,0		
Tidak Baik	13	23,2	48	75,0		
Total	56	100	64	100	30,00	0,0001

Persepsi empati	Kepuasan pasien				X ²	p
	Puas		Tidak Puas			
	n	%	n	%		
Baik	39	69,6	10	15,6		
Tidak Baik	17	30,4	54	84,4		
Total	56	100	64	100	62,89	0,0001

Persepsi bukti langsung	Kepuasan pasien				X ²	p
	Puas		Tidak Puas			
	n	%	N	%		
Baik	28	50	19	29,7		
Tidak Baik	28	50	45	70,3		
Total	56	100	64	100	4,35	0,037

2. Hubungan Persepsi Ketanggapan dengan Kepuasan

Hubungan antara persepsi ketanggapan dengan kepuasan memberikan hasil responden dengan persepsi ketanggapan baik yang menyatakan puas (64,3%) lebih besar daripada yang menyatakan tidak puas (39,1%), sebaliknya responden dengan persepsi ketanggapan tidak baik yang menyatakan puas (35,7%) lebih kecil dari pada yang menyatakan puas (60,9%). Berdasarkan nilai $p = 0,010$, maka hubungan tersebut bermakna.

3. Hubungan Persepsi Jaminan dengan Kepuasan

Dalam layanan rawat inap jaminan merupakan kemampuan para petugas kesehatan dalam memberikan layanan medis di Rawat Inap sehingga pasien mempunyai keyakinan

untuk sembuh. Berdasarkan $p = 0,010$ ($p < 0,05$), maka ada hubungan yang bermakna antara persepsi jaminan dengan kepuasan pasien. Pola hubungan adalah pada responden dengan persepsi jaminan baik yang menyatakan puas (76,8 %) lebih besar dari pada yang menyatakan tidak puas (25 %) sedangkan responden dengan persepsi jaminan tidak baik yang menyatakan puas (23,2%) lebih kecil daripada yang menyatakan tidak puas (75 %).

4. Hubungan Persepsi Empati dengan Kepuasan .

Empati mempunyai hubungan yang sangat bermakna dengan kepuasan ($p = 0,0001$). Pola hubungan yang terjadi adalah responden dengan persepsi empati baik, yang menyatakan puas (69,6 %) lebih besar daripada yang menyatakan tidak puas (15,6 %), sedangkan responden dengan empati tidak baik, yang menyatakan puas (30,4 %) lebih kecil daripada yang menyatakan tidak puas (84,4%).

5. Hubungan Persepsi Bukti langsung dengan Kepuasan

Berdasarkan nilai $p = 0,037$ ($p < 0,05$), maka ada hubungan yang bermakna antara persepsi bukti langsung dengan kepuasan pasien. Pola hubungan yang terjadi adalah pada responden dengan persepsi bukti langsung baik, yang menyatakan puas (50 %) lebih besar dari pada yang menyatakan tidak puas (29,7 %), sedangkan responden dengan persepsi bukti langsung tidak baik, yang menyatakan puas (50 %) lebih kecil daripada yang menyatakan tidak puas (70,3 %).

Pengaruh Dimensi Mutu dengan Kepuasan

Uji Regresi Logistik dilakukan dengan tahapan uji bivariat (Tabel 4) dengan batasan $p \leq 0,25$ yang selanjutnya dilakukan uji bersama sama (Tabel 5) dengan batasan $p \leq 0,05$.

Tabel 4. Ringkasan Analisis Bivariat Pengaruh Variabel Dimensi Mutu Terhadap Kepuasan Pasien di Unit Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur Tahun 2009

Variabel	B	SE	Wald	df	p	Exp-B
Persepsi Keandalan	1.019	0.391	6.797	1	.009	2.771
Persepsi Ketanggapan	1.120	0.383	8.541	1	.003	2.822
Persepsi Jaminan	1.037	0.381	7.427	1	.006	2.822
Persepsi Empati	0.560	0.152	13.470	1	.000	1.750
Persepsi Bukti Langsung	0.211	0.055	14.877	1	.000	1.235

Tabel 5. Hasil Analisis Regresi Multivariat Dimensi Mutu Terhadap Kepuasan Pasiendi Unit Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur Tahun 2009

Variabel	B	SE	Wald	df	sig	Exp'B	95% Confidence Interval for Exp[B]	
							Lower Bound	Upper Bound
Persepsi Empati	.944	.454	4.321	1	.038	2.571	1.055	6.264
Persepsi Bukti Langsung	2.474	.453	29.767	1	.000	11.866	4.880	28.856

PEMBAHASAN

Responden mempunyai karakteristik yang bervariasi, yaitu meskipun banyak responden yang menggunakan biaya Jamkesmas (50,8%) dan bekerja sebagai petani (32,5%), namun cukup banyak (40,8) yang mempunyai pendidikan SMA. Sesuai yang disampaikan Kotler, sebuah transaksi antara penyedia produk dengan konsumen dapat terjadi karena adanya saling percaya, dimana rasa kepercayaan konsumen dapat timbul atau tumbuh dalam menilai sebuah produk. Khususnya pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu demografi, sosial, psikologis maupun kepercayaan^{7,8}

Hubungan Dimensi Mutu Pelayanan Dengan Kepuasan.

Berdasarkan tabel 3, hubungan antara keandalan dengan kepuasan pasien menunjukkan puas tidaknya pasien terkait dengan bagaimana mereka mempersepsikan keandalan pelayanan yang diterima, demikian juga pada hubungan antara ketanggapan dengan kepuasan pasien ($p < 0,05$). Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Suryadi (2009), yang menyatakan ada hubungan yang sangat bermakna antara persepsi ibu hamil tentang mutu pelayanan ANC pada dimensi keandalan, ketanggapan dengan kepuasan di Puskesmas Lamapayung Kuningan ($p < 0,01$)⁹. Tuntutan keandalan dalam pelayanan pasien telah didukung adanya Surat Keputusan nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Kewajiban Rumah Sakit, semua pasien yang dirawat inap wajib diberikan asuhan medis, asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan dengan sebaik baiknya tanpa membedakan kelas perawatan.

Jaminan yang didefinisikan sebagai kemampuan suatu perusahaan dalam menumbuhkan rasa kepercayaan dan keyakinan pelanggan melalui pengetahuan, kemampuan, sikap, keramahan dan sifat yang dapat dipercaya pada petugas^{1,3,10,11,12} dalam layanan rawat inap merupakan kemampuan para petugas kesehatan dalam memberikan layanan medis di rawat inap sehingga pasien mempunyai keyakinan untuk sembuh. Berdasarkan tabel 3, diperoleh $p = 0,010$ ($p < 0,05$), maka ada hubungan yang bermakna antara persepsi jaminan dengan kepuasan pasien.

Empati yang didefinisikan sebagai kemampuan suatu perusahaan dalam memberikan perhatian secara tulus kepada pelanggannya dengan perasaan yang dapat dirasakan melalui sikap kesopanan santunan, pengetahuan, perhatian, komunikasi dan hubungan interpersonal yang baik^{1,3,10,11,12} mempunyai hubungan yang sangat bermakna dengan kepuasan $p = 0,0001$ ($p < 0,01$). Hal tersebut menunjukkan puas tidaknya responden terkait dengan apa yang dirasakan responden mengenai empati para petugas layanan rawat inap. Hasil tersebut sesuai Tukimin (2005) yang menyatakan bahwa keramahan petugas dalam bentuk sikap dan perilaku merupakan problem yang masih di rasakan oleh sebagian pasien¹³.

Adanya hubungan antara bukti langsung dengan kepuasan $p = 0,037$ ($p < 0,05$), menunjukkan puas tidaknya pasien pada pelayanan rawat inap terkait dengan apa yang dirasakan mengenai bukti langsung pelayanan rawat inap. Hal ini sesuai yang disampaikan Pohan (2007), bahwa aspek-aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien rawat inap diantaranya adalah petugas melayani dengan sopan, ramah, tanggap¹⁴. Demikian juga menurut Yamit (2001), kepuasan terhadap suatu produk/jasa tergantung pada bukti langsung yang didapatkan seperti kelengkapan alat (sarana), kapasitas, kualitas dan dukungan

prasarana yang baik¹⁵. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Suryadi (2009) yang menyatakan bahwa persepsi mutu bukti langsung pelayanan ANC berhubungan dengan kepuasan⁹.

2. Pengaruh Persepsi Dimensi Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan

Berdasarkan uji statistik multivariat pada tabel 5, diperoleh hasil bahwa variabel yang berpengaruh terhadap kepuasan layanan rawat inap adalah persepsi empati ($p=0,038$; $Exp(B)=2,571$) dan persepsi bukti langsung ($p=0,0001$; $Exp(B)=11,866$). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa responden yang berpersepsi kurang baik mengenai empati mempunyai kemungkinan 2,57 kali untuk tidak puas dibandingkan yang mempunyai persepsi empati baik. Sedangkan untuk responden yang berpersepsi kurang baik pada bukti langsung mempunyai kemungkinan yang jauh lebih besar yaitu 11,87 untuk tidak puas dibandingkan yang berpersepsi baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa untuk meningkatkan kepuasan pasien maka perlu perbaikan mutu pelayanan yang terkait dengan empati para petugas dan bukti langsung berupa sarana prasarana kebidanan yang memadai untuk mendukung tercapainya tujuan pembangunan *Millennium Development Goals* (MDG) 2015. Hasil tersebut sudah sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUD. Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kabupaten Bulungan tahun 2009-2013 yang menjelaskan bahwa dengan pelayanan yang prima, akan merubah *image* mutu pelayanan rumah sakit pemerintah yang tercipta selama ini. Hal-hal yang dapat dilakukan antara lain dengan penanganan pelayanan yang cepat, ramah, menyenangkan, sesuai standart, sehingga pelanggan akan selalu mengingat pelayanan di RSUD Dr H Soemarno Sosroatmodjo. Demikian juga sesuai yang dinyatakan Nursalam, pelayanan keperawatan bukan hanya sekedar proses memberi dan menerima (*take and give*) akan tetapi seorang perawat (petugas) dituntut untuk mampu berperilaku "*care*", artinya dalam memberikan pelayanan keperawatan seseorang dituntut untuk memberikan pelayanan yang ramah, sopan, menghargai dan memiliki empati terhadap apa yang dirasakan pasien¹⁶.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Rata-rata responden berusia 31 tahun, usia termuda 16 tahun dan usia tertua 62 tahun. Pendidikan dasar dan menengah persentasenya hampir sama yaitu 45% dan 40,8%. Persentase terbesar untuk pekerjaan adalah petani (32,5%), sedangkan persentase terbesar biaya perawatan adalah Jaminan Kesehatan Masyarakat (50,8%).
2. Persentase responden yang menjawab kurang untuk masing masing persepsi dimensi mutu, penyebarannya hampir sama berkisar antara 41,7% sampai dengan 58,3%.
3. Pasien yang merasa puas terhadap layanan rawat inap (46,7%). Rendahnya hasil tersebut didukung adanya beberapa kekurangan dalam hal ketersediaan sarana prasarana yang dibutuhkan pasien, keramahan, kecepatan, maupun kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan.
4. Secara bersama sama variabel yang berpengaruh terhadap kepuasan layanan rawat inap adalah empati ($p=0,0001$; $OR=11,866$) dan bukti langsung ($p=0,038$; $OR=2,571$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa untuk meningkatkan kepuasan pasien maka perlu dilakukan secara bersama sama perbaikan mutu pelayanan yang terkait dengan empati

para petugas dan bukti langsung berupa sarana prasarana kebidanan yang memadai.

Saran

Disarankan kepada manajemen rumah sakit untuk meningkatkan mutu empati dengan mengedepankan keramahan dalam pelayanan melalui pelatihan pelayanan, penguasaan komunikasi terapeutik, *costumer servis*. Pada mutu bukti langsung perlu pengadaan alat-alat kebutuhan dasar pasien dan penempatan petugas khusus yang bertugas membersihkan serta mengawasi kebersihan unit rawat inap kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wiyono, D. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press, 1999 .
2. J.M. Juran. Kepemimpinan Bermutu. Penerjemah : Dr. Edi Nugroho. Jakarta : Pustaka Binaman Pressindo, 1995.
3. Azwar, Azrul. Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi II. Jakarta: PT Bina Rupa Aksara, 1996.
4. Bagian Kepegawaian, Data Kepegawaian RSUD dr.H.Soemarno Sostroatmodjo Bulungan. Bulungan, 2009.
5. Rangkuti, F. Measuring Customer Satisfaction. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, 2009
6. Zeithaml, Valerie and Mary Joe Beiner, et all. Service Marketing Integrating Customer Focus Across The Firm, 2 nd ed. New York : Mc Graw Hill, 1996.
7. Kotler P. Manajemen Pemasaran Analisis Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian. Jakarta : Salemba Empat, 1994.
8. Kotler P et all. Marketing of Health Care Organization. New Jersey : Prentice Hall, 1996.
9. Suryadi, Analisis Pengaruh Persepsi Mutu Layanan Antenatal Care (ANC) Terhadap Kepuasan Ibu Hamil di Pskesmas Lamepayang Kabupaten Kuningan Propinsi Jawa Barat. Semarang : Universitas Diponegoro. Thesis. 2009.
10. Ali Ghufron Mukti. Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta : PT. Karya Husada MUKti, 2007
11. Mohammad Iqbal. Pelayanan yang memuaskan. Jakarta : PT. Elex Komputindo, 2007.
12. Dennis Tri Arliani. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Konsumen. Yogyakarta : Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, 2004
13. Tukimin. Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Dalam Implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) Di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon (Studi Kualitatif dan Kuantitatif). Semarang : Universitas Diponegoro Semarang. Tesis. 2009 .
14. Pohan,I.S. Jaminan Mutu Layanan Kesehatan Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan. Jakarta : EGC, 2007.
15. Yamit, Zulian. Manajemen Kualitas Produk dan Jasa. Yogyakarta :Ekonisia, 2001.
16. Nursalam. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktek keperawatan profesional. Jakarta : Salemba Medika, 2002

**EVALUASI PELAKSANAAN
PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI
Tumirah*, Anik Dwi Palupi**, Teta Puji Rahayu***

ABSTRAK

Keberhasilan Program Perencanaan dan pencegahan Komplikasi (P4K) dapat diketahui dari persentase 8 indikator P4K dan untuk mengetahui hal tersebut adalah dengan melakukan evaluasi. Berdasarkan data Desa Pelang Kidul tahun 2009 evaluasi P4K belum dilakukan evaluasi secara rutin. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran evaluasi pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif, populasi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas berstiker sebanyak 85 orang. Semua populasi diteliti, variabel meliputi 8 indikator P4K yaitu, ibu hamil berstiker, ibu hamil berstiker ANC, ibu hamil berstiker bersalin di NAKES, ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang mengalami komplikasi tertangani, ibu nifas mendapatkan pelayanan nifas, ibu hamil berstiker mempunyai calon pendonor darah, ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas dirujuk dengan ambulance desa dan ibu hamil berstiker mempunyai tabulin dan dasolin. Metode penelitian studi dokumentasi. Pengumpulan data menggunakan buku KIA, stiker P4K, blangko wawancara dan cheklist Analisa data menggunakan pendekatan statistik deskriptif disajikan dalam bentuk diagram pie dan diagram batang.

Hasil penelitian meliputi 8 indikator yaitu, ibu hamil berstiker 85(100%), ibu hamil berstiker ANC 85(100%), ibu hamil berstiker bersalin di NAKES 59(100%), ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang mengalami komplikasi tertangani 15(100%), ibu nifas mendapatkan pelayanan nifas 59(100%), ibu hamil berstiker mempunyai calon pendonor darah 54(64%), ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas dirujuk dengan ambulance desa 15(100%) dan ibu hamil berstiker mempunyai tabulin dan dasolin 85(100%). Hasil evaluasi P4K di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar periode bulan Januari sampai dengan Oktober tahun 2011 belum tercapai 100%, masih ada 1 indikator yang kurang memenuhi target yaitu ibu hamil berstiker yang mempunyai calon pendonor darah. Saran evaluasi P4K sangat perlu dilaksanakan secara rutin sebagai evaluasi keberhasilan program dan peningkatan cakupan serta kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Kata kunci : Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

**= Poltekkes Kemenkes Surabaya, Jurusan Kebidanan, Kampus Magetan*

***= Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 Angka Kematian Ibu (AKI) 228/100.000 kelahiran hidup, tahun 2010 turun menjadi 226/100.000 kelahiran hidup (SDKI) 2010. Harapan pemerintah untuk mencapai *milleniun development goals* (MDGs) tahun 2015 angka kematian ibu ditekan menjadi 102/100.000 kelahiran hidup. Upaya penurunan AKI salah satu diantaranya dengan pendekatan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

P4K adalah suatu kegiatan di keluarga dan masyarakat yang difasilitasi oleh bidan dalam rangka meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin dan nifas termasuk perencanaan mengikuti metode KB pascasalin, dengan menggunakan stiker P4K sebagai media pencatatan sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan (Depkes RI, 2009:6). P4K merupakan salah satu kegiatan desa siap antar jaga (SIAGA), kenyataannya belum semua desa siap antar jaga melaksanakan P4K, karena pelaksanaannya memerlukan tenaga kesehatan dan motivator terlatih serta melibatkan kerjasama lintas sektor dan lintas program. Di Kabupaten Ngawi belum semua desa siap antar jaga melaksanakan P4K. Di Puskesmas Kedunggalar, 6 desa sudah menjadi desa SIAGA tetapi hanya ada 1 desa sebagai *pilot project* P4K yaitu Desa Pelang Kidul dan 5 desa yang lain belum melaksanakan P4K.

Desa Pelang Kidul merupakan desa *Pilot Project* P4K, namun evaluasi program belum dilaksanakan dengan baik sesuai manajemen, sehingga mempengaruhi keberhasilan program. Berdasarkan arsip laporan tahunan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) desa Pelang Kidul tahun 2010 dari target 100% ibu hamil berstiker hanya tercapai 63% ibu hamil yang terpantau P4K. Kesenjangan cakupan ibu hamil berstiker dikarenakan beberapa faktor, diantaranya kehamilan pada remaja pelajar yang tidak terdata, kehamilan multigravida yang tidak kontak dengan Nakes, jarak tempuh ibu hamil dengan tempat pelayanan jauh.

P4K di Desa Pelang Kidul sudah dilaksanakan mulai tahun 2008, tetapi pelaksanaan evaluasi belum dilakukan secara rutin setiap tahun. Hal ini dikarenakan anggaran untuk evaluasi dari pemerintah tidak rutin setiap tahun. Berdasarkan arsip laporan P4K Pelaksanaan evaluasi P4K di desa Pelang Kidul terakhir dilaksanakan pada tahun 2009. Karena evaluasi belum rutin dilaksanakan akhirnya berdampak pada pelayanan dan program. Dampak pada pelayanan yaitu semua ibu hamil, bulin, bufas yang mengalami komplikasi belum terdeteksi semua dan sasaran ibu hamil belum terdata semua. Dampak pada program yaitu belum ada tolok ukur untuk kemajuan program untuk menyusun program tahun berikutnya, serta belum bisa diketahui apakah P4K sudah mencapai kriteria yang diharapkan atau belum.

Untuk mengetahui keberhasilan P4K maka indikator P4K perlu dievaluasi setiap tahunnya (Dinkes Ngawi, 2008). Evaluasi harus dilaksanakan untuk membandingkan antara hasil suatu program dengan tujuan yang direncanakan (Notoatmodjo, 2003:87). Tetapi kenyataannya tidak demikian, maka perlu evaluasi P4K khususnya di Desa Pelang Kidul sebagai *pilot project*. Indikator P4K yang dievaluasi meliputi 8 indikator, yaitu 1) Ibu hamil berstiker yang terdata, 2) Ibu hamil berstiker yang mendapat pelayanan ANC, 3) Ibu hamil berstiker yang bersalin di Nakes, 4) Ibu hamil berstiker yang mengalami komplikasi yang tertangani, 5) Ibu hamil berstiker yang mendapatkan pelayanan nifas, 6) Ibu hamil berstiker yang mendapat calon pendonor darah, 7) Ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas dirujuk yang memanfaatkan ambulance desa, 8) Ibu hamil berstiker yang memiliki dana bersalin.

Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran evaluasi Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar periode bulan Januari sampai Oktober tahun 2011?

Tujuan Penelitian

1. Mengidentifikasi ibu hamil berstiker yang mendapat pelayanan *antenatal care*.
2. Mengidentifikasi ibu hamil berstiker yang bersalin di tenaga kesehatan (Nakes).
3. Mengidentifikasi ibu hamil, bersalin dan nifas berstiker yang mengalami komplikasi yang tertangani.
4. Mengidentifikasi ibu hamil berstiker yang bersalin di tenaga kesehatan yang mendapatkan pelayanan nifas.
5. Mengidentifikasi ibu hamil berstiker yang mendapatkan calon pendonor darah.
6. Mengidentifikasi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas dirujuk yang memanfaatkan ambulance desa.
7. Mengidentifikasi ibu hamil berstiker yang memiliki dana bersalin (Tabulin dan Dasolin).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan, yaitu deskriptif dengan metode studi dokumentasi, yang akan menggambarkan evaluasi Pelaksanaan P4K di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi periode bulan Januari sampai Oktober tahun 2011. Lokasi penelitian dilaksanakan di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi. Waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan September 2011 sampai dengan Januari 2012.

Populasi dalam penelitian ini adalah data ibu hamil, bersalin dan nifas berstiker yang tercatat pada register kohort ibu sebanyak 85 orang di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi periode bulan Januari sampai Oktober tahun 2011. Kriteria inklusi adalah ibu hamil berstiker, sedangkan kriteria eksklusi adalah ibu hamil tidak berstiker. Semua anggota populasi diteliti.

Variabel penelitian ini yaitu Evaluasi Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi yang terdiri dari 8 indikator, meliputi 1) Ibu hamil berstiker, 2) ibu hamil berstiker yang mendapat pelayanan ANC, 3) Ibu hamil berstiker yang sudah bersalin di Nakes, 4) Ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas berstiker yang mengalami komplikasi tertangani, 5) Ibu nifas yang mendapatkan pelayanan nifas, 6) Ibu hamil berstiker yang mempunyai calon pendonor darah, 7) Ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas dirujuk yang memanfaatkan ambulance desa, 8) Ibu hamil berstiker yang memiliki dana bersalin.

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan metode dokumentasi, dengan menggunakan data sekunder dan data primer yang didapat dari hasil kunjungan rumah ibu hamil, bersalin dan nifas. Teknik pengumpulan pada penelitian ini langkah pertama mendata bumil dari register kohort ibu, kemudian observasi langsung ke rumah ibu hamil dilanjutkan dengan wawancara tentang stiker P4K dengan menggunakan blangko wawancara dan *checklist*. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan dokumentasi terdiri atas 1) Stiker P4K yang terpasang tentang pencatatan Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, 2) Buku KIA ibu hamil berstiker yang meliputi 8 indikator, yaitu bumil berstiker, bumil berstiker yang mendapat pelayanan ANC, bumil berstiker yang sudah bersalin di Nakes, bumil, bulin dan bufas yang mengalami komplikasi tertangani, ibu nifas yang mendapatkan pelayanan nifas, bumil berstiker yang mempunyai calon pendonor darah, bumil, bulin dan bufas dirujuk yang memanfaatkan ambulance desa, bumil berstiker yang memiliki dana bersalin

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Ibu hamil di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi periode bulan Januari sampai Oktober tahun 2011 yang berstiker sebanyak 85 orang (100%).

Dari 85 ibu hamil berstiker di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi Periode bulan Januari sampai dengan Oktober tahun 2011, semuanya mendapat pelayanan *Antenatal Care* (ANC) (100%)

Dari ibu hamil 85 di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi periode bulan Januari sampai dengan Oktober tahun 2011 ibu hamil berstiker yang sudah bersalin 59 orang, dan yang masih hamil 26 orang, 59 orang semuanya ditolong oleh tenaga kesehatan (NAKES) (100%). Rincian sebagai berikut, bersalin di Polindes 35 orang ditolong bidan desa, bersalin di RS ditolong dokter 15 orang dan bersalin di bidan praktek swasta 9 orang ditolong oleh Bidan Praktek Swasta.

Tabel 1. Distribusi Tempat Bersalin Ibu Hamil Berstiker Bersalin di Desa Pelang Kidul Kedunggalar Ngawi Januari-Oktober 2011

No	Tempat Bersalin	f	%
1	Polindes	35	59,3
2	Rumah Sakit	15	25,4
3	Bidan Praktik Swasta	9	15,3
Jumlah		59	100

Dari 85 sasaran ibu hamil berstiker di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi periode bulan Januari sampai dengan Oktober tahun 2011 yang mengalami komplikasi 15 ibu dan semua tertangani di tempat rujukan (100%). Perincian kasus sebagai berikut, ibu hamil yang mengalami komplikasi tertangani sebanyak 3 orang, ibu bersalin yang mengalami komplikasi tertangani sebanyak 10 orang dan ibu nifas yang mengalami komplikasi tertangani sebanyak 2 orang.

Dari 85 sasaran ibu hamil berstiker yang sudah bersalin 59 orang, semua mendapatkan pelayanan nifas di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi pada tahun 2011 (100%). Pelayanan nifas dilaksanakan sebanyak 3 kali, pelayanan kesehatan nifas 100% dilaksanakan dengan kunjungan rumah.

Dari 85 sasaran ibu hamil berstiker yang mempunyai calon pendonor darah di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi periode bulan Januari sampai dengan Oktober tahun 2011 sebanyak 54 orang (64%), yang tidak mempunyai calon pendonor darah sebanyak 31 orang (36%). Data dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 1. Distribusi Kepemilikan Calon Pendonor Darah Ibu Hamil Berstiker di Desa Pelang Kidul Kedunggalar Ngawi Januari-Oktober 2011

No	Kepemilikan Calon Pendonor Darah	f	%
1	Memiliki	54	64
2	Tidak memiliki	31	36
Jumlah		85	100

Dari 85 sasaran ibu hamil berstiker yang sudah bersalin 59 ibu, dirujuk ke Rumah Sakit sejumlah 15 orang semua menggunakan ambulance desa di Desa Pelang Kidul Kedunggalar

Ngawi periode bulan Januari sampai Oktober dengan tahun 2011 (100%). Rincian data rujukan adalah, ibu hamil yang dirujuk ke rumah sakit dengan memanfaatkan ambulance desa sebanyak 3 orang, ibu bersalin yang dirujuk ke rumah sakit dengan memanfaatkan ambulance desa sebanyak 10 orang dan ibu nifas yang di rujuk ke rumah sakit dengan memanfaatkan ambulan desa sebanyak 2 orang dengan kasus retensio placenta.

Dari 85 sasaran ibu hamil berstiker semua mempunyai dana bersalin (100%) berupa dana sosial ibu bersalin maupun tabungan ibu bersalin di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi periode bulan Januari sampai Oktober tahun 2011.

Pembahasan

Ibu hamil yang berstiker: 100%. Semua ibu hamil harus berstiker (USAID, 2008:22), demikian pula menurut Depkes RI. Ibu hamil berstiker adalah sistem pencatatan dan penandaan yang dikembangkan oleh warga, untuk memberikan informasi kepada warga tentang keberadaan dan kondisi ibu hamil di desa lingkungan mereka (Depkes RI, 2009:8).

Keberhasilan pemasangan stiker ibu hamil ini karena hasil kerja sama tenaga kesehatan (bidan di desa) dan masyarakat. Strategi yang dilakukan tenaga kesehatan, yaitu: 1) mengadakan penyuluhan rutin di posyandu setiap bulan, 2) menempati polindes selama 24 jam, 3) melakukan kerjasama dengan kader kesehatan desa, perangkat desa serta tokoh masyarakat, 4) melakukan pencatatan dan pelaporan rutin, 5) meningkatkan peran keluarga dalam pemasangan stiker P4K. Faktor masyarakat yang mendukung keberhasilan pemasangan stiker pada ibu hamil yaitu: 1) mempunyai kesadaran akan manfaat pemasangan stiker di rumah ibu hamil, 2) kader mampu mengisi dan memasang.

Pencapaian ibu hamil berstiker (100%) sesuai dengan hasil penelitian Umi Riyanti (2009) di Desa Cepoko Ngrambe. Hal ini dikarenakan bidan di desa melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil baru yang belum kontak dengan bidan di desa, dan melakukan *sweeping* ibu hamil setiap akhir bulan sehingga semua ibu hamil yang ada terdata semua. Strategi yang dilakukan pada pemasangan stiker pada penelitian ini berbeda yaitu: membina kerja sama dengan keluarga, kader dan masyarakat, memberi kepercayaan pada kader untuk memasang stiker saat ibu mulai hamil dan melepas stiker selesai masa nifas hari ke-42. *Sweeping* pada ibu hamil perlu dilakukan untuk meningkatkan cakupan pencapaian ibu hamil berstiker sehingga semua ibu hamil yang terdata dan mendapat pelayanan kesehatan. Walaupun sudah memberi kepercayaan kepada keluarga dan masyarakat, petugas kesehatan tetap harus memantau tiap akhir bulan untuk meyakinkan stiker sudah terpasang.

Ibu hamil berstiker semuanya mendapat pelayanan *antenatal care* (ANC) (100%). Target pencapaian ANC pada ibu hamil 100%. *Antenatal care* (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal (Depkes RI, 2005:6). Dalam pelaksanaan program perencanaan persalinan dan komplikasi (P4K), bahwa semua ibu hamil harus mendapatkan pelayanan *antenatal care* (ANC). Ibu hamil yang berstiker harus mendapat pelayanan *antenatal care* (USAID, 2008:17). Ibu hamil yang berstiker semua sudah mendapat pelayanan *antenatal care* (ANC).

Pencapaian target ibu hamil berstiker yang ANC karena kerjasama yang baik antara bidan di desa dengan masyarakat, strategi yang dilakukan petugas kesehatan, yaitu: 1) memberikan pelayanan ANC sesuai standar dan profesional, 2) membuat pemetaan wilayah

sasaran ibu hamil, 3) membuat PWS (pemantauan wilayah setempat), 4) melakukan pelayanan ANC di luar gedung (di hari buka posyandu), 5) memberikan Jampersal (Jaminan Persalinan) secara gratis di Polindes dan bidan praktek swasta. Sedangkan dari faktor masyarakat, yaitu 1) mempunyai kesadaran akan pentingnya pemeriksaan rutin sewaktu hamil, 2) mampu secara ekonomi untuk memeriksakan kehamilannya, 3) kader kesehatan memberikan rujukan kunjungan ibu hamil baru ke bidan desa (polindes). Semua ibu hamil yang ANC di bidan desa semua terjangkau masuk kelas *antenatal*. Ibu hamil menyadari bahwa ANC merupakan suatu kebutuhan dan hak semua ibu hamil, bukan perintah petugas sehingga semua ibu hamil yang sudah berstiker melakukan ANC semua di petugas kesehatan.

Pencapaian ibu hamil berstiker yang ANC (100%) sesuai dengan hasil penelitian Umi Riyanti (2009) di Desa Cepoko Ngrambe. Strategi yang dilakukan yaitu: 1) melakukan *sweeping* ibu hamil setiap akhir bulan, 2) memberikan pelayanan ANC gratis bagi warga dengan kartu Jamkesmas, 3) mengupayakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) bagi ibu hamil yang tidak mampu untuk biaya persalinan dan rujukan ke RS. Sedangkan strategi yang dilakukan pada penelitian ini sangat didukung sekali dengan adanya, 1) program Jampersal, yaitu ANC gratis 4 kali yang terdiri dari Trimester pertama 1 kali, Trimester kedua 1 kali dan Trimester ketiga 2 kali, 2) adanya kelas antenatal. Meskipun ada perbedaan strategi pencapaian sama 100%, karena ibu hamil menyadari pentingnya ANC untuk kesejahteraan ibu dan janin, mendapatkan pelayanan kesehatan kehamilan.

Hasil penelitian menunjukkan dari 85 sasaran ibu hamil berstiker yang sudah bersalin sebanyak 59 orang dan semuanya di tolong oleh tenaga kesehatan (NAKES) (100%). Semua persalinan harus di tolong NAKES 100%. Pengertian tenaga kesehatan adalah tenaga medis yang menolong persalinan yang meliputi dokter dan bidan (USAID, 2008:23).

Pencapaian target ibu hamil berstiker bersalin di NAKES karena bidan di desa aktif melaksanakan program yaitu 1) memberikan pelayanan persalinan secara aman dan sesuai standar, 2) menempati polindes siap melayani 24 jam, 3) mengisi AKIB (amanah kesehatan ibu dan bayi) bersama ibu hamil, 4) mengadakan kerjasama dengan dukun bayi dan kader, 5) memberikan jasa rujukan persalinan kepada kader kesehatan/dukun bayi sebesar Rp. 15.000, (lima belas ribu rupiah) tiap kali melakukan rujukan. faktor masyarakat yang mendukung keberhasilan pencapaian target ibu hamil berstiker bersalin di NAKES, yaitu 1) menyadari persalinan di tenaga kesehatan lebih aman daripada persalinan dukun, 2) mempunyai kemampuan secara ekonomi untuk membiayai persalinan, 3) kader kesehatan dan dukun bayi telah mempunyai komitmen untuk melakukan rujukan persalinan ke bidan desa, 4) tersedianya dasolin dan tabulin. Manfaat persalinan di tolong oleh NAKES, yaitu 1) persalinan lebih bersih dan aman, 2) diketahuinya kelainan/komplikasi persalinan secara dini, 3) ditangani tenaga ahli, 4) dilakukan rujukan dini berencana pada ibu hamil beresiko, 5) kesehatan ibu dan bayi terpantau sampai masa nifas 42 hari, 6) pencegahan infeksi lebih terjaga.

Persalinan di Desa Pelang Kidul semua ditolong tenaga kesehatan karena sudah ada kemudahan biaya persalinan melalui program Jampersal dengan persyaratan mudah, sehingga tabulin dan dasolin di gunakan untuk kepentingan lainnya. Selain ada Jampersal, masyarakat sekitar siap siaga membantu ibu hamil yang akan bersalin sewaktu-waktu dibutuhkan untuk mengantar ke bidan Masyarakat sudah siap bersalin dimana saja tanpa memikirkan biaya sehingga angka kematian ibu dan bayi bisa ditekan seminimal mungkin.

Pencapaian ibu hamil berstiker yang bersalin di NAKES (100%) sesuai dengan hasil penelitian Umi Riyanti (2009) di Desa Cepoko Ngrambe. Strategi yang dilakukan yaitu: 1) memberikan pelayanan persalinan secara aman dan sesuai standar, 2) bidan menempati polindes 24 jam, 3) mengisi AKIB (amanah kesehatan ibu dan bayi) bersama ibu hamil, 4) mengadakan kerjasama dengan dukun bayi dan kader kesehatan, 5) memberikan jasa rujukan persalinan kepada kader kesehatan/dukun bayi sebesar Rp.15.000 tiap melakukan rujukan ke bidan. Strategi pada penelitian ini, yaitu 1) menolong persalinan minimal 2 bidan, 2) memberikan pelayanan persalinan gratis pada semua warga kecuali pemegang Askes dan Jamsostek, 3) membina kemitraan dukun dan kader, 3) mengadakan pembinaan rutin pada kader posyandu setiap tanggal 28, 4) bidan menempati Polindes 24 jam. Pemberian uang rujukan kepada kader dan dukun bayi sangat membantu sistem rujukan masyarakat. Dengan strategi yang berbeda pencapaian ibu bersalin di NAKES didapatkan hasil yang sama 100% , hal ini karena kesadaran ibu hamil untuk bersalin di NAKES sangat tinggi serta didukung kemudahan pembiayaan dari pemerintah.

Dari 85 ibu hamil berstiker yang bersalin dirujuk ke Rumah Sakit 15 orang, semua mendapat penanganan pelayanan kesehatan secara cepat dan adekuat. Kasus komplikasi kebidanan harus ditangani 100% secara adekuat (Making Prenancy Saver). Rujukan yang dilakukan secara dini berencana melalui Jamkesmas bagi yang punya dan memakai surat keterangan tidak mampu (SKTM) dari desa bagi yang tidak masuk program Jamkesmas. Mulai bulan Juni 2011 sudah ada kemudahan lagi dari pemerintah dengan Jampersal, sehingga tidak ada kejadian keterlambatan rujukan pada ibu dan bayi karena alasan biaya.

Pencapaian komplikasi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas tertangani (100%) sesuai dengan penelitian Umi Riyanti (2009) di Desa Cepoko Ngrambe. Strategi yang dilakukan pada penelitian terdahulu dan penelitian sekarang pada rujukan komplikasi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas sama yaitu, 1) mendeteksi dini pada semua ibu hamil resiko tinggi, 2) melakukan rujukan dini berencana pada kasus kelompok resiko sangat tinggi dan rujukan tepat waktu pada kasus kegawatdaruratan kebidanan, 3) memberikan penyuluhan tentang tanda bahaya pada ibu hamil, tanda bahaya pada ibu bersalin dan tanda bahaya pada ibu nifas.

Ibu hamil berstiker yang sudah bersalin yang mendapatkan pelayanan nifas: 100%. Semua ibu nifas harus mendapat pelayanan nifas sampai paripurna: 100%. Masa nifas adalah masa setelah partus selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu (Wiknjosastro, 2000:124). Sesuai hasil penelitian dari 59 sasaran ibu hamil yang sudah bersalin (100%) mendapat pelayanan nifas. Hal ini disebabkan karena bidan desa di Desa Pelang Kidul Kecamatan Kedunggalar Kabupaten Ngawi selalu memberikan pelayanan nifas dengan baik kepada ibu nifas sesuai standar yaitu dengan mengadakan kunjungan ke rumah ibu nifas sebanyak 3 kali selama masa nifas kurang lebih 42 hari, sehingga apabila ditemukan kelainan pada ibu nifas segera terdeteksi dan tertangani, sehingga tidak terjadi komplikasi.

Keberhasilan pencapaian target ibu hamil berstiker bersalin mendapat pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (bidan di desa) dengan strategi sebagai berikut, 1) bidan melakukan kunjungan rumah pada ibu nifas sebanyak 3 kali yaitu kunjungan pertama pada 6 jam pertama sampai 7 hari, kunjungan kedua pada hari ke 8 sampai hari ke 28 dan kunjungan ketiga pada hari ke 29 sampai hari ke 42 (Dinkes Ngawi, 2011), 2) adanya kartu nifas dan kartu neonatal yang berisi tentang kondisi ibu nifas dan bayi yang harus dilaporkan. Sedangkan dari faktor

masyarakat 1) menghubungi bidan segera apabila belum dikunjungi, 2) datang ke polindes apabila bidan tidak dapat mengunjungi. Manfaat pelayanan nifas yaitu 1) menjaga kesehatan ibu dan bayi nya baik fisik maupun psikologik, 2) skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi, 3) memberikan pendidikan kesehatan pada ibu berkaitan dengan gizi, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi, perawatan bayi dan KB, 4) memberikan pelayanan KB (Suherni dkk, 2009:2).

Pencapaian ibu nifas mendapat pelayanan nifas (100%) sesuai dengan penelitian Umi Riyanti (2009) di Desa Cepoko Ngrambe. Pada penelitian ini semua ibu nifas di kunjungi oleh bidan di desa, sedangkan pada penelitian terdahulu ibu nifas juga dikunjungi bidan di desa tetapi ada sebagian yang mendatangi bidan ke Polindes.

Hasil penelitian menunjukkan dari 85 sasaran ibu hamil yang mempunyai calon pendonor darah sebanyak 54 orang (64%) yang belum mempunyai calon pendonor darah sebanyak 31 orang (36%). Semua ibu hamil harus mempunyai calon pendonor darah 100%. Calon donor adalah orang yang akan dijadikan pendonor yang dipersiapkan untuk diambil darahnya sewaktu-waktu apabila diperlukan oleh seorang ibu hamil

Pencapaian calon pendonor darah (64%) tidak sesuai dengan penelitian terdahulu yang dilakukan Umi Riyanti (2009) di Desa Cepoko Ngrambe, dengan pencapaian calon pendonor darah 100%. Dari hasil wawancara dengan sebagian keluarga, masyarakat ada yang takut darahnya di ambil untuk donor, takut darahnya berkurang. Belum pernah ada penyuluhan khusus tentang donor darah di Desa Pelang Kidul, sehingga pengetahuan masyarakat tentang donor darah kurang yang berakibat pencapaian calon pendonor darah di Desa Pelang Kidul tidak tercapai 100%. Strategi pada penelitian terdahulu yaitu 1) memanfaatkan partisipasi murid SMP wanita untuk pemeriksaan golongan darah, 2) mengaktifkan karang taruna unuk donor darah sewaktu-waktu dibutuhkan, 3) desa sudah mempunyai kelompok pendonor darah yang terdiri dari kader, perangkat desa dan warga masyarakat

Hasil penelitian menunjukkan dari sasaran ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang dirujuk kerumah sakit dengan memanfaatkan ambulance desa sejumlah 15 orang (100%). Target rujukan dengan ambulan desa 100%. Sistem transportasi atau ambulan desa adalah sistem kebersamaan warga yang dikembangkan demi terjaminnya keberadaan sarana transportasi jika sewaktu-waktu ibu atau bayi perlu segera ke rumah sakit (USAID, 2008:23).

Pencapaian target bumil berstiker yang bersalin di rujuk ke Rumah Sakit memanfaatkan ambulance desa sangat didukung dari tenaga kesehatan, srategie yang dilakukan untuk pemanfaatan ambulance desa, adalah 1) membuat jadwal ambulance desa sesuai yang telah disepakati memiliki mobil serta sopirnya, 2) mendekati ibu hamil secara dini sehingga rujukan dilakukan secara dini berencana, 3) menggunakan dana tabulin dan dasolin sesuai dengan kasus rujukan, 4) merujuk ke RS bagi ibu hamil resiko tinggi dengan memanfaatkan Jamkesmas dan Jampersal. Faktor masyarakat yang mendukung keberhasilan pencapaian target ibu hamil yang bersalin dirujuk ke RS, yaitu 1) menyadari kondisi ibu hamil dengan resiko yang ada padanya baik suami maupun keluarga sehingga rujukan dini berencana biasa dilakukan segera, 2) mempunyai kemampuan secara ekonomi untuk pembiayaan karena tersedia dana tabulin dan dasolin, 3) kesiapsiagaan ambulans desa bila dihubungi.

Hasil penenelitian pencapaian ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang di rujuk ke rumah sakit dengan memanfaatkan ambulance desa sesuai dengan penelitian terdahulu yang

dilakukan Umi Riyanti pada tahun 2009 di desa Cepoko Kecamatan Ngrambe, dengan hasil semua ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang di rujuk ke rumah sakit dengan memanfaatkan ambulance desa 100%. Ambulance desa yang ada di Desa Pelang Kidul sudah terjadwal dengan baik melalui SK dari Kepala Desa, biaya yang ditetapkan relatif murah sehingga masyarakat tidak ragu memanfaatkan ambulance desa tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan dari 85 sasaran ibu hamil berstiker yang mempunyai dana bersalin (100%). Target tabulin dan dasolin pada ibu hamil 100%. Pengertian dana bersalin adalah tabungan, baik itu tabungan ibu bersalin (tabulin) maupun dana sosial ibu bersalin (dasolin) yang telah disepakati dan dikembangkan oleh warga yang akan digunakan untuk membiayai persalinan (Dinkes, 2008). Manfaat dasolin dan tabulin bagi ibu bersalin yaitu membantu keluarga terutama yang kurang mampu untuk membiayai persalinan. Pencapaian target bumil berstiker yang mempunyai dasolin dan tabulin sangat didukung dari tenaga kesehatan dengan langkah tenaga kesehatan sebagai berikut: 1) memberikan penyuluhan kepada ibu hamil dan keluarga tentang tabulin dan dasolin, 2) menyepakati tabulin pada ibu hamil ke dalam amanah keselamatan ibu dan bayi (AKIB), 3) menghimpun dasolin secara rutin ke posyandu. Faktor masyarakat yang mendukung pencapaian target ibu hamil berstiker yang mempunyai dasolin dan tubulin, yaitu 1) menyadari pentingnya tabulin dan dasolin untuk ibu hamil, 2) mempunyai kemampuan juga kesadaran untuk membayar tabulin dan dosalin sesuai kesepakatan secara rutin, 3) perangkat desa turut membantu dalam pengumpulan dosalin dan diagendakan dalam penerimaan anggaran dana desa (ADD).

Hasil penenelitian pencapaian ibu hamil berstiker yang memiliki tabulin dan dasolin sesuai dengan penelitian terdahulu yang dilakukan Umi Riyanti pada tahun 2009 di Desa Cepoko Kecamatan Ngrambe, didapatkan hasil semua ibu hamil berstiker sudah memiliki tabulin dan dasolin 100%. Ada perbedaan pemanfaatan tabulin dan dasolin antara penelitian terdahulu dengan penelitian ini, karena sekarang sudah ada Jampersal sehingga biaya persalinan ditanggung pemerintah. Tabulin dan dasolin tetap perlu dikembangkan untuk melatih kemandirian keluarga sehingga tidak tergantung terus pada bantuan pemerintah.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Ibu hamil berstiker: 100%, ibu hamil berstiker yang ANC: 100%, ibu hamil berstiker yang sudah bersalin di NAKES: 100%, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas berstiker yang mengalami komplikasi tertangani: 100%, ibu nifas yang mendapat pelayanan nifas: 100%, ibu hamil berstiker yang mempunyai calon pendonor darah: 64%, ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas berstiker yang di rujuk ke RS yang memanfaatkan ambulance desa: 100%, dan ibu hamil berstiker mempunyai tabulin dan dasolin: 100%.

Saran

1. Diharapkan Dinas Kesehatan hasil penelitian ini sebagai bahan evaluasi P4K guna meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir dan sebagai pertimbangan perlunya diadakan penyuluhan tentang donor darah dari petugas PMI.

2. Diharapkan masyarakat meningkatkan pengetahuan dan peran serta masyarakat dalam pelaksanaan P4K
3. Diharapkan Institusi Pendidikan menggunakan hasil penelitian ini sebagai tambahan pustaka di perpustakaan, menambah informasi keberhasilan P4K dan menambah pengetahuan bagi calon bidan tentang kiat-kiat keberhasilan program P4K.
4. Diharapkan para peneliti menggunakan hasil penelitian ini sebagai pembandingan untuk penelitian lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. S 2007 *Prosedur penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Arikunto. S 2010 *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- BKKBN Propinsi Jawa Timur. 2008. *Manfaat KB dan Kesehatan Reproduksi*. Surabaya: BKKBN Propinsi Jatim
- Budiono, 2008. *Statistik* Jakarta: Gunung Agung.
- Budiarto, 2001. *Biostatistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Dinkes Propinsi Jawa Timur. 2008. *Pencanangan Program Keluarga Berencana di Jawa Timur*. Surabaya: Dinkes Propinsi Jawa Timur.
- Depkes RI. 2009. *Pedoman Program Pelaksanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi*. _____, 2009. *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI dan JICA
- Krisnadi, 2010 *Langkah pembuatan Karya Tulis Ilmiah* www.Skirpsizone.com/tips/artikel_Prosedur. 5 Oktober 2011
- Muninjatya. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- _____. 2002. *Metodologi Research*. Jakarta: Bina reka Aksara.
- Saifuddin, Abdul. Bari. 2002. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Buku Panduan Praktis, Edisi I Cetakan II*. Jakarta: YBPSP
- Rohmawati.N 2010. *Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Jawa Tengah*. ([http://www. Solo-ehealth.org/e-team/berita/programorientasi-perencanaan-persalinan](http://www.Solo-ehealth.org/e-team/berita/programorientasi-perencanaan-persalinan)).
- Riyanti.U 2009. *Evaluasi Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi di desa Cepoko, Ngrambe, KTI, Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya Jurusan Kebidanan, Magetan*.
- Sastroasmoro. S 2005 *Dasar dasar metodologi penelitian klinis* Jakarta: Bina rupa Aksara.
- Sugiono. 2003 *metodologi penelitian*. Jakarta: Bina reka Aksara
- USAID 1. 2008. *Pegangan Fasilitator Desa*. Jakarta: USAID Press.
- Wiknjosastro.H 2008. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Esensial dan Neonatal*. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka. Sarwono Prawiroharjo
- Wiknjosastro.H dkk. 2002 *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka. Sarwono Prawiroharjo

**PENGARUH TEKNIK ABDOMINAL BREATHING
TERHADAP PENURUNAN NYERI IBU INPARTU KALA I FASE AKTIF
PADA PERSALINAN FISIOLOGIS DI RSIA AURA SYIFA KEDIRI**

Siti Asiyah*, Triatmi Andri Yanuarini*, Shinta Kristianti*

ABSTRACT

Every labouring would raise pain (feeling). This case was physiology because the happening of contraction results dilatasi of cervix thinning. The pain of labouring was felt by every mother would be different because the pain character was subjective. So that it was depended on the response of mother pain. Anxiety and fear sometimes ended with panic.

The observation purposed to decrease mother pain the 1st labouring active phase in physiology labouring. The design was used in the observation was pre experiment one group pre test – post test design. The population in the observation was labouring mothers in Aura Syifa Hospital period July-August 2010. The sample was taken by using Simple Random Sampling Technique. With number 65 people. The statistic test which was used Wilcoxon Match Pairs Test was gotten that there was influence of Abdominal Breathing technique to the decrease of mother pain the 1st labouring period active phase. The Abdominal Breathing technique could be used as one of the non pharmacology technique in the decrease effort of mother pain the 1st labouring period active phase in physiology labouring.

Key word : Pain, Labouring, active phase, Abdominal Breathing

**= Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Jurusan Kebidanan, Prodi Kebidanan Kediri*

PENDAHULUAN

Sebagian besar kehamilan berakhir dengan kelahiran bayi hidup pada ibu yang sehat. Walaupun demikian pada beberapa kasus kelahiran bukanlah peristiwa membahagiakan akan tetapi menjadi suatu masa yang penuh dengan rasa nyeri, rasa takut, penderitaan dan bahkan kematian (WHO, 2003). Telah banyak upaya untuk membantu para ibu mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pada saat proses persalinan berlangsung diantaranya adalah Penelitian yang dilakukan Suprih Hartini di Trenggalek dalam upaya penurunan nyeri kala I persalinan melalui tehnik nafas dalam berirama dengan menggunakan skala nyeri Bounbanais (Hartini, 2004). Hasil penelitian ini menunjukkan dari 12 responden sebelum perlakuan 7 orang (58,34 %) nyeri berat, 4 orang (33,33 %) nyeri sedang dan 1 orang (8,33 %) nyeri sangat berat. Setelah perlakuan, menunjukkan nyeri ringan 66,67 % dan nyeri sedang 33,33 %.

Menurut Maston Smith (1993) dalam Bobak (2004), ada berbagai ekspresi efektif pada ibu bersalin: mengerang, menangis, menggerak-gerakkan tangan dan lain-lain. Ekspresi itu digunakan untuk mengalihkan perhatian mereka terhadap nyeri persalinan. Rasa nyeri dalam persalinan tentunya akan menimbulkan rasa gelisah pada sang ibu sehingga ada efek psikologis yang justru mengganggu (Mose, 2007). Nyeri juga dapat menyebabkan aktivitas uterus yang tidak terkoordinasi yang akan mengakibatkan persalinan lama (Mander, 2003).

Sebenarnya banyak metode alternatif yang dapat dilakukan untuk mengurangi intensitas rasa nyeri saat persalinan. Secara umum dapat dikelompokkan dua kategori yakni dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Teori Dick Read & Lamage bahwa nyeri persalinan yang disebabkan oleh rasa nyeri, takut dan tegang dapat dikurangi atau diredakan

dengan berbagai metode yaitu menaikkan pengetahuan ibu tentang hal-hal yang akan terjadi pada suatu persalinan, menaikkan kepercayaan diri dan relaksasi pernapasan (Bobak, 2004).

Abdominal breathing merupakan salah satu cara teknik relaksasi yang dapat digunakan untuk ibu bersalin. *Abdominal breathing* bermanfaat untuk mengalihkan perhatian ibu dari rasa nyeri atau sakit saat bersalin. Namun sampai saat ini teknik *abdominal breathing* masih belum terbiasa digunakan dalam menolong persalinan fisiologis pada ibu *inpartu*. Di RSIA Aura Syifa Kediri belum dilakukan manajemen nyeri persalinan secara khusus untuk mengontrol nyeri, maka peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh teknik *abdominal breathing* terhadap penurunan nyeri ibu *inpartu* kala I fase aktif pada persalinan fisiologis.

METODE PENELITIAN

Populasi penelitian *One Group Pre test-Post tes Design* ini adalah seluruh ibu *inpartu* kala I fase aktif di RSIA Aura Syifa Kediri pada bulan Juli 2010 dengan kriteria Ibu *inpartu* kala I fase aktif, mau menerima pembelajaran *abdominal breathing*, dan bersedia diteliti. Teknik sampling adalah simple random sampling, besar sampel di hitung dengan rumus:

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

Variabel independen penelitian ini adalah teknik *abdominal breathing*, dan variabel dependen ialah nyeri ibu *inpartu* kala I fase aktif persalinan fisiologis. Alat ukur penelitian menggunakan lembar *observasi* dengan menggunakan skala intensitas nyeri numerik 0 – 10.

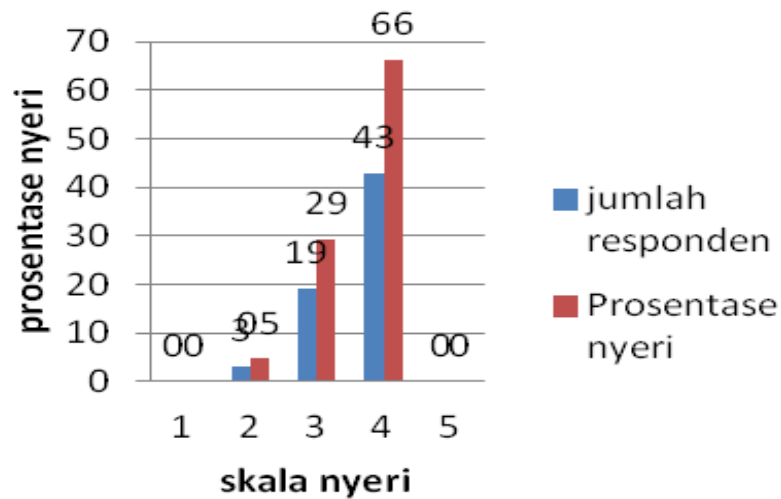
Ketentuan penilaian nyeri adalah: 1 : tidak ada nyeri (skala 0), 2 : nyeri ringan (skala 1-3), 3 : nyeri sedang (skala 4-6), 4 : nyeri berat (skala 7-9), 5 : nyeri sangat berat (skala 10). Untuk mengetahui pengaruh teknik *abdominal breathing* terhadap penurunan nyeri pada ibu *inpartu* kala I fase aktif dilakukan dengan uji *Wilcoxon Match Pairs Test* dengan α 0,05.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

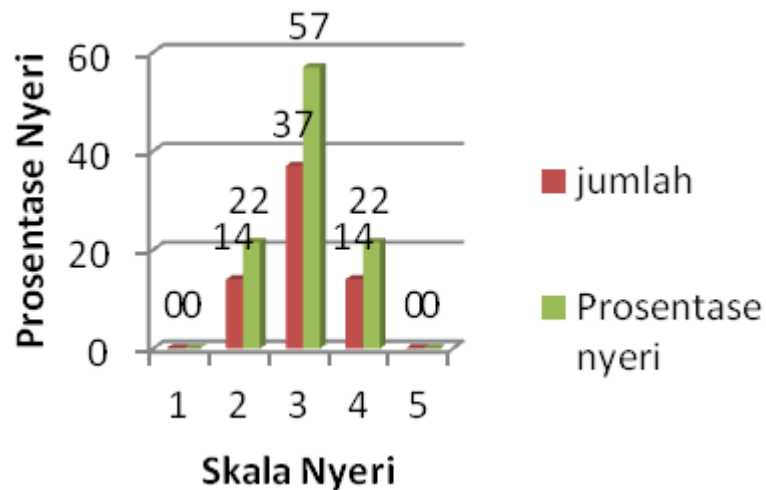
Hasil Penelitian

Tabel 1. Karakteristik Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif di RSIA Aura Syifa Kediri Juli-Agustus 2010

No	Karakteristik	f	%
1	Usia : <20 tahun	5	8
	: 20-35 tahun	56	86
	: >35 tahun	4	6
2	Pendidikan : SD	6	9
	: SMP	15	23
	: SMA	37	57
	: Diploma dan Sarjana	7	11
3	Gravida : 1	33	51
	: 2	22	34
	: >2	10	15
4	Suku Bangsa: Jawa	65	100
5	Informasi Pengurangan Nyeri : Sudah	5	8
	: Belum	60	92



Gambar 1. Nyeri Persalinan Sebelum Diberikan Teknik Abdominal Breathing pada Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif di RSIA Aura Syifa Kediri Bulan Juli-Agustus 2010



Gambar 2. Nyeri Persalinan Setelah Diberikan Teknik Abdominal Breathing pada Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif di RSIA Aura Syifa Kediri Bulan Juli-Agustus 2010

Tabel 2. Perubahan nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik Abdominal Breathing pada ibu inpartu kala I fase aktif di RSIA Aura Syifa Kediri bulan Juli-Agustus 2010

Kategori Nyeri	Sebelum		Sesudah	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Tidak nyeri	0	0	0	0
Nyeri ringan	3	4,6	14	21,5
Nyeri sedang	19	29,2	37	57
Nyeri berat	43	66,2	14	21,5
Nyeri sangat berat	0	0	0	0
Jumlah	65	100	65	100

Berdasarkan Gambar 1 tampak bahwa sebelum dilakukan teknik *Abdominal Breathing* tidak ada responden yang menyatakan tidak ada nyeri, sebanyak 3 responden menyatakan nyeri ringan (4,6%), 19 responden (29,2%) menyatakan nyeri sedang, 43 responden (66,2%) berada pada nyeri berat dan tidak ada yang mengalami nyeri sangat berat.

Berdasarkan Gambar 2, setelah dilakukan teknik *Abdominal Breathing*, didapatkan hasil 14 responden (21,5%) mengalami nyeri ringan, 37 responden (57%) mengalami nyeri sedang dan 14 responden (21,5%) mengalami nyeri berat.

Perubahan nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik *Abdominal Breathing* dapat dilihat pada Tabel 2. Sebelum dilakukan teknik *Abdominal Breathing* responden yang masuk nyeri ringan dengan skala (1-3) 3 orang (4,6%) meningkat menjadi 14 orang (21,5%), nyeri sedang skala (4-6) 19 orang (29,2%) meningkat menjadi 37 orang (57%), nyeri berat skala (7-9) 43 orang (66,2%) mengalami penurunan yaitu 14 orang (21,5%), sedangkan yang mengalami nyeri tidak tertahankan tidak ditemukan baik sebelum ataupun sesudah intervensi. Untuk melihat perbedaan nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik *Abdominal Breathing* (untuk melihat pengaruh teknik *Abdominal Breathing*), terhadap penurunan nyeri ibu inpartu kala I persalinan fisiologis, dilakukan uji Wilcoxon Signed Rank Test, dengan α 0,05. Dari hasil uji diperoleh nilai p $0,00 < 0,05$ artinya ada pengaruh teknik *Abdominal Breathing* terhadap penurunan nyeri ibu inpartu kala I pada persalinan fisiologis di RSIA Aura Syifa Kediri.

Pembahasan

Sebelum dilakukan teknik *Abdominal Breathing*, tidak ada responden yang menyatakan tidak ada nyeri, sebanyak 4,6% mengalami nyeri ringan, 29,2% menyatakan nyeri sedang, 66,2% berada pada nyeri berat dan tidak ada yang mengalami nyeri tidak tertahankan. Jika dilihat dari paritas, dari 65 responden 33 responden adalah primigravida dan 32 responden multigravida. Sedangkan jika dilihat dari usia responden, yang berusia kurang dari 20 tahun sebanyak 5 responden, 20-35 tahun sebanyak 56 responden dan yang berusia lebih dari 35 tahun sebanyak 4 responden. Dan semua responden (100%) berlatar belakang budaya/suku Jawa. Suku Jawa pada umumnya memiliki budaya yang cenderung tidak ekspresif termasuk didalam mengekspresikan nyeri yang dirasakan selama proses persalinan. Hal ini didukung bahwa ras, budaya dan etnik berpengaruh terhadap cara orang mengekspresikan nyeri, ekspresi nyeri tersebut didasarkan perilaku lingkungan di sekitarnya (Laily, 2008).

Berdasarkan tingkat pendidikan responden, sebagian besar berpendidikan SMA. Menurut Notoatmodjo, semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin mudah pula seseorang dalam menerima informasi, termasuk informasi tentang pengurangan nyeri persalinan dengan teknik *abdominal breathing*.

Berdasarkan keterpaparan terhadap informasi tentang cara pengurangan nyeri persalinan yang sudah pernah diterima responden, dari 5 responden yang pernah mendapatkan informasi tersebut, hanya 1 orang responden yang mengalami nyeri berat dan 4 orang lainnya mengalami nyeri sedang sebelum mendapatkan intervensi. Informasi tentang cara pengurangan nyeri yang diberikan pada responden sebelum masa persalinan dapat mempengaruhi kesiapan psikis responden dalam menghadapi persalinannya yang pasti akan mengalami nyeri juga. Nyeri persalinan merupakan nyeri yang dapat diantisipasi oleh ibu bersalin sehingga metode-metode pengurangan nyeri dapat diajarkan pada ibu hamil untuk persiapan melahirkan dengan harapan bahwa pada saat persalinan berlangsung ibu sudah dapat menyiapkan diri menghadapi nyeri (Laily, 2008).

Serviks pada wanita multipara mengalami perlunakan sebelum onset persalinan, namun tidak demikian halnya dengan serviks pada wanita primipara yang menyebabkan nyeri

pada primipara lebih berat pada multipara. Intensitas kontraksi uterus yang dirasakan pada primipara pun lebih besar daripada multipara terutama, pada akhir kala I dan permulaan kala II persalinan. Wanita dengan usia muda mengalami nyeri tidak seberat nyeri yang dirasakan pada wanita dan usia yang lebih tua.

Proses persalinan diawali dengan kontraksi atau tegangnya seluruh otot rahim (Ahmad, 2008), pada tahap pertama persalinan, kontraksi rahim akan menyebabkan terjadinya (1) dilatasi dan penipisan serviks, (2) iskemia rahim (penurunan aliran darah sehingga oksigen lokal mengalami defisit) akibat kontraksi arteri miometrium. Impuls rasa nyeri persalinan ditransmisikan melalui segmen syaraf spinalis T11-12 dan syaraf-syaraf asesori torakal bawah, serta syaraf simpatik lumbar atas. Syaraf-syaraf ini berasal dari korpus uterus dan serviks. Rasa tak nyaman yang disebabkan oleh 2 hal tersebut disebut nyeri viseral. Kontraksi dan pembukaan pintu rahim inilah yang menjadi salah satu sumber rasa nyeri di dalam persalinan (Bobak, 2005).

Dalam Bobak (2005), disebutkan penyebab utama dari nyeri persalinan pada ibu inpartu adalah rasa takut dan tegang, hal ini dipengaruhi oleh banyak hal antara lain faktor individu, faktor obstetri, faktor lingkungan dan faktor budaya.

Ketegangan emosi akibat rasa cemas sampai rasa takut dapat memperberat persepsi nyeri selama persalinan. Nyeri dapat menginduksi ketakutan sehingga timbul kecemasan yang berakhir dengan kepanikan, kelelahan dan kurang tidur dapat memperberat nyeri. Persalinan sebelumnya dapat mempengaruhi persepsi wanita tentang nyeri bersalin, karena wanita primipara mengalami persalinan yang lebih panjang, mereka merasa lebih letih. Hal ini membuat peningkatan nyeri (Bobak, 2005).

Sesudah dilakukan teknik *Abdominal Breathing* terdapat penurunan nyeri yang dialami oleh ibu inpartu kala I fase aktif. Berdasarkan Gambar 4.7, Setelah dilakukan teknik *Abdominal Breathing*, didapatkan hasil 14 responden (21,5%) mengalami nyeri ringan, 37 responden (57%) mengalami nyeri sedang dan 14 responden (21,5%) mengalami nyeri berat.

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan terhadap responden, penurunan nyeri dialami oleh ibu primigravida maupun multigravida. Hal ini menandakan bahwa teknik ini bisa diberikan kepada semua ibu inpartu. Dengan teknik ini kondisi ibu lebih tenang sehingga nyeri persalinan bisa dikontrol.

Pada teknik *Abdominal Breathing*, udara masuk melalui hidung mengisi rongga perut sepenuhnya sehingga perut tampak menonjol dan dikeluarkan melalui hidung.

Pada kehamilan berat otot-otot abdomen terhadap uterus yang berkontraksi meningkatkan rasa nyeri, dengan metode ini ibu yang akan melahirkan diajarkan untuk mendorong otot-otot perutnya ke atas saat rahim naik selama suatu kontraksi. Dengan demikian otot-otot abdomen terangkat dari uterus yang berkontraksi (Bobak, 2005).

Teknik ini dapat digunakan pada awal sampai akhir kontraksi dimulai ketika ibu tidak dapat lagi berjalan dan berbicara. Dalam hal ini sensasi nyeri dihantar sepanjang syaraf sensoris menuju ke otak. Sejumlah sensasi atau pesan tertentu dapat dihantar melalui jalur syaraf ini pada saat bersamaan. Dengan memakai teknik ini maka distraksi jalur syaraf untuk persepsi nyeri dihambat atau dikurangi. Distraktor ini dianggap bekerja menutup pintu hipotetis di medula spinalis, sehingga menghambat sinyal nyeri mencapai otak. Rangsangan nyeri kemudian menghilang (Bobak, 2005).

Sebelum dilakukan teknik *Abdominal Breathing* responden yang masuk nyeri ringan dengan skala (1-3) 3 orang (4,6%) meningkat menjadi 14 orang (21,5%), nyeri sedang skala (4-6) 19 orang (29,2%) meningkat menjadi 37 orang (57%), nyeri berat skala (7-9) 43 orang (66,2%) mengalami penurunan yaitu 14 orang (21,5%), sedangkan yang mengalami nyeri tidak tertahankan tidak ditemukan baik sebelum ataupun sesudah intervensi.

Hasil *Wilcoxon Signed Rank test* adalah $p = 0,0000$ yang berarti kurang dari $\alpha 0,05$, hal ini menunjukkan bahwa metode *Abdominal Breathing* berpengaruh terhadap penurunan nyeri ibu inpartu. Teknik *Abdominal Breathing* mengandalkan pernapasan sebagai media yang dapat membantu ibu mempertahankan kontrol sepanjang kontraksi. Teknik pernafasan dalam metode ini dapat memperbaiki relaksasi otot-otot abdomen dan dengan demikian meningkatkan ukuran rongga abdomen. Keadaan ini mengurangi friksi (gesekan) dan rasa tak nyaman antara rahim dan dinding abdomen. Otot-otot di daerah genitalia menjadi lebih rileks, sehingga otot-otot tersebut tidak mengganggu penurunan janin (Bobak, 2005).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Sebelum dilakukan teknik *Abdominal Breathing* mayoritas responden dalam kategori nyeri berat. Sesudah dilakukan teknik *Abdominal Breathing* mayoritas responden dalam kategori nyeri sedang. Ada pengaruh teknik *Abdominal Breathing* terhadap penurunan nyeri ibu inpartu kala I fase aktif pada persalinan fisiologis.

Saran

Pembelajaran teknik *Abdominal Breathing* dilakukan selama ANC, sehingga ibu akan lebih mahir melaksanakan teknik *Abdominal Breathing* ketika persalinan berlangsung dan lebih mampu untuk beradaptasi dengan persalinan. Teknik *Abdominal Breathing* dapat digunakan ibu inpartu saat terjadi his selama kala I fase aktif. Hasil penelitian ini dapat dijadikan alternatif manajemen nyeri persalinan non farmakologis pada kala I fase aktif persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad. (2008). *Kiat Mengatasi Nyeri Persalinan*. <http://www.kaltimpost.net/berita/index.asp?Berita=Celoteh&id=251751>. Tanggal 25 – 8 – 2008
- Bobak, Lowdermilk Jansen. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta. EGC
- Hartini, Suprih (2004). *Pengaruh Tehnik Nafas Dalam Berirama Terhadap Persepsi Nyeri Persalinana Fisiologis Kala I*. Trenggalek. KTI Mahasiswa Progsus Poltekkes Malang.
- Mander, Rosemary. (2003). *Nyeri Persalinan (Pain in Childbearing and Its Control)*. Jakarta. EGC.
- Mochtar, Rustam. (1998). *Sipnosis Obstetri*. Jakarta. EGC.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian untuk Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- WHO (2003). *Pengaruh Tehnik Relaksasi Bernafas terhadap Respon Adaptasi Nyeri Pada Pasien Inpartu Kala I*. Posted May 6 th 2008 by nyong rival. Tanggal 20-8-2008
- Winkjosastro, Hanifa. (2005). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo

GAMBARAN KEMAJUAN PERSALINAN KALA I FASE AKTIF BERDASARKAN POSISI PERSALINAN DI POLINDES ASPARAGA MENANGGAL MOJOKERTO

Evi Pratami*, Mamik*, Yuyun Lailiawati*

ABSTRAK

Posisi ibu bersalin dalam persalinan dapat mempengaruhi lamanya proses persalinan berlangsung. Ibu yang lebih banyak bergerak dan dibiarkan memilih posisi mereka sendiri akan mengalami proses persalinan lebih singkat dan dapat mengakibatkan berkurangnya rasa nyeri. Tujuan penelitian ini untuk mempelajari gambaran kemajuan persalinan kala I fase aktif berdasarkan posisi persalinan di Polindes Asparaga Menanggal Mojokerto. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan prospektif (cohort). Populasi penelitian ini adalah ibu bersalin kala I fase aktif di Polindes Asparaga Menanggal Mojokerto yang berjumlah 23 responden, sampel adalah keseluruhan populasi yang memenuhi kriteria inklusi. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi dan partograf. Hasil analisa data distribusi frekuensi didapatkan hasil kemajuan persalinan normal pada kala I fase aktif sebagian besar (82,6%) mengalami kemajuan normal, lebih dari separuh responden (65,2%) melakukan miring. Sehingga didapatkan kemajuan persalinan normal di Polindes Asparaga Menanggal sebagian besar (78,9%) responden melakukan posisi miring, (21,1%) posisi selain miring.

Kata kunci : kemajuan persalinan, kala I fase aktif, posisi persalinan

**= Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya, Jurusan Kebidanan, Kampus Sutomo Surabaya*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Persalinan adalah proses plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (APN, 2007).

Posisi ibu bersalin dalam persalinan dapat mempengaruhi lamanya proses persalinan (Burhan, 2003) sebelum persalinan berlangsung. Berbagai posisi yang bisa dipilih oleh ibu bersalin dan dirasakan membantu, termasuk posisi setengah duduk, berbaring, berdiri, berlutut dan merangkak (Depkes RI, 2002). Ibu yang lebih banyak bergerak dan dibiarkan memilih posisi yang mereka pilih sendiri mengalami proses persalinan lebih singkat, dan kurang nyeri. Posisi tegak pada persalinan lebih baik dan mempunyai pengaruh positif terhadap kemampuan kontraksi uterus dibandingkan dengan posisi terlentang atau bersandar (WHO, 2003). Pada persalinan normal tidak banyak komplikasi bayi yang dijumpai karena ketiga komponen persalinan, yaitu jalan lahir (*passage*) janin dan plasenta (*passanger*) dan kekuatan his dan mengejan dapat bekerjasama dengan baik, sehingga persalinan berlangsung dengan tatanan waktu yang tepat (Manuaba, 1999). Lama kala I untuk primigravida berlangsung 13 jam sedangkan multigravida sekitar 7 jam. Berdasarkan kurve Friedman diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm jam (Manuaba, 1998). Berdasarkan latar belakang di atas, penelitian tentang gambaran kemajuan persalinan kala I fase aktif berdasarkan posisi persalinan di Polindes Asparaga Menanggal Mojosari, Mojokerto.

Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mempelajari gambaran kemajuan persalinan kala I fase aktif berdasarkan posisi persalinan

BAHAN DAN METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cohort* (prospektif). Dilaksanakan di wilayah Polindes Asparaga Menanggal, Mojokerto pada tanggal 3 September–3 november 2010. Populasi penelitian ini seluruh ibu yang bersalin kala I aktif di Polindes Asparaga Menanggal, Mojokerto yang berjumlah 23 orang. Sampel penelitian ini adalah semua populasi ibu yang bersalin kala I aktif sesuai kriteria inklusi antara lain Ibu tanpa penyakit penyerta dan komplikasi persalinan seperti Ibu dengan induksi persalinan, KPD, CPD, dan bersedia menjadi responden sebanyak 23 orang. Pengumpulan data dilakukan berdasarkan observasi data yang diperoleh dari lembar partograf dan sesuai dengan kurve Friedmann.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian

Hasil analisis univariat kemajuan persalinan kala I fase aktif lebih banyak normal, dan posisi persalinan kala I fase aktif lebih banyak miring. Variabel kemajuan persalinan kala I fase aktif dan posisi persalinan ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Kemajuan Persalinan dan Posisi Persalinan Kala I Fase Aktif

No	Variabel	Jumlah	%	
1	Kemajuan persalinan kala I fase aktif	: Normal	19	82,6
		: Memanjang	4	17,4
2	Posisi persalianan kala I fase aktif	: Miring	15	65,2
		: Selain miring	8	34,8

Chapman (2006) mengatakan bahwa fase aktif harus memperhatikan peningkatan kontraksi dalam frekuensi kekuatan dan nyeri. His yang sempurna akan membuat dinding korpus uteri yang terdiri atas otot-otot menjadi tebal dan lebih pendek sedangkan bagian bawah uterus dan servik yang hanya mengandung sedikit otot dan banyak mengandung jaringan kolagen akan mudah tertarik sehingga menipis dan membuka. Saat his tidak adekuat penipisan dan pembukaan servik akan menjadi lambat dan persalinan dapat berjalan lebih lama. Gupta dan Nikodem (2000) yang dikutip oleh Burhan mengatakan, persalinan lama dapat terjadi akibat berbagai alasan dan bisa saja normal untuk seorang individu.

Menurut Cluett (2000) dikutip dari Burhan mengatakan peningkatan dan dorongan ibu untuk mobilisasi selama melahirkan merupakan komponen fundamental praktik kebidanan yang baik dan cara aman serta efektif untuk memberikan asuhan secara optimum pada ibu yang sehat. Juga cara mudah dan murah untuk mengurangi komplikasi yang diakibatkan oleh retraksi mobilisasi dan posisi, serta dapat memperkaya pengalaman kelahiran personal bagi ibu. Dalam Pusdiknakes (2003) dikatakan bahwa, selama persalinan untuk membantu ibu tetap tenang dan relaks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya.

Hasil analisis bivariat antara kemajuan persalinan kala I fase aktif, dan posisi persalinan kala I fase aktif didapatkan diperoleh lebih banyak kemajuan persalinan kala I fase aktif lebih normal dengan posisi miring. Analisis bivariat dapat dilihat pada Tabel 2 berikut:

Tabel 2. Distribusi Kemajuan Persalinan Kala I Fase Aktif Berdasarkan Posisi Persalinan

Kemajuan Persalinan	Jumlah				Jumlah	%
	Miring		Selain Miring			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Normal	15	78,9	4	21,2%	19	100%
Memanjang			4	100,0%	4	100%

Burhan (2003) mengatakan bahwa selama kala I persalinan posisi supine mempengaruhi aliran darah ke dalam uterus. Uterus yang berat dapat menyebabkan kompresi pada aorta dan vena kava. Berkurangnya aliran darah dapat membahayakan kondisi janin. Posisi supine juga terbukti mengurangi intensitas kontraksi dan juga mengganggu kemajuan persalinan. Sedangkan berdiri dan berbaring miring dihubungkan dengan intensitas dan efisiensi kontraksi yang lebih besar. Menurut Chapman (2006), berbaring pada sisi bergantian pada epidural dalam, atau bila ibu terlalu lelah untuk mobilisasi, posisi miring kesisi lebih nyaman dan dapat dipertahankan. Sutton (2000) mengatakan bila letak bayi oksipito posterior kiri (OPKi), ibu berbaring kesisi kiri dan bila letak bayi oksipito posterior kanan (OPKa) ibu berbaring kesisi kanan. Ini memfasilitasi perubahan letak tubuh janin dan oksiput dengan bantuan gravitasi, menarik keposisi yang benar, mempermudah turunya kepala dan putaran paksi dalam.

Muchtar (1998) mengatakan bahwa, pada persalinan normal tidak banyak komplikasi bayi yang dijumpai karena kelima komponen persalinan, yaitu meliputi 5P (*power, passage, passanger, psikology, penolong*). Dalam persalinan masih terdapat subfaktor yang mempengaruhi jalannya persalinan sehingga persalinan berlangsung dengan tatanan waktu yang tepat. salah satu faktornya diatas adalah kekuatan yang mendorong janin. Menurut Manuaba (1998) Seperti diketahui bahwa otot rahim terdiri dari tiga lapis yang teranyam dengan sempurna, yaitu lapisan otot longitudinal bagian luar, lapisan otot sirkuler dibagian dalam dan lapisan otot menyilang antara keduanya. Dengan susunan demikian, pembuluh darah yang terdapat diantara otot rahim akan tertutup rapat saat terjadinya kontraksi postpartum sehingga terhindar perdarahan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisa data dan pembahasan, dapat disimpulkan kemajuan persalinan kala I fase aktif sebagian besar mengalami kemajuan normal, posisi persalinan kala I fase aktif yang dilakukan ibu bersalin lebih dari separuh responden miring, kemajuan persalinan kala I fase aktif berdasarkan posisi persalinan yaitu ibu bersalin yang mengalami kemajuan persalinan normal sebagian besar terdapat ibu yang melakukan posisi miring. Diharapkan ibu bersalin memilih posisi persalinan yang aman dan nyaman sehingga proses persalinan dapat berjalan tanpa komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

APN. 2004. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia

- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek, Edisi Revisi VI*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Burhan. 2003. *Perawatan Dalam Kelahiran Normal*. Jakarta: EGC
- Chapman, Vicky. 2006. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta: EGC
- Danim, Sudarwan. 2003. *Metode Penelitian Kebidanan, Prosedur, Kebijakan dan Etik*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. 2001. *Catatan tentang Perkembangan dalam Praktek Kebidanan, Buku 3*. Jakarta: IBI
- Imam, Saiful. 2010. *Menyambut Si Kecil*. Nakita edisi Nomor 438 Tahun IX (Februari 2010)
- Machfoedz, Ircham. 2005. *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan Keperawatan dan Kebidanan, Cetakan I*. Yogyakarta: Fitra Maya
- Mansjoer, Arif. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi Ketiga Jilid I*. Jakarta: Media Aesculapius
- Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998. *Ibu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- _____, 1999. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Arcan
- _____, 2003. *Penuntun Kepanitraan Klinik Obstetri dan Ginekologi Ed. 2*. Jakarta: EGC
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri, Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi*. Jakarta: PT. Asdi Mahasatya
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Saifuddin A.B. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- Sugiono. 2004. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfa Beta
- WHO. 2003. *Pedoman Praktis Safe Motherhood Perawatan Dalam Kelahiran Normal*. Jakarta: EGC
- Wiknjastro, H. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono

HUBUNGAN USIA MENARCHE DAN PARITAS DENGAN KEJADIAN MIOMA UTERI DI RSUD WATES KULONPROGO TAHUN 2007-2010

Kirana Dewi Pertiwi*, Nining Wiyati**, Sumarah**, Siti Tyastuti**

ABSTRAK

Angka kesakitan kesehatan reproduksi di negara berkembang mencapai 36% dari total beban penyakit sepanjang usia reproduksi wanita. Salah satu penyakit reproduksi wanita adalah Mioma uteri. Mioma uteri merupakan indikasi yang paling sering untuk melakukan histerektomi. Penyakit ini merupakan penyakit kedua terbanyak yang terjadi pada wanita di Indonesia setelah kanker serviks. Kasus kejadian mioma uteri di Kabupaten Kulon Progo meningkat selama 3 tahun terakhir (2007-2010) yaitu dari 36 penderita menjadi 45 penderita dan menjadi 58 penderita pada tahun 2010.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara usia menarche dan paritas dengan kejadian mioma uteri di RSUD Wates Kulon Progo. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan kasus kontrol. Variabel independen penelitian ini adalah usia menarche dan paritas sedangkan variabel dependennya adalah kejadian mioma uteri. Subjek yang menjadi sampel adalah wanita penderita gangguan system reproduksi yang pernah dirawat di RSUD Wates, Kabupaten Kulon Progo dan memenuhi kriteria inklusi penelitian. Sampel diambil secara consecutive sampling dari catatan medik di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo selama tahun 2007-2010. Hasil penelitian dianalisis dengan uji korelasi chi square dilanjutkan dengan rasio odds.

Hasil penelitian menunjukkan (1) Adanya hubungan antara usia menarche dengan kejadian mioma uteri, dengan nilai p -value = 0.017, dan rasio odds = 5,4 (CI 1.1 - 52.5), (2) Tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian mioma uteri (p -value = 0.76, dan rasio odds = 1,1 (CI 0.58 - 2.07)). Hal ini berarti bahwa usia menarche \leq 10 tahun meningkatkan risiko kejadian mioma uteri 5,4 kali lebih tinggi.

Kata kunci: Kejadian mioma uteri, Paritas, dan Usia menarche

*= Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta

**= Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial yang utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit atau kecacatan (Manuaba, 2002). Kesehatan reproduksi dari suatu negara seringkali dinyatakan dengan menggunakan nilai angka kesakitan reproduksi. WHO (1996) menyebutkan bahwa angka kesakitan reproduksi di negara berkembang mencapai 36% dihitung dari total beban sakit yang diderita selama masa produktif. Hal ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan angka kesakitan reproduksi pria yang hanya 12,5% (Katz dkk, 2007).

Penyakit reproduksi yang banyak diderita oleh wanita Indonesia adalah mioma uteri. Jumlah kejadian penyakit ini di Indonesia menempati urutan kedua setelah kanker serviks.

Mioma uteri merupakan salah satu tumor jinak uterus yang berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya. Mioma uteri dikenal juga dengan istilah fibromioma, leiomioma, atau fibroid. Menurut letaknya, mioma dapat dibagi menjadi mioma submukosum, intramural, dan subserosum (Joedosepoetro dan Sutoto, 2008). Mioma uteri merupakan kelainan tumor jinak ginekologis yang paling sering dijumpai. Jumlah kejadiannya hampir sepertiga dari kasus ginekologi. Angka estimasi mioma uteri adalah 25%-30% pada usia reproduksi (Norwitz dan Schorge, 2007).

Tabel 1. Data Mioma Uteri Se-DIY

No	Kabupaten	Kasus baru 2007		Kasus baru 2008		Kasus baru 2009	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Kota	97	33,6 %	81	36,5 %	76	25,3 %
2	Bantul	49	16,9 %	60	27 %	63	21 %
3	Kulonprogo	36	12,5 %	45	20,3 %	58	19,3 %
4	Sleman	107	37 %	36	16,2 %	102	32,4 %
Total		289	100 %	222	100 %	299	100 %

Sumber : Dinas Kesehatan Propinsi D.I. Yogyakarta

Menurut data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Propinsi D.I. Yogyakarta, jumlah kasus baru penderita mioma uteri mengalami peningkatan sejak Tahun 2007-2009 di Propinsi D.I. Yogyakarta (Tabel 1). Selain itu, Tabel 1 menunjukkan adanya peningkatan kasus mioma uteri di Kabupaten Kulon Progo dari 36 kasus pada Tahun 2007, menjadi 45 kasus pada Tahun 2008 dan 58 kasus pada Tahun 2009. Hal tersebut menunjukkan pentingnya dilakukan kajian tentang mioma uteri di Kulon Progo, sehingga dapat disusun rencana program pencegahan mioma uteri pada masa mendatang.

Tujuan

Tujuan penelitian ini adalah: 1) Mengetahui hubungan antara usia menarche dengan kejadian mioma uteri di RSUD Wates Kulonprogo, 2) Mengetahui hubungan antara paritas dengan kejadian mioma uteri di RSUD Wates Kulonprogo.

METODE PENELITIAN

Penelitian analitik ini menggunakan rancangan kasus kontrol. Variabel independen adalah usia menarche dan paritas, sedangkan variabel dependen adalah kejadian mioma uteri. Populasi penelitian adalah semua wanita yang didiagnosa menderita gangguan sistem reproduksi dan pernah dirawat di RSUD Wates, Kulonprogo tahun 2007-2010. Wanita yang terdiagnosis mioma uteri sebagai kasus, dan sebagai kontrol adalah wanita yang didiagnosis kelainan jinak kandungan bukan mioma uteri seperti kista dan tumor selain mioma serta memiliki data yang lengkap di catatan rekam medis RSUD Wates. Sampel penelitian adalah wanita penderita gangguan sistem reproduksi yang pernah dirawat di RSUD Wates, Kulonprogo dan memenuhi kriteria inklusi penelitian: a) Tidak ada riwayat keluarga yang menderita mioma uteri, b) Berusia \geq 35 tahun.

Rumus besar sampel yang digunakan adalah rumus besar sampel penelitian multivariat oleh Dahlan (2009), sehingga ditemukan 186 sampel yang terdiri dari 93 sampel kasus dan 93 kontrol. Cara pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan menggunakan

consecutive sampling. Pengumpulan data dilaksanakan tanggal 11- 25 Maret 2011 berupa data sekunder dan dikumpulkan dalam blangko pengumpulan data.

Data akan disajikan secara deskriptif dalam tabel distribusi frekuensi. Sedangkan analisis bivariat untuk membuktikan hubungan variabel menggunakan *chi square* kemudian dianalisis faktor risikonya menggunakan *ratio odds*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Penelitian dilakukan di bangsal kebidanan dan di instalasi rekam medis dengan menggunakan data sekunder. Penelitian dimulai tanggal 11 Maret 2011 hingga tanggal 25 Maret 2011. Hasil penelitian di RSUD Wates Kulonprogo disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel. 2. Distribusi Frekuensi Penderita Tumor Jinak Kandungan di RSUD Wates Tahun 2007-2010

	Frekuensi	%
Mioma uteri	182	56 %
Bukan mioma uteri	143	44 %
Jumlah	325	100 %

Sumber : Data sekunder RSUD Wates 2007-2010

Kejadian tumor jinak kandungan di RSUD Wates dalam kurun waktu 2007 hingga 2010 sebanyak 325 penderita yang terdiri dari mioma uteri (kasus) sebanyak 182 penderita (56%) diambil 93 subjek sebagai sampel sesuai dengan kriteria penelitian, sedangkan kejadian tumor jinak kandungan yang bukan mioma uteri sebanyak 143 penderita (44%) yang diambil 93 subjek sebagai sampel sesuai dengan kriteria penelitian. Dari hasil analisis diketahui rata-rata umur kelompok kasus 46,4 tahun dan rata-rata umur kelompok kontrol 45,6 tahun.

Tabel 3. Kejadian Mioma Uteri Berdasarkan Usia Menarache di RSUD Wates 2007-2010

No	Usia Menarache	Kejadian mioma uteri				Jumlah
		Mioma uteri (kasus)		Bukan mioma uteri (kontrol)		
		n	%	n	%	
1	≤ 10 tahun	10	83,3 %	2	16,7 %	12
2	> 10 tahun	83	47,7 %	91	52,3 %	174
	Jumlah	93	50 %	93	50 %	186

Sumber : Data sekunder RSUD Wates tahun 2007-2010

Tabel 4. Kejadian Mioma Uteri Berdasarkan Paritas di RSUD Wates 2007-2010

No	Paritas	Kejadian mioma uteri				Jumlah
		Mioma uteri (kasus)		Bukan mioma uteri (kontrol)		
		n	%	n	%	
1	Nulli/primipara	36	51,4 %	34	48,6 %	70
2	Sekundi/multipara	57	49,1 %	59	50,9 %	116
	Jumlah	93	100 %	93	100 %	186

Sumber : Data sekunder RSUD Wates tahun 2007-2010

Tabel 3 menunjukkan bahwa kelompok kasus dengan usia menarache berisiko 10 orang (83,3%) dan tidak berisiko 83 orang (47,7%). Sedangkan pada kelompok kontrol, subjek dengan usia menarache berisiko 2 orang (16,7%) dan tidak berisiko 91 orang (52,%).

Tabel 4 menunjukkan bahwa kelompok kasus dengan paritas berisiko 36 orang (51,4%) dan tidak berisiko 57 orang (49,1%). Sedangkan pada kelompok kontrol, subjek dengan paritas berisiko 34 orang (48,6%) dan tidak berisiko 59 orang (50,9%).

Tabel 5. Hubungan Usia Menarache dengan Kejadian Mioma Uteri

Usia menarache	Kejadian mioma uteri				p	OR	CI 95%
	kasus		kontrol				
≤ 10 tahun	10	83,3 %	2	16,7 %	0.01695	5,438	1.1 - 52.5
> 10 tahun	83	47,7 %	91	52,3 %			

Sumber : Data sekunder RSUD Wates tahun 2007-2010

Tabel 5 menampilkan hasil penelitian yang dianalisis dengan bantuan software R.2.9.0. Tampak bahwa p -value = 0,017, berarti ada hubungan antara usia menarache dengan kejadian mioma uteri. *Odds Ratio* 5,4 (CI 1.1 - 52.5), artinya wanita dengan usia menarache ≤10 tahun memiliki peluang menderita mioma uteri 5,4 kali lebih besar dibandingkan wanita dengan usia menarache > 10 tahun. *Confident Interval* 1.1 - 52.5 menunjukkan rentang nilai *Odds ratio* hubungan usia menarache dengan mioma uteri pada populasi.

Tabel 6. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Mioma Uteri

Paritas	Kejadian mioma uteri				p	OR	CI 95%
	kasus		kontrol				
Nulli/primi	36	51,4 %	34	48,6 %	0.7621	1,096	0.58- 2.07
Sekundi/multi	57	49,1 %	59	50,9 %			

Sumber : Data sekunder RSUD Wates tahun 2007-2010

Tabel 6 menyatakan bahwa p -value = 0,76 sehingga dapat dinyatakan tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian mioma uteri. *Odds Ratio* 1,096 (CI 0.58 - 2.07), artinya paritas belum tentu merupakan faktor risiko terjadinya mioma uteri, sebab di dalam populasi yang diwakili oleh sampel, 95% nilai rasio oddsnya terletak antara 0.58- 2.07, mencakup nilai 1. Rasio odds 1 menunjukkan bahwa paritas bersifat netral terhadap kejadian mioma uteri, dan rasio odds kurang dari 1 menunjukkan bahwa paritas merupakan faktor protektif untuk terjadinya mioma uteri.

Pembahasan

1. Hubungan Usia Menarache dengan Kejadian Mioma Uteri

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara usia menarache dengan kejadian mioma uteri. Risiko kejadian mioma uteri meningkat 5,4 kali lebih besar pada wanita dengan riwayat usia menarache kurang dari 10 tahun daripada wanita yang mengalami menarache setelah umur 10 tahun. Mioma tumbuh meningkat pada wanita dengan paparan estrogen yang lebih awal dan lama seperti pada wanita dengan menarache dini. Banyaknya estrogen dalam darah wanita yang terkena mioma dan tidak terkena mioma sebenarnya sama, tetapi banyaknya estradiol pada wanita dengan mioma lebih tinggi daripada wanita yang tidak

terkena mioma. Hal ini disebabkan karena pada wanita dengan mioma uteri memiliki sedikit enzim yang dapat mengubah senyawa estradiol ke estrone sehingga tumpukan senyawa estradiol lebih banyak dan akan meningkatkan pertumbuhan mioma. Pedapat tersebut sesuai dengan penelitian Victory dkk. (2006) yang mengemukakan bahwa peningkatan pertumbuhan mioma uteri merupakan respon dari stimulus estrogen. Selain itu, Marshall dkk (1998) dan Faerstein (2001) mengemukakan insidensi mioma uteri meningkat signifikan pada wanita yang mengalami menarche sebelum umur 11 tahun. Paparan estrogen yang semakin lama akan meningkatkan insidensi mioma uteri. Menarche dini (<10 tahun) ditemukan meningkatkan risiko relatif mioma uteri, dan menarche lambat (>16 tahun) menurunkan resiko relatif mioma uteri (Parker, 2007).

2. Hubungan paritas dengan kejadian mioma uteri

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian mioma uteri. Paritas nullipara/primipara dapat merupakan faktor penghambat, faktor yang bersikap netral, maupun faktor risiko dalam populasi yang diwakili sampel. Mioma tumbuh meningkat pada wanita dengan paparan hormon ovarium seperti estrogen yang lebih awal dan lama seperti pada wanita dengan menarche dini. Sebaliknya, hal-hal yang menurunkan paparan estrogen pada wanita berarti akan menurunkan risiko kejadian mioma uteri. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna pada kelompok nullipara/primipara dengan kelompok sekundipara/ multipara. Hal ini menunjukkan bahwa paparan estrogen bukan merupakan satu-satunya penyebab tumbuhnya mioma uteri.

Etiologi dari mioma tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat suatu interaksi hubungan yang rumit tentang faktor hormonal, faktor genetik, faktor pertumbuhan, dan biologi molekuler dari tumor jinak. Faktor-faktor itulah yang mungkin bertanggung jawab untuk memulai perubahan genetik yang ditemukan pada mioma termasuk kelainan intrinsik miometrium adalah peningkatan kongenital reseptor estrogen di miometrium, perubahan hormon, atau respon terhadap cedera iskemik pada saat menstruasi. Setelah dibentuk, perubahan-perubahan genetik dipengaruhi oleh hormon dan faktor pertumbuhan (Parker, 2007). Hasil ini dapat juga disebabkan wanita nullipara/ primipara yang kurang subur karena sebelum memiliki anak sudah menderita mioma uteri. Sampai saat ini belum diketahui apakah infertilitas menyebabkan mioma uteri atau sebaliknya mioma uteri menyebabkan infertilitas, atau apakah keadaan ini saling mempengaruhi.

Hasil penelitian bertentangan dengan beberapa penelitian yang menyebutkan bahwa mioma uteri lebih sering dijumpai pada wanita nullipara atau yang kurang subur. Seperti yang dijelaskan Rayburn dkk. (2001), Parker (2007), dan Victory dkk. (2006). Tetapi pada penelitian yang dilakukan Chen dkk. (2001) mengemukakan bahwa dengan memiliki 2 anak atau lebih berarti risiko seorang wanita terkena mioma uteri turun 70% pada wanita berkulit putih, sedangkan penelitian pada wanita Afrika-Amerika tidak menunjukkan hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian mioma uteri. Hal ini senada dengan yang dikatakan Faerstein (2001) bahwa tidak ada perbedaan risiko mioma ketika mengontrol paritas dalam analisis multivariat yang mencatat seluruh variabel pengganggu yang relevan. Penelitian yang dilakukan Wise (2004) juga menunjukkan tidak ada dampak yang signifikan antara paritas dengan insiden mioma uteri pada wanita Afrika Amerika.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Usia menarche berhubungan dengan kejadian mioma uteri. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p -value = 0.017, dan rasio odds = 5,4 (CI 1.1 - 52.5), artinya bahwa kejadian mioma uteri risikonya 5,4 kali lebih tinggi apabila usia menarche \leq 10 tahun.
2. Paritas tidak memiliki hubungan dengan kejadian mioma uteri. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p -value = 0.76, dan rasio odds = 1,1 (CI 0.58 - 2.07).

Saran

1. Diperlukannya peningkatkan upaya promosi dan preventif terhadap kejadian mioma uteri di Kabupaten Kulon Progo seperti melakukan pemeriksaan intensif dan dini pada ibu yang dicurigai menderita mioma uteri terutama pada ibu yang usia menarchenya muda.
2. Diperlukannya penyuluhan terhadap remaja agar mengendalikan faktor lain yang berperan dalam tumbuhnya mioma uteri; dan

DAFTAR PUSTAKA

- Chen,C.R., Buck,G.M., Courey,N.G., Perez, K.M., Wactawski,Jean. 2001. Risk Factors for Uterine Fibroids among Women Undergoing Tubal Sterilization. *American Journal of Epidemiology*, 153 (1) , 20-26
- Dahlan, MS. 2009. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta : Salemba Medika
- Faerstein, E., Szklo,M., Rosenshein, N.B. 2001. Risk Factors for Uterine Leiomyoma : A Practice-based Case-Control Study. II.Atherogenic Risk Factors and Potential Sources of Uterine Irritation. *American Journal of Epidemiology*, 153 (1), 11-19
- Joedosepoetro M.S. and Sutoto. 2008. Tumor Jinak pada Alat-Alat Genital. In: Winkjosastro H., Saifuddin A.B., Rachimhadhi T. (eds.). *Ilmu Kandungan*. 2nd ed. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, pp: 337-8.
- Katz, Vern L. Gretchen Lentz, Rogerio A. Lobo, David Gershenson. 2007. *Comprehensive Gynecology*. Philadelphia : Mosby
- Manuaba, I.B.O. 2002. *Memahami Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta : EGC
- Marshall LM, Spiegelman D, Goldman MB. 1998. Marshall, et al., 1998. A Prospective Study of Reproductive Factors and Oral Contraceptive Use in Relation to The Risk of Uterine Leiomyomata. *Fertil Steril*, 70 (3), pp: 432-439.
- Norwitz, Errol R. dan Schorge, John O. 2008. *At a Glance, Obstetri and Ginekologi*. Jakarta: Erlangga.
- Parker, Wiliam H. 2007. *Etiology, Symptomatology and Diagnosis of Uterine Myomas*. California : American Society for Reproductive Medicine
- Rayburn, WF., & Carey, JC. 2001. *Dasar-dasar Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta : Hipokrates
- Victory R, Romano W, Bennett J, Diamond M. 2006.. *Clinical Gynecology*. Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc. 179-205.
- Wise,L.A., Palmer,J.R., Harlow,B.L., 2004. *Reproductive Factors, Hormonal Contraception, and Risk of Uterine Leiomyoma in African-American Women : A Prospective Study*. *America Journal of Epidemiology*, 159 (2) , 113-123

**HUBUNGAN ANTARA ANEMIA DALAM KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN BBLR
DI RSUD DR. SOEROTO NGAWI TAHUN 2011
Subagyo*, Agung Suharto*, Diyah Winarsih****

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological state of the desire of every couple. Nutritional problems faced by pregnant women, namely lack of energy calories (KEK) and nutritional anemia. Iron anemia in pregnant women in Indonesia based on the Survey of 2010 was 80%. From the initial studies conducted in hospitals dr. Soeroto Ngawi months of September 2011 found 10 mothers who gave birth to babies with low birth weight, 40% caused by anemia. The purpose of this study was to determine the relationship between anemia in pregnancy with the incidence of low birth weight babies in hospitals dr. Soeroto Ngawi years 2010-2011.

The design study is a correlation research study design. Source of data used is secondary data. Population of 157 pregnant women with anemia, sampling with probability sampling, sampling techniques with simple random sampling found 113 pregnant women. Independent variable is the anemia in pregnancy, while the dependent variable was LBW. Data collection was conducted from October to December 2011. Data were tested with Spearman rho correlation statistics presented in the form of tables and figures.

The results showed that pregnant women with mild anemia rate of 41 (36.3%), anemia was 52 (46%), and severe anemia 20 (17.7%), LBW 45 (39.8%), BBLSR 47 (41, 6%), and BBLER 21 (18.6%). The results of Spearman rho correlation test statistics obtained probabilities $p = 0.000$ and the count (value) $r = 0.635$. It can be concluded, the results showed $p = 0.000 < \alpha (\alpha) 0.05$ then H_0 refused and H_1 accepted, meaning no significant association between anemia in pregnancy with the incidence of low birth weight babies, and the value of $r = 0.635$, showing the relationship two strong variables.

For that government programs need to be optimized to minimize the incidence of anemia by increasing the implementation of IEC strategies through the provision of iron tablets to pregnant women in nutritional anemia control program targeting primary, secondary and tertiary.

Key words: Pregnant women, Anemia, Low Birth Weight Infants.

** = Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya, Jurusan Kebidanan, Kampus Magetan*

***= Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Masa kehamilan adalah salah satu fase penting dalam pertumbuhan anak karena calon ibu dan bayi yang dikandungnya membutuhkan gizi yang cukup banyak. Status gizi ibu pada waktu pembuahan dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Masalah gizi yang sering dihadapi ibu hamil yaitu kekurangan energi kalori (KEK) dan anemia gizi. (Depkes RI, 2005).

Prevalensi anemia gizi besi pada ibu hamil di Indonesia berdasarkan SKRT tahun 2010 adalah 80%, atau 8 dari 10 wanita hamil menderita anemia (<http://bankdata.depkes.go.id/profil/indo2010/Annex/lvdyhtm>). Anemia gizi besi dapat mengakibatkan

gangguan kesehatan ringan sampai berat. Anemia pada ibu hamil menambah resiko mendapatkan Bayi Berat Lahir Rendah (*BBLR*), resiko perdarahan sebelum dan saat persalinan, bahkan kematian ibu dan bayinya, jika ibu hamil tersebut menderita anemia berat (Depkes RI, 2010). WHO memperkirakan bahwa angka prevalensi *BBLR* diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3%-3,8% dan lebih sering terjadi di Negara-negara berkembang atau sosio ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian *BBLR* didapatkan di Negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi berat lahir lebih 2500 gram (<http://bank data.depkes.go.id/propinsi/public/login>).

Persentasi *BBLR* di Propinsi Jawa Timur pada tahun 2010, menunjukkan angka tertinggi di Kota Probolinggo yaitu sebesar 4,98%, sedangkan angka terendah di Kota Blitar yaitu 0,55%. Sementara di Kabupaten lainnya yaitu Madiun 1,44%, Bojonegoro 1,09% dan Ngawi 2,16% (Depkes RI, 2010). Berdasarkan data yang diperoleh hasil jumlah kejadian *BBLR* di ruang Perinatologi RSUD Dr. Soeroto Ngawi pada tahun 2010 mencapai 109 bayi, sedangkan pada tahun 2011 dari bulan Januari hingga bulan Mei 2011 angka kejadian *BBLR* sudah mencapai 48 bayi yang kemungkinan diakhir tahun akan bertambah. Dari hasil studi awal yang dilakukan di Rumah Sakit Umum dr. Soeroto Ngawi selama tahun 2011 didapatkan 10 ibu yang melahirkan bayi dengan *BBLR*, dengan status *anemia* 4 orang (40%), *hidramnion* 1 orang (10%), *IUGR* 2 orang (20%), *premature* 2 orang (20%), *gemelli* 1 orang (10%).

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan bayi berat lahir rendah yaitu faktor ibu, faktor kehamilan dan faktor dari janin. Salah satu faktor yang berasal dari ibu yaitu *anemia*, usia ibu, paritas dan penyakit ibu. *Anemia* pada ibu hamil disebabkan oleh *malnutrisi*, kurang zat besi dalam makanan, malabsorpsi, kehilangan darah yang banyak dalam persalinan yang lalu, haid serta proses hemodilusi. Anemia dapat menyebabkan efek buruk baik pada ibu maupun bayi yang akan dilahirkannya kemungkinan prematur dan *BBLR*. Dampak yang mungkin timbul pada bayi-bayi dengan berat lahir rendah antara lain gangguan perkembangan, gangguan pertumbuhan, gangguan penglihatan (*Retinopati*), gangguan pendengaran, penyakit yang kronis, kenaikan angka kesakitan dan sering masuk rumah sakit, kenaikan frekuensi kelainan bawaan. Komplikasi yang bisa terjadi pada *BBLR* adalah penyakit *membrane hialine*, serangan sianotik, ikterus, hipoglikemia, dan hipokalsemia. (Saifuddin, 2007).

Tingginya angka anemia pada ibu hamil mempunyai kontribusi terhadap tingginya angka bayi berat lahir rendah di Indonesia yang diperkirakan mencapai 350.000 bayi setiap tahunnya. Oleh karena itu penanggulangan anemia gizi menjadi salah satu program potensial untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang telah dilaksanakan pemerintah. Salah satu cara *preventif* yang dapat dilakukan oleh pemerintah adalah dengan cara menyediakan pelayanan kesehatan dan kebidanan dengan mutu yang baik untuk mengurangi faktor utama penyebab kematian perinatal. Bentuk penanggulangan *anemia* gizi yang telah dilakukan oleh pemerintah selama ini adalah pemberian tablet besi untuk wanita hamil dan memberikan tugas bagi tenaga kesehatan untuk memberikan penyuluhan kepada para ibu hamil untuk lebih banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi, misalnya sayur-sayuran yang berwarna cerah, pemberian suplemen zat besi yang berfungsi dapat memperbaiki Hb dalam waktu singkat, fortifikasi zat besi yaitu penambahan suatu jenis zat gizi ke dalam bahan pangan untuk meningkatkan kualitas pangan (Wara Kushartanti, 2004).

Tujuan Penelitian:

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara *anemia defisiensi besi* dalam kehamilan dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi tahun 2010-2011. Adapun tujuan khusus adalah untuk 1). Mengidentifikasi kejadian *anemia defisiensi besi* dalam kehamilan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi tahun 2010-2011. 2). Mengidentifikasi kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi tahun 2010-2011. 3). Menganalisis hubungan antara *anemia defisiensi besi* dalam kehamilan dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto tahun 2010-2011.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah analitik korelasi. Sumber data yang digunakan data sekunder yang dikumpulkan dari rekam medis RSUD dr. Soeroto Ngawi tahun 2010-2011. Penelitian dilakukan mulai September 2011 sampai Desember 2011. Populasi dalam penelitian ini adalah data seluruh ibu hamil yang bersalin dengan anemia di Kamar Bersalin RSUD dr. Soeroto Ngawi pada bulan Januari 2010 sampai Desember 2011 sebanyak 157 persalinan.

Sampel penelitian adalah data sebagian ibu hamil yang bersalin dengan anemia di RSUD dr. Soeroto Ngawi pada bulan Januari 2010 sampai dengan September 2011, besar sampel adalah 113 orang. Teknik samplingnya dengan *simple random sampling*. Variabel independen pada penelitian yang akan dilaksanakan ini adalah anemia dalam kehamilan dan variabel dependen yaitu berat badan bayi lahir rendah (BBLR).

Analisis univariate digunakan untuk mengetahui gambaran umum data mengenai tingkat *anemia* dan bayi berat lahir rendah yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik distribusi frekuensi. Uji statistik yang digunakan adalah korelasi *Spearman rho*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

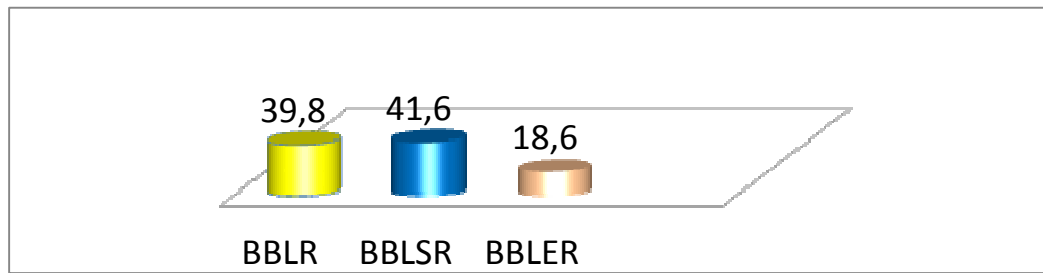
Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil kajian diperoleh data ibu hamil yang anemia sedang sebanyak 52 orang (46%) dan yang anemia ringan sebanyak 41 orang (36,3%); sebagaimana terdapat pada Gambar 1.



Gambar 1. Distribusi Frekuensi Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di RSUD dr. Soeroto Ngawi Tahun 2010-2011.

Berdasarkan hasil kajian diperoleh data bayi yang lahir dengan berat badan kurang mayoritas adalah bayi berat lahir sangat rendah sebanyak 47 bayi (41,6%); sebagaimana terdapat pada Gambar 2.



Gambar 2 Distribusi Frekuensi Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD dr. Soeroto Ngawi tahun 2010-2011

Berdasarkan kajian pada sejumlah 113 ibu hamil yang anemia ringan, terdapat 28 (24,8%) bayi dilahirkan dengan berat badannya rendah, dan bayi yang berat badannya sangat rendah sebanyak 13 (11,5%). Ibu hamil yang anemia berat terdapat 16 (14,2%) bayi yang dilahirkan dengan berat badannya Ekstreem rendah dan hanya 4 (3,5%) bayi berat badannya sangat rendah; sebagaimana terdapat pada Tabel 1.

Tabel 4.1. Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Menurut Derajat Anemia Di RSUD dr. Soeroto Ngawi tahu 2010-2011

Anemia ibu hamil	Bayi berat lahir rendah			Jumlah
	BBLR	BBLSR	BBLER	
Anemia ringan	28(24,8%)	13(11,5%)	0 (0,0)	41(36,3%)
Anemia sedang	17(15%)	30(26,5%)	5 (4,5%)	52(46%)
Anemia berat	0 (0,0)	4 (3,5%)	16(14,2%)	20(17,7%)
Jumlah	45(39,8%)	47(41,5%)	21(18,7%)	113 (100%)

Untuk menunjukkan ada tidaknya hubungan antara kedua variabel dilakukan uji korelasi dengan uji statistik *Spearman rho* melalui metode pengolahan data dengan bantuan komputer, didapatkan nilai probabilitas $p = 0,000$, nilai tersebut lebih kecil daripada *alfa* (α) = 0,05 maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, yang berarti menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara anemia dalam kehamilan dengan kejadian bayi berat lahir rendah di RSUD dr. Soeroto Ngawi tahun 2010-2011, dan didapatkan hasil hitung (nilai) $r = 0,635$, hal ini menunjukkan tingkat hubungan kedua variabel kuat

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan ibu hamil yang mengalami *anemia* sedang yaitu 46% dan yang mengalami anemia berat hanya 17,7%. Menurut Kasdu (2005), besarnya kejadian *anemia* pada ibu hamil disebabkan karena meningkatnya jumlah sel-sel darah merah sampai 33% dari keadaan tidak hamil yang diakibatkan oleh perubahan *hematologi* dalam masa kehamilan. Winkjosastro (2005) menyebutkan bahwa selama kehamilan volume darah meningkat. Bertambahnya sel-sel darah merah cenderung kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma, sehingga terjadi pengenceran darah, keadaan ini disebut *hidremia* atau

hipervolemia. Kasdu (2005) juga menuliskan bahwa perubahan *hematologi* tersebut menyebabkan ibu hamil membutuhkan zat besi dalam jumlah yang lebih besar selain untuk mencukupi kebutuhan bayi yang dikandungnya kurang lebih tambahan yang diperlukan selama hamil adalah 1050mg zat besi atau 3,6mg/hari. Zat besi diperlukan dalam pembentukan hemoglobin darah yang merupakan bahan baku dari sel-sel darah merah. Sumber lain menyebutkan bahwa kebutuhan zat besi ibu hamil adalah 800mg, dimana 500mg digunakan untuk pertambahan sel darah merah dan 300mg untuk janin dan plasenta (Winkjosastro:2005).

Dari data dukung pemeriksaan demografi didapatkan usia ibu hamil *anemia* 58 (51,3%) adalah lebih dari 35 tahun, *paritas* ibu 46 (40,7%) adalah ibu hamil lebih dari satu kali, pendidikan ibu 62 (54,9%) adalah tamat SD dan dari sosio ekonomi 82 (72,65) adalah keluarga dari penghasilan petani. Data ini mendukung data yang didapatkan oleh Djumadias pada penelitian terdahulu yang mendapatkan hasil 70% ibu hamil yang anemia terutama banyak dijumpai di pedesaan dan faktor yang berpengaruh terhadap anemia terutama dikarenakan malnutrisi, kehamilan dan persalinan dengan jarak yang berdekatan, tingkat pendidikan dan sosio ekonomi rendah, serta usia ibu di bawah 18 tahun atau di atas 35 tahun.

Angka kejadian *anemia* di daerah Ngawi kenyataannya masih sangat tinggi. Hal ini menurut peneliti dapat dimungkinkan karena kurangnya pengetahuan ibu terutama di daerah pedesaan mengenai pentingnya tablet tambah darah sehingga kepatuhan ibu dalam meminum tablet tambah darah kurang. Mengingat pentingnya zat besi dalam pembentukan hemoglobin darah yang merupakan bahan baku dari sel-sel darah merah, sebagai petugas kesehatan hendaknya meningkatkan kualitas *Ante Natal Care* dengan cara deteksi sedini mungkin terjadinya anemia pada kehamilan melalui pemeriksaan kadar hemoglobin pada awal kehamilan (trimester 1). Pengetahuan petugas yang cukup disertai peralatan untuk pemeriksaan kadar hemoglobin lengkap dan tersedia terutama di daerah pedesaan akan bisa sedini mungkin mendeteksi dan menanggulangi terjadinya anemia pada ibu hamil. Selain itu pengetahuan petugas mengenai fisiologi terjadinya anemia dalam kehamilan yaitu terjadinya hidremia atau hipervolemia yang menyebabkan ibu hamil memerlukan 1050mg zat besi, yang bisa dipenuhi dari konsumsi makanan setiap hari dan suplemen tablet tambah darah, disini peran petugas adalah memberikan penyuluhan kepada ibu hamil mengenai cara minum tablet tambah darah yang tepat, fungsi dan efektifitas dari tablet tambah darah.

Hasil penelitian didapatkan bahwa angka kejadian BBLR di RSUD dr. Soeroto Ngawi tahun 2010-2011 dari 113 BBLR terdapat 41,6% adalah *BBLSR*, dan hanya 18,6% yang *BBLER*. Angka ini masih lebih besar dari target *BBLR* yang ditetapkan program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat tahun 2011 yaitu maksimal 25%.

Faktor yang berpengaruh dan menyebabkan terjadinya BBLR menurut Depkes RI (2005), yaitu: faktor dari ibu, faktor kehamilan dan faktor janin. Faktor dari ibu meliputi *anemia*, umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih 35 tahun, jarak persalinan yang dekat dan penyakit ibu. Faktor dari janin bisa dari cacat bawaan maupun infeksi dalam rahim.

Menurut Winkjosastro (2005), anak yang lahir dengan usia kehamilan cukup bulan (> 36 minggu) dan dengan berat badan bayi yang normal (>2500g) mempunyai organ tubuh beserta fungsinya yang terbentuk lebih sempurna dibanding anak yang lahir kurang bulan dan dengan berat badan yang kurang dari normal. Tingkat kematangan fungsi sistem organ

neonatus merupakan syarat untuk beradaptasi dengan kehidupan diluar rahim. Penyakit yang terjadi pada bayi *BBLR* berhubungan dengan belum matangnya fungsi organ tubuhnya, makin muda umur kehamilan, makin tidak sempurna organ tubuhnya. Besarnya kejadian *BBLR* sangat berarti karena masalah yang ditimbulkan cukup besar, yaitu alat tubuh bayi belum berfungsi dengan baik. Dampak lain yang dapat ditimbulkan adalah terjadinya *hypotermi*, *asfiksia* dan akibat buruk lainnya seperti kematian perinatal.

Mengingat angka kejadian *BBLR* yang masih tinggi dan dampak buruk dari *BBLR* yaitu terjadinya kematian perinatal maka menurut peneliti sebaiknya ada usaha pencegahan terjadinya *BBLR*. Usaha pencegahan terjadinya *BBLR* adalah peningkatan kualitas pelayanan *Ante Natal Care*. Adanya deteksi resiko tinggi ibu hamil dengan kartu skor puji rochyati sangat membantu petugas untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan terutama faktor dari ibu, faktor dari kehamilan dan faktor dari janin. Terdeteksinya faktor resiko kehamilan dan tertanganinya faktor resiko dengan baik akan mencegah terjadinya *BBLR*. Usaha selanjutnya untuk menekan angka kematian bayi karena *BBLR* adalah usaha maksimal dalam penanganan dan perawatan *BBLR* seperti adanya prosedur tetap tentang penanganan dan perawatan *BBLR* secara adekuat, tenaga dan pengetahuan petugas yang terampil dalam penanganan *BBLR* yang didukung dengan tersedianya fasilitas dan peralatan yang lengkap seiring dengan kemajuan teknologi dalam perawatan dan penanganan *BBLR*. Dengan demikian maka komplikasi dan dampak terburuk dari *BBLR* yaitu kematian bayi akan mengalami penurunan.

Hasil uji hipotesa menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *anemia* dalam kehamilan dengan kejadian *BBLR* di RSUD dr. Soeroto Ngawi tahun 2010-2011 dengan tingkat hubungan kedua variabel kuat. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil dengan tingkat anemia sedang 46% dan bayi berat lahir sangat rendah adalah 41,6%.

Haryanta (2008) pada penelitian terdahulu menyatakan bahwa ibu dengan kadar hemoglobin yang normal semakin kecil untuk melahirkan dengan *BBLR*, sebaliknya kadar hemoglobin yang kurang atau anemia beresiko melahirkan dengan *BBLR*.

Bobak (2005) menyebutkan bahwa sel-sel darah merah dalam darah mengandung hemoglobin yang memiliki tugas mengangkut oksigen dari paru-paru ke jaringan. Kadar hemoglobin dalam darah akan menurun bila seseorang mengalami anemia. Kondisi ini menyebabkan darah tidak dapat mengirim cukup banyak oksigen ke seluruh jaringan, sehingga proses metabolisme dan pertukaran zat gizi yang penting dalam jaringan terganggu. Akibatnya keadaan ini akan berpengaruh pada wanita hamil dan janin yang dikandungnya. Keadaan *anemia* akan mempengaruhi bayi yang akan dilahirkan. Dimana kurangnya hemoglobin akan berakibat pada kurangnya absorpsi dan transportasi oksigen ke berbagai jaringan tubuh dengan segala akibatnya, sehingga menyebabkan berkurangnya suplai makanan kepada hasil konsepsi melalui plasenta. Akibatnya plasenta menjadi kecil dan transfer gizi ke janin yang diperlukan untuk perkembangan dan pertumbuhan berkurang. Kondisi ini menyebabkan lambatnya pertumbuhan janin sehingga berat badan bayi lahir menjadi rendah karena plasenta merupakan sumber utama makanan janin.

Menurut Manuaba (1998), bahwa kurangnya haemoglobin akan berakibat pada berkurangnya kemampuan *absorpsi* dan transportasi oksigen ke berbagai jaringan, sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim yang

menghasilkan persalinan dengan *prematurnitas* tinggi, BBLR, cacat bawaan, kelahiran dengan *anemia*, *inteligensia* rendah dan lebih fatal lagi adalah kematian janin.

Menurut peneliti *Anemia* dan BBLR dapat diatasi dengan pemberian tablet tambah darah, apabila tablet *fe* dikonsumsi ibu hamil secara baik dan benar, namun sampai saat ini cakupan tablet tambah darah baru mencapai sekitar 60% dari sasaran. Pemerintah sendiri telah merumuskan strategi KIE untuk mengatasi anemia dan mengutamakan individu, keluarga dan masyarakat umum sebagai sasaran primer. Dengan program KIE dari pemerintah diharapkan terjadinya peningkatan pengetahuan individu (ibu hamil), keluarga dan masyarakat mengenai *Ante Natal Care* yang baik, terutama dalam pemeriksaan kadar hemoglobin ibu hamil dalam trimester satu dan ketiga dalam kehamilan. Saat ini pemeriksaan hemoglobin yang sering kali hanya dapat dilaksanakan pada trimester ketiga saja karena kebanyakan ibu hamil baru memeriksakan kehamilannya pada trimester kedua kehamilan. Dengan demikian upaya penanganan anemia pada kehamilan menjadi terlambat. Sedangkan sasaran sekunder adalah tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan, pengelola dan penanggung jawab program KIE. Adanya kerjasama yang baik dalam suatu tim kesehatan akan memberikan kemudahan dan keberhasilan dari suatu program kesehatan yang dilaksanakan

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan penelitian adalah: 1) Kejadian anemia ibu hamil di RSUD dr. Soeroto Ngawi 46% anemia sedang; 2). Kejadian bayi berat lahir rendah di RSUD dr. Soeroto Ngawi 41,6% bayi berat lahir sangat rendah; dan 3). Ada hubungan yang signifikan antara anemia dalam kehamilan dengan kejadian BBLR di RSUD dr. Soeroto Ngawi, dengan tingkat hubungan kuat.

Saran: 1) Bagi Petugas Kesehatan untuk mengoptimalkan program pemerintah dalam menekan kejadian anemia dan BBLR dengan meningkatkan pelaksanaan strategi KIE program penanggulangan anemia gizi pada sasaran primer, sekunder dan tersier. Dengan cara peningkatan kualitas ANC serta pembagian peran dan tugas yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing; 2). Kepada masyarakat meningkatkan pengetahuan tentang anemia diharapkan masyarakat terutama ibu hamil akan memeriksakan kehamilannya sesuai standar dari ANC, sehingga anemia akan terdeteksi secara dini dan tertangani secara baik, dan dampak lanjut anemia seperti BBLR menurun; dan 3). Bagi peneliti lain dapat digunakan sebagai bahan kajian untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V1. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bobak. Lowdermilk. dan Jensen. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta:EGC.
- Cunningham, F. Gary dan Andry, H (ed). 2005. *Obstetri Williams*. Edisi Keduapuluh satu. Jakarta:EGC.
- Departemen Kesehatan, R.I. 2005. *Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar*. Jakarta:Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.

- _____. 2010. *Prevalensi Anemia dan BBLR*. [www,http://bank data.Depkes.go.id/Profil/indo2010/Annex/lvdyhtm](http://bankdata.Depkes.go.id/Profil/indo2010/Annex/lvdyhtm). (diakses 10 Agustus 2010).
- Djumadias, Muhilai, 2003. *Faktor-faktor yang mempengaruhi gizi besi*. [http:// id. Wikipedia.org/wiki/hemoglobin](http://id.Wikipedia.org/wiki/hemoglobin). (diakses 16 Juli 2008)
- Ewald, MD. 2006. *The Low Birth Weigh Infant*. [http// Pediatrics.apublications.org](http://Pediatrics.apublications.org). (diakses 17 juli 2007).
- Haryanta, Wawan. 2008. *Hubungan antara kadar hemoglobin rendah pada ibu hamil trimester tiga dengan berat bayi lahir rendah*. [http//www.eMedicine.com](http://www.eMedicine.com). (diakses 11 Desember 2007).
- Hidayat, A. Azis Alimul. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta:Salemba medika.
- Kasdu, Dini. 2005. *Solusi Problem Kehamilan*. Jakarta: Puspa swara.
- Manuaba, Ida Bagus. 1998. *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta:EGC.
- Mochtar, Rustam. 1998a. *Sinopsis Obstetri : obstetric fisisologi, obsteri patologi*. jilid I Edisi I. Jakarta: EGC.
- _____. 1998b. *Sinopsis obstetric : obstetric operatif, obstetric social*. jilid II Edisi II. Jakarta: EGC.
- Moehji, S. 2003. *Ilmu Gizi II Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta:Papas Sinar Sinanti Bhratara.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi Cetakan Pertama. Jakarta:Rineka cipta.
- Nursalam, 2008. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Untuk Keperawatan*. Jakarta: Salemba medika.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Edisi Pertama Cetakan Pertama. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi Pertama Cetakan Kelima. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 2007. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Edisi Pertama Cetakan Kelima. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Surasmi, Asrining. 2003. *Perawatan Bayi Resiko Tinggi*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2002. *Statistik Untuk Penelitian*. Jakarta: Alfabeta.
- Wara Kushartanti, M.S. 2004. *Senam Hamil*. Jakarta : Lintang Pustaka.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Edisi Ketiga Cetakan Ketujuh. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- _____. 2007a. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Edisi Kelima Cetakan Ketujuh. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- _____. 2007b. *Ilmu Kandungan*. Edisi Kedua Cetakan Kelima. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

**HUBUNGAN ANTARA UKURAN LLA, KENAIKAN BB SELAMA KEHAMILAN, DAN
KADAR HB DENGAN BERAT BAYI LAHIR
DI WILAYAH KERJA DESA GERIH KECAMATAN GERIH KABUPATEN NGAWI
Agung Suharto*, Subagyo*, Supriasih****

ABSTRACT

Pregnancy is a time which is very important because during this period the quality of a child is determined. Maternal nutritional status strongly influences the growth of the fetus in the womb. Birth weight babies can be analyzed from the size of LLA pregnant women, weight gain during pregnancy and Hb levels of pregnant women. Purpose of the study to analyze the relationship between the size of the LLA, weight gain during pregnancy and Hb levels with birth weight.

This is a analytic correlation research with ex post facto design. The study population was all women who gave birth to the period January to September 2011 who live in the Village District Gerih Gerih Ngawi district some 63 pregnant women, using simple random sampling. The research data obtained from a sample of 55 books KIA pregnant women. The independent variable is the size of the LLA, weight gain during pregnancy and maternal hemoglobin levels, while the dependent variable is birth weight. Data analysis using statistical tests Pearson Product-moment correlation and to determine the level of the relationship between the variables used the Pearson correlation coefficient.

The results showed a mean LLA is 27.198 cm, mean weight gain during pregnancy is 9.91 kg and mean Hb 10.96 g%, while the mean birth weight was 3091.82 g. Of the Pearson correlation test Product-Moment with $p = 0.000$ ($\alpha = 0.05$) showed no strong relationship between the size of the LLA with birth weight with a correlation coefficient 0.658. Weight gain during pregnancy with birth weight have a relationship with a correlation coefficient was 0.474 with $p = 0.000$ ($\alpha = 0.05$). Whereas Hb levels with birth weight have a relationship with a correlation coefficient was 0.466 with $p = 0.000$ ($\alpha = 0.05$).

It can be concluded that there is a relationship between the size of the LLA, weight gain during pregnancy, hemoglobin concentration and birth weight. It can be recommended to pregnant women to pay attention to nutritional needs during pregnancy, and the Health Institutions need to take an active role in developing midwifery care of pregnant women in the context of early detection of nutritional status of pregnant women.

Key words: LLA Size, weight gain during pregnancy, hemoglobin concentration, birth weight.

**= Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya, Jurusan Kebidanan, Kampus Magetan*

***= Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi*

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan masa yang sangat penting, karena pada masa itu kualitas seorang anak ditentukan. Masukan gizi pada ibu hamil sangat menentukan kesehatannya dan janin yang dikandungnya. Makanan yang dikonsumsi ibu hamil dipergunakan untuk pertumbuhan janin sebesar 40%, sedangkan 60% untuk memenuhi kebutuhan ibu. Kebutuhan makanan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin adalah yang mengandung protein,

energi, zat besi, zink dan asam folat. Apabila dalam masa kehamilan terjadi kekurangan salah satu atau lebih zat gizi akan mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat (Hulian, 2001 dalam Paath, Rumdasih dan Heryati, 2005:77). Defisiensi protein, energi, zat besi, zink dan asam folat dapat mempengaruhi pertumbuhan janin. Ibu hamil dengan gizi kurang dan gizi buruk dapat melahirkan bayi dengan kondisi fisik yang kurang baik, *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR), *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), kelainan bawaan, prematur dan imatur (Paath, Rumdasih dan Heryati, 2005: 79).

Masalah gizi yang sering dihadapi ibu hamil yaitu Kekurangan Energi Kalori (KEK) dan anemia gizi. Seorang ibu hamil dengan KEK atau kurang gizi beresiko melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Salah satu cara untuk mengetahui apakah ibu hamil menderita KEK atau tidak adalah apabila ukuran lingkaran lengan atas (LLA) kurang dari 23,5 cm.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, wanita usia subur (usia 15-45 tahun) yang mengalami KEK adalah 14,1%, sedangkan resiko KEK wanita usia subur di Propinsi Jawa Timur adalah 17,5 % (Balitbangkes Depkes, 2009); dan prevalensi anemia 40,1% (SKRT 2001 dalam Depkes RI 2008). Data tahun 2011 di Puskesmas Widodaren kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi tercatat 513 persalinan, sebanyak 25 (4,9%) di antaranya BBLR, dan 3 (0,6%) mengalami *IUGR*. (Profil Kesehatan Ngawi, 2011)

Sebagian besar anemia disebabkan kurangnya zat besi dalam tubuh ibu hamil. Hal ini karena masyarakat Indonesia khususnya wanita kurang mengonsumsi sumber makanan hewani yang merupakan sumber zat besi yang mudah diserap (*heme iron*). Pada saat hamil, ibu membutuhkan zat besi yang lebih banyak untuk pertumbuhan dan perkembangan janinnya. Hal lain yang memperberat terjadinya anemia pada ibu hamil adalah diet pengurangan berat badan karena faktor ingin langsing, sehingga seringkali wanita memasuki masa kehamilannya dengan kondisi cadangan besi dalam tubuhnya kurang atau terbatas. Keadaan ini akan diperberat apabila ibu hamil pada usia muda (< 20 tahun), karena ibu muda tersebut membutuhkan zat gizi lebih banyak untuk pertumbuhan diri sendiri dan janin yang dikandungnya (Depkes RI, 2003)

Kadar hemoglobin (Hb) ibu hamil diharapkan ≥ 11 gram%. Apabila kadar Hb kurang dari 11 gram%, maka tidak bisa menyediakan zat besi yang cukup bagi janin dan plasenta. Kenaikan berat badan ibu hamil juga harus memadai bertambah sesuai dengan usia kehamilan. Kenaikan berat badan normal bagi ibu hamil 7 kg bagi ibu yang gemuk dan 12 kg bagi ibu yang tidak gemuk; jika kurang dari normal beresiko keguguran, anak lahir prematur, BBLR, *atonia uteri* dan perdarahan setelah persalinan (Paath, Rumdasih, Heryati, 2005:59). Semua resiko ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan Hb pada trimester I dan trimester III, pengukuran LLA pada kontrol pertama dengan ibu hamil dan pemantauan penambahan berat badan selama hamil (Supriasa, Bahri, Fajar, 2002:49).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara LLA, kenaikan berat badan selama kehamilan, kadar Hb dengan berat badan lahir di Desa Gerih Kecamatan Gerih Ngawi.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian analitik korelasional, dengan rancangan "ex-post facto". Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Desa Gerih Kecamatan Gerih, dilaksanakan pada bulan November 2011 sampai dengan Januari 2012. Populasi dalam penelitian ini adalah data ibu

yang melahirkan beserta bayinya yang memiliki data lengkap dalam buku KIA, kurun waktu bulan Januari sampai dengan September 2011 di wilayah kerja Desa Gerih Kecamatan Gerih sebanyak 63 ibu. Sampel adalah ibu yang berdomisili di Desa Gerih, dan diambil secara random sebanyak 55 orang.

Data yang dikumpulkan adalah data sekunder, tentang hasil pengukuran LLA, penambahan BB selama kehamilan, pengukuran kadar Hb dan pengukuran Berat Badan Lahir bayi. Pengumpulan data dilakukan dengan menyalin dari buku register ibu dan buku KIA. Pengukuran LLA, kenaikan berat badan selama kehamilan, kadar Hb merupakan variabel independen yang diobservasi melalui buku KMS dan pemeriksaan langsung. Berat Badan Lahir diketahui dengan melihat catatan register KIA dan mengukur secara langsung.

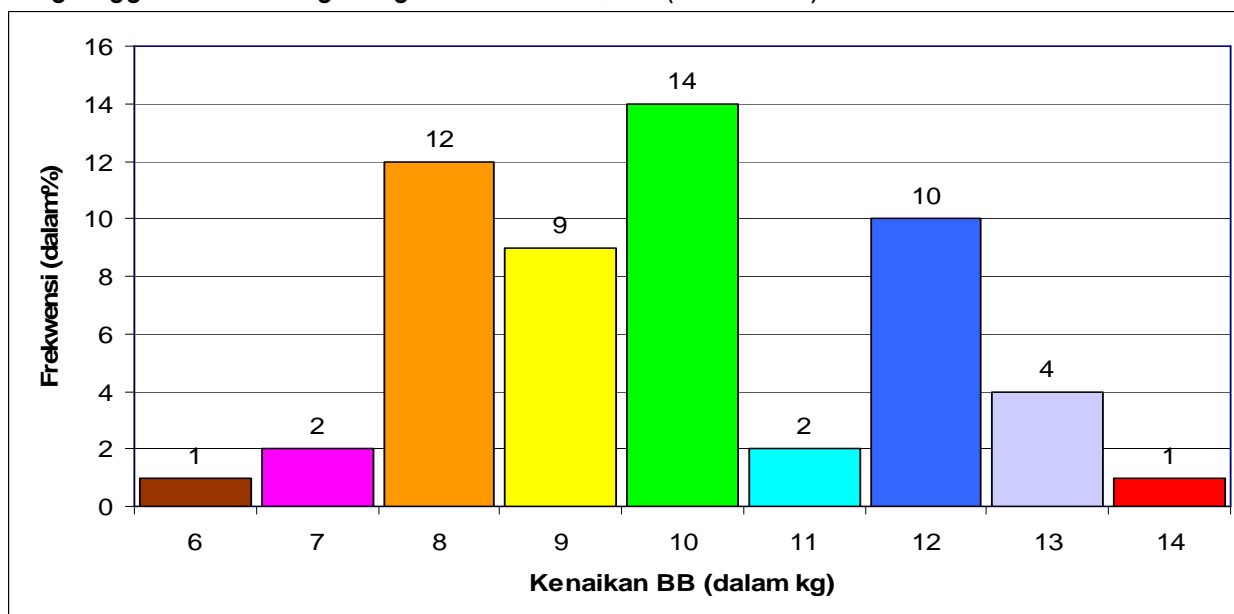
Hasil pengukuran kenaikan BB selama kehamilan, pengukuran LLA, pengukuran Hb dan pengukuran berat lahir bayi masing-masing dianalisis secara deskriptif; yang disajikan meliputi frekuensi, proporsi dan rasio, ukuran pemusatan (*mean, median, modus*) atau ukuran variasi (simpangan baku, varians, rentang dan kuartil). Dalam penelitian ini masing-masing variabel ditampilkan nilai *mean, median dan modus*. Teknik analisis statistik menggunakan uji statistik korelasi *Pearson (r)*, untuk mencari hubungan kedua variabel

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Frekuensi LLA terbanyak adalah 27,2 cm (10,9%) ukuran LLA minimum 24,1 cm (1,8%) dan ukuran maksimum LLA 30 cm (1,8%). Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil

Kenaikan berat badan terbanyak adalah 10 kg dengan frekuensi 25,5%, kenaikan berat badan paling rendah adalah 6 kg dengan frekuensi 1,8% dan kenaikan berat badan paling tinggi adalah 14 kg dengan frekuensi 1,8% (Gambar 1).



Gambar 1. Distribusi Frekuensi Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil Di Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi Tahun 2011

Kadar Hb ibu hamil di wilayah Desa Gerih, Kecamatan Gerih, Kabupaten Ngawi rata-rata 10,96 gram%, kadar Hb dengan frekuensi terbanyak adalah 10,2 gram% sebanyak 9,1%, kadar Hb terendah 9,2 gram% dengan frekuensi 1,85% dan kadar Hb tertinggi 14,2 gram% dengan frekuensi 1,8%.

Hasil penelitian tentang berat badan lahir terdapat pada Tabel 1. Berat badan lahir rata-rata berat badan lahir adalah 3.091,82 gram. Adapun frekuensi terbanyak berat badan lahir adalah 3.000 gram dan 3.100 gram masing-masing sebanyak 14,1%, berat badan lahir terendah 2.200 gram dengan frekuensi 3,6% dan berat badan lahir yang paling tertinggi adalah 4.200 gram dengan frekuensi 1,8%.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berat Badan Lahir Di Desa Gerih Kec. Gerih Kab. Ngawi

No.	BBL (gram)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	2,200	2	3.6
2	2,300	1	1.8
3	2,400	3	5.5
4	2,500	1	1.8
5	2,700	2	3.6
6	2,800	4	7.3
7	2,900	5	9.1
8	2,950	1	1.8
9	3,000	8	14.5
10	3,100	8	14.5
11	3,200	3	5.5
12	3,300	2	3.6
13	3,400	4	7.3
14	3,500	2	3.6
15	3,600	2	3.6
16	3,700	4	7.3
17	3,800	1	1.8
18	4,000	1	1.8
19	4,200	1	1.8
Total		55	100.0

Hasil uji *Korelasi Pearson Product Moment* adalah hubungan yang signifikan antara LLA dengan berat badan lahir ($p=0,000$). Besar hubungan tersebut dinyatakan dengan menggunakan koefisien korelasi *Pearson* yaitu sebesar 0,658, yang artinya ada hubungan yang kuat antara ukuran LLA dengan berat badan lahir, dan ada hubungan yang signifikan antara kenaikan berat badan selama kehamilan dengan berat badan lahir ($p=0,000$).

Besar hubungan tersebut dinyatakan dengan menggunakan koefisien korelasi *Pearson* yaitu sebesar 0,474, yang artinya ada hubungan yang sedang antara ukuran kenaikan berat badan selama kehamilan dengan berat badan lahir. Dari hasil uji statistik menggunakan Uji *Korelasi Pearson Product Moment* didapatkan hasil ada hubungan yang signifikan antara kadar Hb dengan berat badan lahir ($p=0,000$). Besar hubungan tersebut dinyatakan dengan

menggunakan koefisien korelasi *Pearson* yaitu sebesar 0,466, yang artinya ada hubungan yang sedang antara kadar Hb dengan berat badan lahir.

Pembahasan

Ibu hamil memiliki ukuran LLA terbanyak 27,2 cm yaitu sebanyak 6 ibu hamil (10,9%), nilai LLA minimum 24,1 cm (1,8%) nilai maksimum LLA 30 cm (1,8%), sehingga dapat disimpulkan rata-rata ibu hamil memiliki ukuran LLA yang normal .

Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa ibu hamil di wilayah Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi tercukupi kebutuhan energi dan kalorinya, sehingga tidak ada ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kalori (KEK). Menurut Supriasa (2002) Lengan Atas (LLA) merupakan salah satu pilihan penentuan status gizi karena memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit.

Menurut Moehji (2003) masa hamil adalah masa dimana seorang wanita memerlukan berbagai unsur gizi yang jauh lebih banyak daripada yang diperlukan dalam keadaan tidak hamil. Menurut Varney (1997) gizi kurang mempunyai dampak terhadap ibu hamil, ibu dalam persalinan maupun bayi yang akan dilahirkan. Terhadap ibu selama kehamilan yaitu dapat menyebabkan anemia, perdarahan antepartum, berat badan tidak bertambah secara normal. Terhadap ibu dalam persalinan yaitu dapat menyebabkan persalinan sulit dan lama. Terhadap janin dapat menyebabkan keguguran (abortus), bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan dan BBLR. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu hamil di desa Gerih rata-rata memiliki LLA dalam batas normal, ini menunjukkan bahwa rata-rata ibu hamil dalam status nutrisi yang baik, sehingga kemungkinan untuk bayi lahir dengan berat badan rendah akan semakin berkurang.

Dari hasil penelitian ini kenaikan berat badan selama kehamilan dalam batas normal. Kenaikan rata-rata 9,91 kg, dengan kenaikan yang paling rendah adalah 6 kg (1,8%) dan kenaikan yang paling tinggi adalah 14 kg (1,8%). Hal ini sesuai dengan teori dari Paath, Rumdasih dan Heryati (2005:52-54) kenaikan berat badan yang normal merupakan gambaran pertambahan berat badan ibu dan berat badan janin, dengan mengetahui selisih atau kenaikan berat badan kehamilan dapat memberikan gambaran berat bayi yang akan dilahirkan. Semakin tinggi kenaikan, maka berat bayi yang akan dilahirkan akan semakin besar, akan tetapi bila kenaikan berat badan selama kehamilan rendah, maka bayi yang akan dilahirkan kemungkinan akan memiliki berat yang rendah pula. Seorang ibu yang sedang hamil mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10-12 kg. Pada trimester pertama, kenaikan kurang dari 1 kg, pada trimester kedua ± 3 kg, sedangkan pada trimester terakhir kira-kira 6 kg. Pada trimester kedua kira-kira 50%, trimester ketiga 90%, kenaikan tersebut meliputi kenaikan komponen janin, pertumbuhan janin, plasenta, cairan amnion dan jaringan tubuh ibu (darah, cairan ekstra vaskular, uterus, payudara dan lemak).

Mencermati pendapat di atas kenaikan berat badan yang normal merupakan gambaran pertambahan berat badan ibu dan berat janin, dengan mengetahui selisih atau kenaikan berat badan kehamilan dapat memberikan gambaran berat bayi yang akan dilahirkan. Semakin tinggi kenaikan berat badan selama kehamilan maka berat bayi yang akan dilahirkan akan semakin besar, akan tetapi bila kenaikan berat badan selama kehamilan rendah, maka bayi yang dilahirkan kemungkinan memiliki berat yang rendah pula.

Dalam penelitian ini kadar Hb ibu hamil rata-rata 10.9gram%, paling rendah kadar Hb ibu hamil adalah 9,2 gram% (1,8%) dan paling tinggi adalah 14,2 gram% (1,8%). Salah satu zat gizi yang penting bagi ibu hamil adalah zat besi. Zat besi dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah, pertumbuhan, metabolisme energi, dan untuk meminimalkan kejadian anemia. Bila terjadi kekurangan zat besi dalam tubuh, maka kemampuan metabolisme energi berkurang, kemampuan janin dalam menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya juga terhambat sehingga mengganggu pertumbuhan janin dalam rahim (Manuaba, 2010:32).

Malnutrisi yang terjadi pada masa lanjut kehamilan mempengaruhi pertumbuhan janin (Paath, Rumdasih, dan Heryati, 2005:6). Kekurangan zat besi (Fe) merupakan salah satu bentuk malnutrisi jenis *Spesific Defisiensi* (Supariasa, Bakri, dan Fajar 2002:18). Anemia pada ibu hamil mungkin menyebabkan hambatan pertumbuhan janin (Cunningham, dkk., 2006:1464).

Zat besi penting untuk membuat Hemoglobin dan protein di dalam sel darah merah yang membawa oksigen ke jaringan tubuh lain, membantu mencegah anemia. Zat besi bagi ibu hamil penting untuk pembentukan dan mempertahankan sel darah merah, sehingga bisa menjamin sirkulasi oksigen dan metabolisme zat gizi yang dibutuhkan janin untuk pertumbuhan di dalam rahim. Bila kadar Hb di dalam darah kurang, sirkulasi oksigen dan metabolisme zat gizi terganggu sehingga pertumbuhan janin dalam rahim terhambat (Proverawati, dan Asfiah, 2009:46).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata berat badan lahir adalah 3.092 gram, berat badan lahir paling rendah 2.200 gram (3,6 %) dan paling tinggi adalah 4.200 gram (1,8%). Dari hasil penelitian ini didapatkan sebagian besar bayi yang dilahirkan memiliki berat badan lahir normal yaitu sebanyak 48 bayi (87%) dan 7 bayi (13%) yang memiliki berat badan lahir rendah di bawah 2.500 gram. Dari 7 bayi yang memiliki berat badan lahir rendah, didapatkan dari ibu hamil yang memiliki kadar Hb dibawah 11 gram%, sedangkan LLA dan kenaikan berat badan selama kehamilan normal. Dimungkinkan ada keterkaitan antara kadar Hb ibu di bawah normal dengan berat badan lahir rendah. Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Soetjiningsih (1998) dalam Supariasa, Bakri, dan Fajar, (2002) pertumbuhan janin dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan faktor genetik. Faktor lingkungan yang mempengaruhi pertumbuhan janin meliputi mekanis, toksin/zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stres, anoksia embrio, dan status gizi ibu hamil (yang diukur dengan ukuran LLA, penambahan berat badan, kadar Hb), Faktor genetik meliputi obsetrik, ras, suku bangsa, dan jenis kelamin. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa ibu hamil dengan asupan gizi yang adekuat dan status kesehatan yang baik akan melahirkan bayi dengan berat badan yang normal.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara LLA dengan berat badan lahir dengan tingkat hubungan yang kuat. Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam rahim (Supariasa, Bakri, dan Fajar, 2002:29). Makanan ibu merupakan sumber makanan untuk janin yang akan mempengaruhi berat badan lahir (Syafiq, dkk., 2009: 140). Penilaian status gizi pada ibu hamil dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri dan biokimia (Arisman, 2010:8). Pengukuran antropometri dapat dilakukan dengan mengukur karakteristik fisik seseorang dan zat gizi penting untuk pertumbuhan. Pengukuran antropometri yang penting untuk menilai status gizi ibu hamil adalah pengukuran LLA.

Status diet dan nutrisi ibu hamil mempunyai dampak langsung pada perjalanan kehamilan dan bayi yang akan dilahirkannya. Malnutrisi yang terjadi pada bulan awal kehamilan mempengaruhi perkembangan dan kapasitas embrio untuk bertahan hidup; nutrisi yang buruk pada masa lanjut kehamilan mempengaruhi pertumbuhan janin (Paath, Rumdasih, dan Heryati, 2005:6).

Ukuran lingkaran lengan atas memberikan gambaran status gizi ibu hamil, ukuran lingkaran lengan atas yang kurang dari 23,5 cm menandakan ibu mengalami kekurangan gizi terutama energi dan kalori. Dengan gizi yang cukup sebelum dan selama kehamilan maka bayi yang akan dilahirkan akan tercukupi pula kebutuhan gizinya, sehingga ketika lahir bayi memiliki berat badan lahir yang baik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Annisa (2010) bahwa ada hubungan sedang antara ukuran LLA dengan berat badan lahir.

Dari penelitian ini, hasil ukuran LLA dapat menentukan status kecukupan gizi ibu hamil dan berat badan lahir dapat diperkirakan. Dengan mengetahui status gizi ibu sejak awal kehamilan diharapkan masalah gizi selama kehamilan dapat diintervensi dengan baik, sehingga ibu terhindar dari komplikasi yang tidak diinginkan selama kehamilan, bersalin maupun masa nifas dan janin yang dilahirkannya sehat, cukup bulan dan memiliki berat badan lahir normal.

Dari penelitian ini didapatkan hasil ada hubungan antara kenaikan berat badan selama kehamilan dengan berat badan lahir dengan tingkat hubungan sedang. Janin sangat bergantung pada ibunya, untuk pernafasan, pertumbuhan, dan untuk melindungi dari penyakit. Kebutuhan gizi pada masa kehamilan berbeda dengan sebelum hamil, peningkatan kebutuhan gizi ibu hamil menurut Huliana (2001) dalam Paath, Rumdasih, dan Heryati (2005:53) sebesar 15%, karena dibutuhkan untuk pertumbuhan rahim, payudara, volume darah, plasenta, air ketuban dan pertumbuhan janin. Makanan yang dikonsumsi ibu hamil dipergunakan untuk pertumbuhan janin sebesar 40%, sedangkan yang 60% untuk memenuhi kebutuhan ibu. Mencermati hasil penelitian ini dan penelitian sebelumnya maka bila kenaikan berat badan selama kehamilan semakin tinggi, kemungkinan bayi yang dilahirkan akan memiliki berat badan lahir yang normal, tetapi bila kenaikan di bawah normal, kemungkinan bayi akan lahir dengan berat badan lahir rendah.

Kadar Hb merupakan indikator biokimia untuk status gizi ibu hamil dalam penelitian ini kadar Hb memiliki hubungan dengan berat badan lahir dengan tingkat hubungan sedang. Menurut Wiknjastro (2007) secara fisiologis saat kehamilan terjadi hemodilusi, yaitu terjadi peningkatan volume darah dimana peningkatan plasma jauh lebih besar dibanding peningkatan jumlah eritrosit. Pada kondisi demikian jumlah Hb dalam keseluruhannya lebih besar daripada sebelum hamil, namun konsentrasi Hb menurun dibandingkan sebelum hamil.

Menurut Proverawati dan Asfuh (2009) konsentrasi Hb ketika hamil terlihat menurun, walaupun sebenarnya lebih besar dibandingkan dengan Hb pada orang yang tidak hamil, kondisi ini disebut anemia fisiologis. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh meningkatnya volume plasma darah. Perbandingan kadar plasma, sel darah, dan Hb dalam kehamilan adalah plasma 30%, sel darah 18%, dan Hb 19%. Bertambahnya darah dalam kehamilan sudah dimulai sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32-36 minggu.

Hasil yang sama ditemukan oleh Sustini (2003) dalam penelitiannya yang berjudul Studi Hubungan Antara Anemia Ibu Hamil dengan Hasil (*Outcome*) Kehamilan Di Puskesmas Jagir, Kota Surabaya, menunjukkan ada hubungan antara keduanya. Ibu hamil yang anemia pada trimester kedua atau ketiga berisiko 8,23 kali lebih besar untuk terjadi gangguan hasil kehamilannya dibandingkan ibu yang tidak anemia. Pada penelitian ini, gangguan hasil kehamilan yang terbanyak adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) yaitu 55,6%. Berdasarkan hasil penelitian ini, kadar Hb ibu hamil memiliki hubungan dengan berat badan lahir. Bila kadar Hb di dalam darah kurang, sirkulasi oksigen dan metabolisme zat gizi terganggu sehingga pertumbuhan janin dalam rahim terhambat. Oleh karena itu Hb sebagai salah satu indikator status gizi mempengaruhi seluruh tahap tumbuh kembang dan kualitas hasil akhir kehamilan termasuk berat badan lahir bayi yang akan dilahirkan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. Ibu hamil di Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi memiliki ukuran rata-rata LLA adalah 27,198 cm, nilai LLA minimum 24,1 cm (1,8%) dan nilai maksimum LLA 30 cm (1,8%)
2. Ibu hamil di Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi memiliki kenaikan berat badan selama kehamilan adalah 9,91 kg dengan kenaikan berat badan paling rendah adalah 6 kg (1,8%) dan nilai maksimum 14 kg dengan (1,8%.)
3. Ibu hamil di Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi memiliki rata-rata kadar Hb 10,96 gram%, kadar Hb minimum 9,2 gram% (1,8%) dan kadar Hb maksimum 14,2 gram% (1,8%)
4. Berat badan lahir bayi di Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi memiliki berat badan lahir 3091,82 gram, berat badan terendah 2.200 gram (3,6%) dan berat badan lahir yang paling besar adalah 4.200 gram (1,8%)
5. Ada hubungan signifikan kuat (0,658) antara LLA dengan berat badan lahir di Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi.
6. Ada hubungan signifikan sedang (0,474) antara kenaikan berat badan selama kehamilan dengan berat badan lahir di Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi.
7. Ada hubungan signifikan sedang (0,466) antara kadar Hb ibu hamil dengan berat badan lahir di Desa Gerih Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi.

Saran

1. Bagi ibu hamil diharapkan selalu memperhatikan kebutuhan gizi selama kehamilan karena asupan gizi sangat penting dalam kehamilan, baik untuk memenuhi kebutuhan ibu hamil itu sendiri maupun untuk janinnya, sehingga diharapkan ibu hamil terhindar dari komplikasi yang tidak diinginkan selama kehamilan, persalinan dan masa nifas. Dan janin yang dilahirkan dalam kondisi sehat, cukup bulan dan memiliki berat badan lahir normal;
2. Bagi masyarakat, terutama keluarga ibu hamil diharapkan memberikan dukungan pemenuhan gizi ibu sebelum dan selama kehamilan. 3). Perlunya peran aktif dari tenaga kesehatan untuk mengembangkan asuhan kebidanan ibu hamil dalam rangka deteksi dini

status gizi ibu hamil (pengukuran LLA, pemantauan kenaikan berat badan selama kehamilan dan penilaian kadar Hb) dan memberikan pelayanan *antenatal care* (ANC) sesuai dengan standar baku ANC.

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa Utami W, 2010, *Hubungan antara LLA Ibu Hamil Trimester III dengan BBL (Studi di BPS Wilayah Kerja Kecamatan Plaosan)*. Karya Tulis Ilmiah Program Studi Kebidanan Magetan Poltekkes Depkes Surabaya, Magetan.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Arisman, MB. 2010. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC
- Bungin, B. 2001. *Metodologi Penelitian Sosial*. Surabaya: Airlangga University press.
- Cunningham, F.G., dkk. 2006. *Obstetri William Vol. 2*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 2003. *Program Penanggulangan Anemia Gizi Pada Wanita Usia Subur*. Jakarta: Depkes RI.
- Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, R. 1998. *Sinopsis Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC
- Moehji, S. 2002. *Ilmu Gizi: Pengetahuan Dasar Ilmu gizi*. Jakarta: PT Bhratara Niaga Media.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nursalam. 2003. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Paath, F.E., Y. Rumdasih, dan Heryati. 2005. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Proverawati, A., dan S. Asfuah. 2009. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saifuddin, A.B. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: YBPSP
- Nur Herliana Sari, 2008, *Hubungan Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan dengan BBL di BPS Netty Sri Kusuma, Amd.Keb Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi*, Karya Tulis Ilmiah Program Studi Kebidanan Magetan Poltekkes Depkes Surabaya, Magetan
- Setiadi. 2007. *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Stiami. 2009. *Penelitian Menurut Metode*. <http://pascasarjana-stiami.ac.id/2009/04/penelitian-menurut-metode> (diakses 9 Oktober 2011)
- Sugiyono. 2007. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.

HUBUNGAN PERKEMBANGAN BERDASARKAN USIA DENGAN PENGETAHUAN REMAJA TENTANG DAMPAK SEKS DI LUAR NIKAH

Studi di RW.02 Desa Seduri Kecamatan Balongbendo Kabupaten Sidoarjo, 2009

Mamik*, Evi Pratami*

ABSTRACT

Based on early survey it shown that of the 92 respondent, it was obtained 28 people who identified effect of pre-marriage sex. Whereas of 35 people had adequate knowledge and 29 people had inadequate knowledge. The study purposed to identify relationship between development based on age and adolescence knowledge about effect of pre-marriage sex in RW.02 Seduri Village, District of Balongbendo, Sidoarjo Country. The study used analytic observational by cross sectional design. Number of sample was 92 adolescence respondents by age 11 to 20 years old using population-1 technique. Data collection performed by using questionnaire. Study result showed that based on gender it obtained most of respondents for 50 people (54,4%) were female. Based on education it was obtained that most of respondent 39 people (42,4%) were high junior school graduated. Based on age it could obtained that most of respondent 31 people (33,7%) were 11 to 13 years old and 31 people (33,7%) were 14 to 16 years old. Data collected was then analyzed by using chi square pearson test with significance level $p < 0,05$ to identify relationship between variables. The study result showed there was relation between development based on age and adolescence knowledge on effect of pre-marriage sex, with χ^2 count result (50,4) greater than χ^2 table (9,49). It could be concluded that there was relationship between development based on age and adolescence knowledge on effect of pre-marriage sex. Suggestion for adolescence with lack of knowledge was to increase their knowledge by seeking information about effect of free sex.

Keywords: Adolescence age, effect of pre-marriage sex,

*= Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Remaja adalah masa peralihan antara tahap anak dan dewasa yang jangka waktunya berbeda tergantung faktor sosial dan budaya. Cirinya adalah alat reproduksi mulai berfungsi, libido mulai muncul, intelegensi mencapai puncak perkembangannya, emosi sangat labil, kesetiakawanan yang kuat terhadap teman sebaya dan belum menikah (Arief, 2009). Badan koordinasi keluarga berencana (BKKBN) mengaku prihatin dengan kondisi moral remaja Indonesia. Menurut hasil survey yang diterima lembaga tersebut, 93,7 % anak Indonesia pernah melakukan ciuman, petting, dan oral seks. Remaja usia SMP 62,7 % pernah melakukan hubungan intim, 21,2 % siswa SMA pernah melakukan aborsi (Hafily, 2009). Litdik kespro Surabaya pada tahun 2006 menemukan 28,6 persen istri dari pasangan usia subur telah hamil sebelum perkawinan. Kemudian Depkes RI pada tahun 1995/1996 melakukan survey yang menyebutkan bahwa kehamilan remaja berusia 13 sampai 19 tahun di Surabaya sebanyak 5 persen. Badan Narkotika Kabupaten Sidoarjo (BNK) tahun 2007 sampai 2008 menunjukkan bahwa hubungan seksual sebelum menikah umumnya masih ditolak. Namun

dalam kondisi tertentu penduduk usia 15 sampai 24 tahun belum menikah yang setuju dengan seks pranikah menyatakan bahwa perilaku tersebut boleh dilakukan jika pasangan tersebut akan menikah dan 26,5 persen menyatakan bahwa perilaku tersebut boleh dilakukan jika pasangan tersebut saling mencintai (Bambang, 2009).

Berdasarkan survey awal pada tanggal 22 Juni 2009 sebanyak 93 remaja dengan usia 11-20 tahun perempuan yang tinggal di RW.02 Desa Seduri Kecamatan Balongbendo Kabupaten Sidoarjo. Dari 92 orang remaja didapatkan yang mengetahui dampak seks di luar nikah sebanyak 28 orang (30,43%), 35 orang (38,04%) berpengatahuan cukup dan 29 orang (31,53%) berpengatahuan kurang.

Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis hubungan perkembangan berdasarkan usia dengan pengetahuan remaja tentang dampak seks di luar nikah.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional, dengan rancangan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah masyarakat di RW.02 desa Seduri Kecamatan Balongbendo Kabupaten Sidoarjo dalam kategori remaja dengan usia 11-20 tahun sebanyak 93 orang, yang terdiri dari 43 laki-laki dan perempuan sebanyak 50 orang periode bulan Juni-Juli 2009. Sampel yang digunakan adalah seluruh populasi dikurangi 1 orang dari daftar nama remaja yang akan dijadikan responden secara proporsional. Variabel bebas yaitu perkembangan berdasarkan usia. Variabel terikat yaitu pengetahuan remaja tentang dampak seks di luar nikah. Pengukuran untuk masing-masing variabel penelitian dilakukan dalam bentuk scoring menurut skala ordinal yang terbagi menjadi baik, cukup, kurang. Teknik analisa data dilakukan dengan uji *chi square*, sebelum dianalisis data yang ada diuji terlebih dahulu validitas dan reliabilitasnya, serta uji asumsi klasik.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Tabulasi Silang Hubungan Perkembangan Berdasarkan Usia dengan Pengetahuan Remaja Tentang Dampak Seks di Luar Nikah.

Usia (tahun)	Pengetahuan dampak seks di luar nikah						Jumlah	Persentase
	Baik		Cukup		Kurang			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
11-13	7	22,6	10	32,3	14	45,1	31	100
14-16	8	25,8	15	48,4	8	25,8	31	100
17-20	13	43,3	10	33,4	7	23,3	30	100
Jumlah	28	30,4	35	38,1	29	32,5	92	100

Hasil uji *Chi Square* dengan $\alpha = 0,05$ didapatkan χ^2 hitung 50,4 hasil tersebut lebih besar dari χ^2 tabel (9,49) maka disimpulkan ada hubungan antara perkembangan berdasarkan usia dengan pengetahuan remaja tentang dampak seks di luar nikah, semakin besar usia remaja maka semakin memahami pengetahuan tentang dampak seks di luar nikah.

Hal tersebut sesuai pendapat Hurlock (1997) yang dikutip oleh Nursalam (2001), bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang berfikir dan bekerja. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Dengan demikian seseorang dengan usia lebih tua memiliki pengetahuan yang lebih banyak dibandingkan dengan seorang yang berusia lebih muda

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Perkembangan berdasarkan usia remaja yang ada di RW.02 Desa Seduri Kecamatan Balongbendo Kabupaten Sidoarjo sebagian besar terdapat dalam kategori 11-13 tahun dan 14-16 tahun. Pengetahuan remaja tentang dampak seks di luar nikah di RW.02 Desa Seduri Kecamatan Balongbendo Kabupaten Sidoarjo sebagian besar berpengetahuan cukup. Ada hubungan antara perkembangan berdasarkan usia dengan pengetahuan remaja tentang dampak seks di luar nikah.

Saran

Untuk meningkatkan pengetahuan remaja perlu diberikan banyak informasi tentang dampak seks di luar nikah, baik dari media massa ataupun lingkungan terdekat yakni dari keluarga dan teman bermain. Diharapkan para remaja untuk lebih peduli lagi pada pentingnya pendidikan seks dan kesehatan reproduksi untuk menambah pengetahuan tentang bahaya perilaku seks yang menyimpang yang dapat berakibat fatal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih. 2007. *Perilaku Seks*. <http://www.adiningsih.com/2007/03/04/perilaku-seks.html> (situasi 20 Juni 2009)
- Anonym, 2007. *Kesehatan Reproduksi Remaja*. <http://www.litdiksby.com/2007/01/31/kesehatan-reproduksi-remaja.html> (situasi 7 Mei 2009)
- Arief. 2009. *Seks Pranikah*. <http://ebdosoma.blogspot.com/2009/02seks-pranikah.free-seks-seks-bebas.html> (situasi 7 Mei 2009)
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- Bagus. 2008. *Seks Bebas & Catid*. <http://www.iziau.com/joombla/index.php?option=comcontent&view=article&id=47:seks-bebas&catid=35:isu-isu-sosial&itemid=61> (situasi 7 Mei 2009)
- Bambang. 2009. *Fenomena Seks Bebas Di Kalangan Remaja*. <http://www.bambangoke.com/2009/phenomena-seks-bebas-di-kalangan-remaja.html> (situasi 20 juni 2009)
- Bobak, irene, et al.2004. *Alih Bahasa : Maria A. Wijayarini. Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC
- Gunarsa, Dra. Singgih. D, dan Prof. Dr. Singgih. 2007. *Psikologi Remaja*. Yogyakarta : PT.BPK Gunung Agung Mulia

- Hafili. 2009. *Moral Remaja Indonesia*. <http://roomindonesia.net/2009/01/11/gadis-bukan-perawan/html>
- Hurlock, 1997. *Perilaku dalam keperawatan*. Jakarta : EGC
- Manuaba, Ida bagus. 1998. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Arcan
- Nugraha, dr. Boyke. 2008. *Problema Seks & Cinta Remaja*. Jakarta : Bumi Aksara
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Punawan, Iwan. 2007. *Seksualitas*. <http://www.unsoed.ac.id/cmsfak/userfiles/file/PSKP/linklokal/sksualitas%20new.doc> (situasi 30 April 2009)
- Rasyid, Moh. 2007. *Pendidikan Seks*. Semarang : Syiar Media
- Setiawan, Orys. 2008. *Kondomisasi, Sebuah Disorientasi*.
<http://www.jawapos.co.id/metropolis/index.php?act=detail&nid=40390> (situasi 20 Juni 2009)
- Soetjningsih. 2007. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta : CV. Sagung Seto
- Hidayat, Aziz Alimul. 2009. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta

GAMBARAN FAKTOR PENYEBAB PERSALINAN PREMATUR DI KAMAR BERSALIN RSUD dr. SOEROTO NGAWI TAHUN 2010

Titin Mukibati*, Tinuk Esti Handayani**, Rudiati**

ABSTRAK

Persalinan prematur merupakan masalah dalam kebidanan karena dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal. Di Kamar bersalin RSUD dr. Soeroto Ngawi pada tahun 2010 terjadi persalinan prematur 7,9%, sedangkan angka prematuritas di Indonesia 4-12,9%. Tujuan penelitian ini untuk menggambarkan faktor penyebab persalinan prematur di Kamar bersalin RSUD dr. Soeroto Ngawi.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Populasi penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang mengalami persalinan prematur pada tahun 2010. Sampel diambil dengan teknik sampling non probability (sampel jenuh) sejumlah 169 orang. Variabel tunggal yaitu faktor penyebab persalinan prematur terdiri dari 8 subvariabel faktor usia, paritas, kehamilan kembar, hidramnion, plasenta previa, preeklamsi-eklamsi, KPD, anemia. Pengumpulan data dengan menggunakan studi dokumentasi dari data sekunder, kemudian ditabulasi dan selanjutnya dianalisis secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian persalinan prematur terjadi pada usia berisiko 31 %, paritas grandemulti 41,3 %, kehamilan kembar 14,2%, hidramnion 4,7%, plasenta previa 3,6%, preeklamsi 23,1%, KPD 51,4%, anemia 3%.

Kesimpulan penelitian adalah: faktor penyebab persalinan prematur terbanyak ialah grandemulti dan KPD, sebagian kecil disebabkan oleh anemia sehingga disarankan bagi ibu hamil ikut kelas ibu hamil, mengikuti program KB, peningkatan mutu pelayanan dari ANC sampai penanganan kegawatdaruratan saat persalinan dengan ditingkatkan pendidikan petugas menjadi diploma IV kegawatdaruratan dan penelitian lebih lanjut secara analitik KPD dengan persalinan prematur.

Kata Kunci: usia, paritas, kehamilan kembar, hidramnion, plasenta previa, preeklamsi-eklamsi, KPD, anemia persalinan prematur

*= Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi

**= Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya, Jurusan Kebidanan, Kampus Magetan

PENDAHULUAN

Angka prematuritas berkisar 4-12,9% (Mochtar, 2002:217), sedangkan angka kejadian di Indonesia 16-18% (Sastrawinata, 2005:17). Rumah Sakit Umum dr. Soeroto Ngawi merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Ngawi. Data di Kamar Bersalin Rumah Sakit dr. Soeroto Ngawi menunjukkan jumlah bayi yang dilahirkan pada tahun 2008 sebanyak 1639 bayi, 86 (5,2%) lahir prematur, tahun 2009 sebanyak 1943 bayi, 164 (8,4) lahir prematur, tahun 2010 sebanyak 2136 bayi dan 169 bayi (7,9%) dilahirkan dengan kondisi prematur.

Persalinan prematur adalah persalinan dengan kehamilan <37 minggu (20-37 minggu) atau dengan berat janin <2500 gram (Saifuddin, 2007:300). Penyebab partus prematur sulit ditentukan, tetapi tampaknya berhubungan dengan faktor kehamilan yaitu: hidramnion, KPD, kehamilan kembar, perdarahan antepartum, faktor individu: kurang gizi, anemia, paritas, usia ibu terlalu muda dan terlalu tua, perokok, minum alkohol, riwayat pernah melahirkan prematur

atau keguguran (riwayat obstetri), *inkompetensia serviks*, penyakit yang menyertai kehamilan: PMS, hipertensi, DM, penyakit jantung dan paru, penyakit endokrin, terdapat faktor rhesus. Prematur juga disebabkan faktor sosiobudaya yaitu: ibu pendek kurus (KEK) dan faktor psikologis seperti tempat kerja kurang nyaman, tertekan, dll. (Saifuddin, 2007:301). Persalinan prematur juga disebabkan oleh preeklampsi-eklampsi (Manuaba, 2010:295).

Menurut Survei demografi dan Kesehatan Indonesia 2007, angka kematian neonatal di Indonesia sebesar 19/1000 kelahiran hidup, angka kematian bayi 34/1000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 44/1000 kelahiran hidup. Menurut hasil survey, penyebab kematian tersebut bermula dari masa kehamilan 28 minggu sampai hari ke-7 setelah persalinan. Penyebab kematian bayi terbanyak adalah pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran prematur dan berat badan bayi lahir rendah (38,85%) (Depkes RI, 2007:18). Berdasarkan data Dinkes Prov. Jatim, angka kematian bayi tahun 2009 sebesar 26,9/1000 kelahiran hidup, dan 29% kematian disebabkan oleh partus prematur.

Akibat dari persalinan prematur, anak yang dilahirkan mengalami berbagai masalah kesehatan karena kurang matangnya janin ketika dilahirkan yang mengakibatkan banyaknya organ tubuh yang belum dapat bekerja secara sempurna. Hal ini mengakibatkan bayi prematur sulit menyesuaikan diri dengan kehidupan dunia luar rahim, sehingga mengalami banyak gangguan kesehatan, pertumbuhan janin yang terhambat, kelainan mental termasuk berpotensi tinggi risiko terhadap terjadinya autisme (Aulia fadhli, 2010:22) dan gangguan bahasa lainnya dan beban ekonomi bagi keluarga dan bangsa secara keseluruhan.

Pemerintah Indonesia melakukan upaya untuk mencegah persalinan prematur dengan "MPS" *Making Pregnancy Safer*. Tiga kunci MPS adalah: 1) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil; 2) Setiap komplikasi obstetri dan neonatal ditangani secara adekuat; 3) Setiap WUS mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanggulangan komplikasi keguguran tidak aman (Saifuddin, 2003:vii). Menindak lanjuti MPS tersebut, 98% persalinan di Ngawi ditolong oleh tenaga terlatih, komplikasi kebidanan ditangani secara adekuat artinya bila ada rujukan, rujukannya dini berencana, 85% wanita usia subur menjadi peserta KB aktif (Dinkes Ngawi, 2010).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Populasi penelitian adalah semua ibu bersalin dengan prematur di Kamar bersalin RSUD dr. Soeroto Ngawi pada bulan Januari-Desember 2010 sebanyak 169 orang. Seluruh anggota populasi diteliti. Variabel penelitian adalah faktor penyebab persalinan prematur, yang terdiri atas 8 subvariabel yaitu: usia ibu, paritas, kehamilan kembar, hidramnion, plasenta previa, preeklampsi-eklampsi, KPD, anemia. Teknik pengumpulan data adalah studi dokumentasi pada rekam medis persalinan. Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan analisis secara deskriptif yang dirumuskan dalam bentuk persentase untuk masing-masing subvariabel, kemudian ditarik kesimpulan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Hasil penelitian tentang faktor penyebab persalinan prematur adalah sebagai berikut:

1. Faktor usia, usia tidak beresiko sebanyak 116 (69%) dan usia berisiko 53 (31%)

2. Faktor paritas, primipara: 60 (33,7%), multipara: 39 (25 %) dan grandemultipara: 70 (41,3%).
3. Faktor kehamilan kembar, kehamilan kembar: 24 (14,2%) dan bukan kehamilan kembar: 145 (85,8%).
4. Faktor hidramnion, yang mengalami: 8 (4,7%) dan yang tidak mengalami: 161 (95,3%).
5. Faktor plasenta previa, yang mengalami: 6 (3,6%) dan yang tidak mengalami plasenta previa: 163 (96,4%).
6. Faktor preeklampsia, yang mengalami 39 (23,1%) dan yang tak mengalami 130 (77,9%).
7. Faktor ketuban pecah dini, yang mengalami ketuban pecah dini sebanyak 82 (48,6%) dan yang tidak mengalami ketuban pecah dini sebanyak 87 (51,4%).
8. Faktor anemia, yang mengalami 5 (3%) dan yang tidak mengalami anemia 164 (97%).

Pembahasan

Ibu yang mengalami persalinan di Kamar bersalin RSUD dr. Soeroto Ngawi tahun 2010 sebagian besar terjadi pada usia tidak berisiko. Hasil penelitian ini berbeda dengan pendapat Suririnah (2008:158) yang mengatakan bahwa persalinan prematur meningkat pada usia <20 dan >35 tahun, ini disebabkan karena pada usia <20 tahun alat reproduksi belum matang sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan janin. Sedangkan pada usia >35 tahun juga dapat menyebabkan persalinan prematur karena umur ibu yang sudah risiko tinggi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persalinan prematur tidak selalu terjadi pada ibu yang berusia risiko, tetapi juga dapat terjadi pada ibu yang berusia tidak berisiko (dalam kurun reproduksi sehat). Hal ini disebabkan karena persalinan prematur dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti paritas, kehamilan kembar, hidramnion, plasenta previa, preeklampsia-eklampsia, KPD, anemia, status gizi, inkompetensi serviks, aktifitas pekerjaan, riwayat obstetri, stress psikologi, merokok, minum alkohol, penyakit penyerta, infeksi (Saifuddin: 2007).

Pada kenyataannya di Kamar bersalin RSUD dr. Soeroto Ngawi persalinan prematur terjadi pada ibu usia tidak berisiko. Untuk mencegah hal tersebut diperlukan pemeriksaan kehamilan yang teratur minimal 4 kali untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi kehamilan (Saifuddin, 2002). Menurut Manuaba (2010) jadwal pemeriksaan antenatal care sebanyak 12 sampai 13 kali selama kehamilan. Keuntungan antenatal care sangat besar karena dapat mengetahui berbagai risiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit. Adapun jadwal pemeriksaan antenatal care adalah sebagai berikut: 1) trimester I dan II setiap bulan, diambil data tentang laboratorium, pemeriksaan ultrasonografi, nasehat tentang diet empat sehat lima sempurna (tambahan protein 0,5 gram/berat badan) sama dengan satu telur perhari, observasi adanya penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan atau komplikasi kehamilan, rencana untuk pengobatan penyakitnya, menghindari terjadinya komplikasi kehamilan dan imunisasi tetanus 1; 2) trimester III periksa setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran, evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan, diet empat sehat lima sempurna, pemeriksaan ultrasonografi, imunisasi tetanus II, observasi adanya penyakit dan komplikasi hamil trimester ketiga, rencana pengobatan, nasehat tentang tanda inpartu kemana harus datang untuk melahirkan.

Dalam penelitian ini dapat diketahui bahwa ibu yang berpotensi mengalami persalinan prematur hampir setengahnya terjadi pada grandemulti, hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Raymond (2006:301) bahwa persalinan prematur lebih sering terjadi pada wanita grandemulti, karena adanya jaringan parut uterus akibat kehamilan dan persalinan sebelumnya. Jaringan parut ini menyebabkan tidak adekuatnya persediaan darah ke plasenta sehingga plasenta menjadi lebih tipis dan mencakup uterus yang luas. Plasenta yang melekat tidak kuat ini mengakibatkan isoferitin yang merupakan protein hasil produksi sel limfosit T untuk menghambat reaktifitas uterus dan melindungi buah kehamilan diproduksi sedikit. Sehingga dengan keadaan demikian risiko untuk mengalami persalinan prematur lebih besar.

Dalam rangka mengurangi persalinan prematur karena tingginya paritas dapat dilakukan dengan mengikuti program keluarga berencana. Dalam hal ini keluarga berencana bertujuan untuk mengatur jumlah anak (Depkes RI, 2010).

Dalam penelitian ini persalinan prematur hampir seluruhnya tidak disebabkan oleh kehamilan kembar. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Manuaba (2010:297) bahwa pada kehamilan kembar dengan ketegangan rahim berlebihan atau *overdistensi* bisa disebabkan gestasi *multiple*, TBJ yang besar (berat badan janin yang melebihi dari perkiraan berat janin berdasarkan usia kehamilan) dan kelainan anatomi janin dapat terjadi persalinan prematur akibat ketuban pecah dini.

Dalam penelitian ini kehamilan kembar mempengaruhi persalinan prematur, namun bukan merupakan faktor langsung karena dipengaruhi faktor lain seperti paritas, hidramnion, plasenta previa, preeklamsi-eklamsi, KPD, anemia, status gizi, inkompetensi serviks, aktifitas pekerjaan, riwayat obstetri, stress psikologi, merokok, minum alkohol, penyakit penyerta, infeksi (Saifuddin: 2007).

Upaya yang dilakukan untuk mencegah persalinan prematur pada kehamilan kembar salah satunya dengan memeriksakan kehamilan pada dokter SPOG minimal 1 kali serta tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang membahayakan kondisi janin didalam kandungan ataupun yang dapat memacu timbulnya persalinan prematur (Ide bunda, 2011).

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar persalinan prematur tidak disebabkan oleh hidramnion. Hal ini berbeda dengan pendapat Manuaba (2010:298) bahwa kehamilan dengan hidramnion dapat mempengaruhi terjadinya persalinan prematur karena terjadinya ketegangan uterus yang berlebihan, uterus akan mendapatkan tekanan dari segala arah terutama pada bagian serviks sehingga merangsang pengeluaran *hormone* oksitosin yang dapat menimbulkan his dan menyebabkan persalinan prematur (Manuaba, 2010).

Dalam penelitian ini hidramnion mempengaruhi persalinan prematur, namun bukan merupakan faktor dominan karena menurut Saifuddin (2007) persalinan prematur dapat dipengaruhi faktor lain seperti paritas, kehamilan kembar, plasenta previa, preeklamsi-eklamsi, KPD, anemia, status gizi, inkompetensi serviks, aktifitas pekerjaan, riwayat obstetri, stress psikologi, merokok, minum alkohol, penyakit penyerta, infeksi.

Hidramnion sampai saat ini belum diketahui penyebabnya, untuk menjaga kehamilan hidramnion tidak mengalami persalinan prematur dengan pelayanan antenatal. Pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan terhadap ibu hamil untuk menjaga kehamilannya serta bertujuan mendeteksi dini danantisipasi dini kelainan janin (Dinkes Ngawi, 2010).

Dalam penelitian ini hampir seluruh persalinan prematur tidak disebabkan oleh plasenta previa. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Mochtar (2002:274) bahwa plasenta previa sering menyebabkan persalinan prematur karena ada rangsangan koagulan darah pada serviks. Selain itu jika banyak plasenta yang lepas kadar *progesterone* turun dan dapat terjadi his, juga lepasnya plasenta sendiri dapat merangsang his sehingga terjadi persalinan prematur.

Dalam penelitian ini plasenta previa mempengaruhi persalinan prematur, namun bukanlah faktor dominan. Ada faktor lain seperti paritas, kehamilan kembar, preeklamsi-eklamsi, KPD, anemia, status gizi, inkompetensi serviks, aktifitas pekerjaan, riwayat obstetri, stress psikologi, merokok, minum alkohol, penyakit penyerta, infeksi (Saifuddin: 2007).

Penanganan yang dilakukan adalah setiap ibu hamil yang mengalami perdarahan dalam trimester kedua atau trimester ketiga harus dirawat dalam rumah sakit. Pasien diminta istirahat baring dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap termasuk golongan darah dan faktor Rh. Jika kemudian ternyata perdarahan tidak banyak dan berhenti serta janin dalam keadaan sehat dan masih prematur dibolehkan pulang dilanjutkan dengan rawat rumah atau rawat jalan dengan syarat telah mendapat konsultasi yang cukup dengan pihak keluarga agar dengan segera kembali ke rumah sakit bila terjadi perdarahan ulang, walaupun kelihatannya tidak mencemaskan. Dalam keadaan yang stabil tidak ada keberatan pasien dirawat dirumah atau rawat jalan. Sikap ini dibenarkan sesuai dengan hasil penelitian yang mendapatkan tidak ada perbedaan pada morbiditas ibu dan janin bila pada masing-masing kelompok diberlakukan rawat inap atau rawat jalan. Pada kehamilan antara 24 minggu sampai 34 minggu diberikan steroid dalam perawatan antenatal untuk pematangan paru janin. Dengan rawat jalan pasien lebih bebas dan kurang stres serta biaya dapat ditekan. Rawat inap kembali diberlakukan bila keadaan menjadi lebih serius. Pada keadaan yang kelihatan stabil dalam rawatan di luar rumah sakit hubungan suami istri dan kerja rumah tangga dihindari kecuali jika setelah pemeriksaan ultrasonografi ulangan, dianjurkan minimal setelah 4 minggu, memperlihatkan migrasi plasenta menjauhi *ostium uteri internum*. Bila hasil USG tidak demikian, pasien tetap dinasihati untuk mengurangi kegiatan fisiknya dan melawat ke tempat jauh tidak dibenarkan sebagai antisipasi terhadap perdarahan ulang sewaktu-waktu (Saifuddin, 2009)

Dalam penelitian ini, sebagian kecil persalinan prematur dipengaruhi oleh faktor preeklamsi-eklamsi. Menurut Andika (2007) risiko persalinan prematur pada ibu dengan preeklamsi lebih besar, terjadi karena preeklamsi mempengaruhi pembuluh darah arteri yang membawa darah menuju plasenta. Jika plasenta tidak mendapat cukup darah, maka janin akan mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga terjadi persalinan prematur.

Dalam penelitian ini preeklamsi-eklamsi mempengaruhi persalinan prematur, namun bukan merupakan faktor dominan karena dipengaruhi faktor lain seperti paritas, kehamilan kembar, KPD, anemia, status gizi, inkompetensi serviks, aktifitas pekerjaan, riwayat obstetri, stres psikologi, merokok, minum alkohol, penyakit penyerta, infeksi (Saifuddin: 2007).

Peran pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dengan preeklamsi sangat diperlukan. Pencegahan preeklamsi yang berlanjut menjadi eklamsi salah satunya dengan deteksi dini kehamilan melalui ANC yang teratur. Pembatasan kalori, cairan dan diet rendah garam tidak dapat mencegah preeklamsi malah dapat membahayakan janin. Manfaat aspirin, kalsium dalam mencegah preeklamsi belum terbukti. Yang lebih perlu adalah deteksi dini dan penanganan cepat tepat. Kasus harus ditindaklanjuti secara regular dan diberi penerangan

yang jelas bilamana harus kembali ketempat pelayanan kesehatan. Dalam rencana pendidikan keluarga harus dilibatkan sejak awal (Saifuddin, 2006). Petugas kesehatan juga bisa mengajak ibu hamil dengan preeklampsia mengikuti kelas ibu hamil. Kegiatan kelas ibu hamil merupakan sarana untuk belajar kelompok tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, persalinan, perawatan nifas dan perawatan bayi baru lahir, melalui praktik dengan menggunakan buku KIA.

Dalam penelitian ini dapat diketahui bahwa ibu yang mengalami persalinan prematur sebagian besar karena ketuban pecah dini. Hal ini sesuai dengan pendapat Bararah (2009) bahwa ketuban pecah dini merupakan penyebab persalinan prematur yang paling umum. Ketuban pecah dini dapat merangsang pengeluaran hormon oksitosin sehingga menyebabkan terjadinya his, yang akhirnya terjadi proses persalinan (Manuaba, 2010).

Menurut Saifuddin, 2009 bahaya ketuban pecah dini adalah kemungkinan infeksi dalam rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin, oleh karena itu pemeriksaan dalam perlu dibatasi sehingga penyulit semakin ditekan sebagai upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Ketuban pecah dini merupakan sumber persalinan prematur, infeksi dalam rahim terhadap ibu maupun janin yang cukup besar dan potensial. Oleh karena itu tatalaksana ketuban pecah dini memerlukan tindakan yang rinci sehingga dapat menurunkan kejadian persalinan prematur dan infeksi dalam rahim. Memberikan profilaksis antibiotika dan membatasi periksa dalam merupakan tindakan yang perlu diperhatikan. Di samping itu, makin kecil usia kehamilan, makin besar peluang terjadinya infeksi dalam rahim yang dapat memicu terjadinya persalinan prematur bahkan berat janin kurang dari 1 kilogram.

Dalam penelitian ini dapat diketahui hampir seluruhnya persalinan prematur karena tidak anemia. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Amirudin (2007) bahwa meningkatnya volume plasma tetapi tidak sebanding dengan penambahan sel darah dan *hemoglobin* sehingga dapat menyebabkan persalinan prematur. Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Pengaruh anemia pada masa kehamilan terutama pada janin dapat mengurangi metabolisme tubuh ibu sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, akibatnya dapat terjadi abortus, kematian intrauterine persalinan prematur, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapat infeksi dan intelegensi rendah (Manuaba, 2010).

Anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar *hemoglobin* di bawah 11 g% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5 g% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2. Frekuensi ibu hamil dengan anemia di Indonesia relative tinggi yaitu 63,5%. Kekurangan gizi dan perhatian yang kurang terhadap ibu hamil merupakan predisposisi anemia defisiensi ibu hamil di Indonesia. Menurut WHO, kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi. Kebutuhan ibu selama kehamilan ialah 800 mg besi, diantaranya 300 mg untuk janin plasenta dan 500 mg untuk tambahan eritrosit ibu. Dengan demikian ibu membutuhkan

tambahan sekitar 2-3 mg besi/hari. Perlu diingat ada beberapa kondisi yang menyebabkan defisiensi kalori-besi, misalnya infeksi kronik, penyakit hati, dan thalasemia (Saifuddin: 2007)

Dalam penelitian ini anemia berpengaruh terhadap kejadian persalinan prematur, namun bukan merupakan faktor dominan sesuai pendapat Saifuddin, 2007 persalinan prematur dipengaruhi faktor lain seperti paritas, kehamilan kembar, preeklampsi-eklampsi, KPD, status gizi, inkompetensi serviks, aktifitas pekerjaan, riwayat obstetri, stres psikologi, merokok, minum alkohol, penyakit penyerta, infeksi (Saifuddin: 2007).

Pemeriksaan laboratorium terutama kadar *hemoglobin* pada ibu hamil dilakukan pada kunjungan pertama, pada kunjungan kedua dan ketiga bila ada indikasi, pemeriksaan kadar *hemoglobin* ulang dilakukan pada kunjungan yang keempat (Saifuddin: 2007).

Hal yang paling penting dalam mencegah persalinan prematur akibat anemia adalah dengan metode deteksi yang melibatkan pemeriksaan rutin sejak masa kehamilan dini melalui *antenatal care*. Sebuah tes yang dapat membantu calon orang tua untuk mendapatkan, mendiagnosa, kecendrungan bayi lahir cacat atau normal sehingga jika ada kemungkinan ketidak normalan pada janin, calon orang tua serta dokter yang menangani dapat segera mengambil tindakan (Manuaba, 2010).

Menurut Saifuddin, 2009 untuk menghindari terjadinya anemia sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan sebelum hamil sehingga dapat diketahui data-data dasar kesehatan umum calon ibu tersebut. Dalam pemeriksaan kesehatan disertai pemeriksaan laboratorium, termasuk feses sehingga diketahui adanya infeksi parasit. Pengobatan infeksi untuk cacing relatif mudah dan murah. Pemerintah telah menyediakan preparat besi untuk dibagikan kepada masyarakat sampai ke posyandu.

Terapi anemia defisiensi besi ialah dengan preparat besi oral atau parenteral. Terapi oral ialah dengan pemberian preparat besi: fero sulfat, fero glukonat atau Na-fero bisitrat. Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadar hemoglobin sebanyak 1 g%/bulan. Efek samping pada traktus gastrointestinal relative kecil pada pemberian preparat Na-fero bisitrat dibandingkan dengan ferosulfat. Kini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 µg asam folat untuk profilaksis anemia. Pemberian preparat parenteral yaitu dengan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20ml) intravena atau 2 x 10 ml/IM pada gluteus, dapat meningkatkan hemoglobin relatif lebih cepat yaitu 2 gram%. Pemberian parenteral ini mempunyai indikasi: intoleransi besi pada traktus gastrointestinal, anemia yang berat, dan kepatuhan yang buruk. Efek samping utama ialah reaksi alergi, untuk mengetahuinya dapat diberikan dosis 0,5 cc/im dan bila tak ada reaksi, diberikan seluruh dosis (Saifuddin: 2006)

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Di Kamar Bersalin RSUD dr. Soeroto Ngawi selama tahun 2010, sebagian besar persalinan prematur terjadi pada usia tidak berisiko, hampir setengahnya adalah grandemultipara, hampir seluruhnya bukan kehamilan kembar, hampir seluruhnya bukan hidramnion, hampir seluruhnya bukan plasenta previa, sebagian kecil merupakan preeklampsi, sebagian besar dengan KPD, dan hampir seluruhnya tidak dengan anemia.

Saran

Ibu, keluarga dan masyarakat disarankan mengikuti kelas ibu hamil dan *antenatal care* secara teratur sehingga pengetahuannya tentang persalinan prematur bertambah dan dapat mengantisipasi terhadap kejadian persalinan prematur sehingga ibu dan bayi selamat. Masyarakat perlu mengikuti program keluarga berencana untuk mengatur jumlah anak.

Institusi pelayanan kesehatan hendaknya meningkatkan mutu pelayanan khususnya pembuatan perencanaan atau protap yang berkaitan dengan persalinan prematur di Kamar Bersalin. Meningkatkan pengawasan pada ibu dengan risiko persalinan prematur. Peningkatan mutu pelayanan diberikan mulai dari ANC sampai penanganan kegawatdaruratan persalinan dengan ditingkatkan pendidikan petugas menjadi Diploma IV kegawatdaruratan.

Diperlukan penelitian lebih lanjut tentang faktor penyebab terjadinya persalinan prematur secara analitik KPD, Paritas dengan Persalinan prematur dan menggunakan data primer atau langsung terhadap obyek.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi. Cetakan 14. Jakarta: Rineka Cipta.
- Andika. 2007. *Hubungan Preeklampsia dengan Persalinan Prematur*. <http://www.nu.or.id/public-hub-pre-persal-prem.html> (diakses 10 September 2011).
- Aulia, Fadli. 2010. *Buku Pintar Kesehatan Anak*. Cetakan ke 1. Yogyakarta. Pustaka Angrek
- Amirudin et al, 2007. *Anemia pada Kehamilan*. Berita kedokteran XVII, Vol I.2000.
- Anonim, 2011. *Bayi Berat Lahir Rendah*. . <http://informasitips.com/bayi-berat-lahir-rendah>
- Amri. Rina Puspita. 2009. *Hubungan Persalinan Prematur dengan Kejadian Aspiksia Neonatorum* di RSUD Pariaman, KTI. Prodi DIII Kebidanan Stikes Piala Sakti Pariaman
- Affandi. Biran. 2007. *Asuhan Persalinan Normal*. Edisi ketiga. Jakarta: JNPK-KR/POGI
- Bararah, V.F. 2009. *Penyebab Bayi Lahir Prematur*. <http://health.detik.com/read/2009/08/11/100754/1180968/764/penyebab-bayi-lahir-prematur>. 11 Agustus 2009.
- Budiarto, E. 2002. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: ECG.
- Challis, J. R., S. J. Lye, et al.2001. *Kurang gizi pada Ibu Hamil*. http://io.ppijepang.org/v2/index.php?option=com_k2&view=item&id=144:kurang-gizi-pada-ibu-hamil-ancaman-pada-janin Diakses 20 september 2011
- Chapman, V. 2006. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta: ECG.
- Dahlan, M. 2001. *Kamus Ilmiah Populer*. Surabaya: Arkola
- Depkes RI. 2007. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta. Depkes RI & JICA (Japan Internasional Cooperation Agency).
- _____, 2009. *Menuju persalinan yang aman dan selamat agar ibu sehat bayi sehat*. Jakarta: Depkes RI.
- _____.2011. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta. Depkes RI & JICA (Japan Internasional Cooperation Agency).
- Dwipoyono, Bambang. 2009. *Hal tak dianjurkan selama hamil*. <http://villintipersadad7-2.blogspot.com/2009/01/12-hal-tak-dianjurkan-selama-hamil.html> (diakses 15-09- 2011).
- Dinkes Jatim. 2011. *Profil Dinkes Jatim 2011*. <http://dinkes.jatimprov>Userfile.1311839621>. (diakses 20 September 2011)

- Dinkes Ngawi. 2010. *Profil Kesehatan Ngawi tahun 2010*. Dinas Kesehatan Ngawi.
- Idebunda, 2011. *Persalinan prematuritas*. <http://idebunda.com/bayi-ibuhamil/persalinan/prematuritas.htm>
- James. 2001. *High Risk Pregnancy*. Jakarta: ECG`
- Kusumawati, 2006. *Faktor-faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Persalinan*. Studi kasus di RSUD dr. Moewardi Surakarta. Bagian Obgin-UGM. <http://www.obgin-ugm.com> (diakses 20-09- 2011)
- Lenovo J Kenneth, dkk. 2009. *Obstetri Williams Panduan Ringkas*. Edisi 21. Jakarta: ECG
- Manuaba, I.B. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Edisi 2. Jakarta: ECG.
- Mochtar, R. 2002. *Sinopsis Obstetri*. Edisi 2. Jakarta: ECG
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. 2010. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- _____. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta. Salemba Medika
- Pilliteri, Adela. 2002. *Perawatan Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: ECG.
- Raymond. 2006. *Obstetri and Gynecology*. Jakarta: Hipocrates.
- Murti, 2010 *Anemia pada Kehamilan*. Berita kedokteran XVII, Vol I.2000.
- Rudi A, dkk, 2007. *Tinjauan Angka Kejadian dan Faktor Risiko Persalinan Preterm* di Rumah Sakit dr. Moh.Hoesin Palembang. Skripsi, FK Universitas Sriwijaya. Palembang
- Sastrawinata.S.2005. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Jakarta:ECG.
- Supriyasa IDN, Bakri B, Fajar I. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: ECG
- Saifuddin, A.B. 2007. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 2006. *Buku panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Edisi 2. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 2009. *Ilmu kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi 4. Cetakan kedua. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono prawirohardjo.
- Simkin, P. 2007. *Kehamilan, Melahirkan & Bayi, Panduan Lengkap*. Jakarta: ECG.
- Sulistiyowati, A. 2008. *Hubungan antara faktor determinan ibu dengan kejadian persalinan prematur* di RSUD. Dr. Saiful Anwar. Malang. <http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-sl-2009.07-01-2009>.
- Suririnah. 2008. *Buku Pintar Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Suryabrata, Sumadi. 2003. *Metologi Penelitian*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sugiyono.2010. *Statistika untuk Penelitian*. Cetakan ke 16. Bandung. Alfabeta
- Varney, H. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi 4. Volume 2. Jakarta: ECG.
- _____. 2002. *Buku Saku Bidan*. Cetakan 1. Jakarta: ECG
- Wijayanti Lusia, 2008. *Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Persalinan Prematur* di Puskesmas Grabagan Kabupaten Tuban, Karya Tulis Ilmiah Prodi Kebidanan Politeknik Kesehatan Surabaya.